



# Sammenheng i kommunale helse- og omsorgstjenester – hvor mye flytter eldre mellom ulike tilbud i kommunen?

## Coordination in municipal care services – how frequently do older adults move between different care services in the municipality?

Hanne Marie Rostad

*Postdoktor, Senter for omsorgsforskning, Institutt for helsevitenskap, NTNU i Gjøvik*

Hanne Marie Rostad er redaksjonsmedlem i Tidsskrift for omsorgsforskning. Den redaksjonelle behandlingen og beslutningen om publisering er håndtert uten at forfatteren har hatt innsikt i denne vurderingsprosessen.

[hanne.m.rostad@ntnu.no](mailto:hanne.m.rostad@ntnu.no)

Marianne Sundlisæter Skinner

*Førsteamanuensis, Senter for omsorgsforskning, Institutt for helsevitenskap, NTNU i Gjøvik*

[marianne.skinner@ntnu.no](mailto:marianne.skinner@ntnu.no)

Tore Wentzel Larsen

*Førsteamanuensis, Senter for omsorgsforskning, Institutt for helsevitenskap, NTNU i Gjøvik*

*Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør*

*Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*

[tore.wentzel-larsen@ntnu.no](mailto:tore.wentzel-larsen@ntnu.no)

Maren Kristine Raknes Sogstad

*Førsteamanuensis, Senter for omsorgsforskning, Institutt for helsevitenskap, NTNU i Gjøvik*

Medforfatter Maren Kristine Raknes Sogstad er en av gjesteredaktørene for dette spesialnummeret. Redaksjonell behandling, ekstern fagfelle-vurdering og beslutning om publisering av artikkelen er håndtert av den andre gjesteredaktøren og av ansvarlig redaktør, og Maren Kristine Raknes Sogstad har ikke hatt innsikt i vurderingsprosessen.

[maren.sogstad@ntnu.no](mailto:maren.sogstad@ntnu.no)

### Sammendrag

Samhandlingsreformen har gitt økt ansvar til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Som følge av nye oppgaver og flere pasienter med mer komplekse og sammensatte omsorgsbehov ser vi en økende grad av spesialisering i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Med økt spesialisering er det rimelig å anta at mange eldre må foreta horisontale overganger mellom ulike helse- og omsorgstjenestetilbud for å få den hjelpen de trenger, noe som krever et betydelig samhandlingsarbeid mellom kommunens tjenestetilbud. For å få innsikt i hvor omfattende behovet for slikt samhandlingsarbeid kan være, har denne studien til hensikt å undersøke overganger for eldre brukere over 80 år med hovedvekt på hvilke typer overganger som finner sted, og hvor ofte disse forekommer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Vi hentet data fra IPLOS-registeret (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) som omfattet alle individer som var 80 år og eldre, og som mottok helse- og omsorgstjenester fra kommunen i perioden 2011 til 2016. Datagrunnlaget var IPLOS-variabelen 'Tjenester'. Vi brukte deskriptiv statistikk for å vise antall og andeler som inngikk i overgangene.

Datamaterialet besto av totalt 263 893 personer. Median alder var 85 år, og to tredjedeler var kvinner. Vi analyserte antall overganger mellom ulike tjenestetilbud og delte inn i syv typer pasientforløp. De lange forløpene med få overganger («lange rolige») var vanligst (45,8 %). Minst hyppig forekom korte, intensive forløp (0,1 %).

Studien tyder på at eldre over 80 år i hovedsak flytter relativt lite mellom ulike tjenestetilbud innad i kommunen. Samtidig inngår eldre i svært ulike forløp. Studien er den første i Norge som har studert hyppigheten av horisontale overganger i helse- og omsorgstjenestene, og funnene gir ny kunnskap som kan ha betydning for helse- og omsorgstjenestenes arbeid med pasientsikkerhet og -tilfredshet gjennom god samhandling og sikring av helhetlige pasientforløp med god kvalitet i alle ledd.

#### Nøkkelord

Eldre, helse- og omsorgstjenester, IPLOS, pasientforløp, samhandling

#### Abstract

The Coordination Reform has increased the workload in the municipal health and care services. With new tasks, more patients with complex care needs and increased specialization of services, it is reasonable to assume that many older people have to transition between different care services to get the help they need, which requires significant coordination between the services in the municipalities. In order to gain insight into how extensive the need for coordination of care services in the municipalities can be, this study aims to investigate horizontal transitions for older service recipients over the age of 80, with the main emphasis on the types of transitions that take place and how often they occur among older service recipients in the municipal health and care services.

Data were obtained from the IPLOS registry (Individual-based Nursing and Care Statistics) and included all individuals 80 years and older who received care services from the municipality in the period 2011 to 2016. The IPLOS variable 'Services' was used. Descriptive statistics were used.

The data material consisted of a total of 263,893 individuals. The median age was 85 years, and two-thirds were women. We categorized seven types of patient trajectories. Long, gradual trajectories (45.8%) were most frequent. Least frequent were short, intensive trajectories (0.1%).

The study indicates that older adults 80 years and older have relatively few transitions between different care services in the municipality. At the same time, older adults are involved in very different trajectories. The study is the first in Norway to have studied the frequency of horizontal transitions in the care services, and the findings provide new knowledge that may be important for the care services' work with patient safety and satisfaction through well-functioning coordination and integrated patient pathways.

#### Keywords

Aged, 80 and over, care services, coordination, registry data, patient pathways

#### Hva vet vi allerede om dette emnet?

- Overganger i helsetjenesten øker risikoen for feil, blant annet grunnet utilstrekkelig samhandling mellom partene.
- Tidligere forskning har primært fokusert på vertikale overganger for eldre, for eksempel mellom sykehus og helse- og omsorgstjenesten.
- Samhandlingsreformen har gitt økt arbeidsmengde i helse- og omsorgstjenesten, og det er behov for forskning på omfanget av horisontale overganger.

#### Hva tilfører denne studien?

- Eldre over 80 år inngår i flere ulike typer forløp innad i helse- og omsorgstjenesten.
- Det vanligste forløpet foregår over lengre tidsperioder med få overganger. Korte, intensive forløp forekommer i liten grad.
- Det er behov for videre forskning på *om*, og eventuelt *hvordan*, ulike typer forløp skaper ulikt samhandlingsarbeid og -behov – både med tanke på omfang, hyppighet, form og/eller innhold.

## Bakgrunn

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene er i stadig utvikling. Det siste tiåret, etter innføring av Samhandlingsreformen, har denne utviklingen vært preget av økt ansvar for flere og sykere pasienter (Haukelien et al., 2015). Som følge av denne utviklingen ser vi også at etablering av spesialiserte tilbud, både i sykehjem og hjemmetjenesten, er utbredt, for eksempel egne tilpassede sykehjemsenheter eller team i hjemmetjenesten for palliasjon, demens, rehabilitering og liknende (Rostad et al., 2020; Sogstad et al., 2020). Denne spesialiseringen av helse- og omsorgstjenestene innebærer at brukerne i økende grad må flytte mellom ulike omsorgstilbud på kommunalt nivå for å få den hjelpen de trenger, noe som kan bidra til dårligere sammenheng og at det helhetlige perspektivet i primæromsorgen blir truet (Stange, 2009). Etablering av spesialiserte helse- og omsorgstjenester har også ført til økt behov for administrering og omfattende koordinering av tjenestene i kommunen sammenliknet med tidligere (Direktoratet for e-helse, 2018; Haukelien et al., 2015).

En 'overgang' i helsetjenesten forstås i denne studien som et bytte mellom ulike tjenestetyper, for eksempel innleggelse på sykehjem etter tidligere å ha fått hjemmetjenester. Overganger mellom tjenestetilbud henger i de fleste tilfeller sammen med endring i pasientens tilstand eller behov for helsehjelp. Økende alder er forbundet med høyere sannsynlighet for overganger mellom ulike helse- og omsorgstilbud på grunn av økt forekomst av multisykdom, kognitiv svikt, fysisk funksjonssvikt og polyfarmasi, som bidrar til at pasientens hjelpebehov endres mer eller mindre hyppig og akutt (Storm et al., 2014). 'Pasientforløp' forstås som en beskrivelse av en pasients kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode. Pasientforløpene til eldre pasienter som mottar helse- og omsorgstjenester, er ulike og kan beskrives som lange, gradvise, akutte eller svingdørsforløp (Aksøy, 2012). Overganger mellom ulike typer tjenester forekommer hyppigere mot slutten av livet. En sveitsisk studie viste at to tredjedeler av utvalget hadde minst én overgang i livets siste seks måneder. For dem som hadde minst én overgang, var gjennomsnittlig antall overganger mot slutten av livet 2,8 (Bähler et al., 2016).

Overganger er kjent som et sårbart punkt i pasientforløp og krever et betydelig samhandlingsarbeid for å ivareta sammenheng og pasientsikkerhet (Grimsmo, 2013). Dokumentasjonsplikten (helsepersonelloven) skal sikre at opplysninger som er nødvendige og relevante for en forsvarlig behandling av pasienten, nedtegnes i journalen og kan gjenfinnes av involverte tjenesteytere. Det innebærer også dokumentasjon i forbindelse med overgang fra et tjenestetilbud til et annet. Allikevel er kjente utfordringer i denne samhandlingen forsinket eller utilstrekkelig informasjon og kommunikasjon mellom helsepersonell, manglende samarbeid mellom partene, uklar oppgave- og ansvarsfordeling, mangelfulle forberedelser eller dårlig koordinering av tiltak (Hesselink et al., 2013; Veenstra et al., 2020). Også deltagelse og medvirkning fra pasienter og pårørende i planlegging og gjennomføring av overganger har vist seg å være utfordrende (Afram et al., 2015; Baillie et al., 2014; Bragstad et al., 2014; Brownie et al., 2014; Lilleheie et al., 2019; Rustad et al., 2016). Overganger har også vist økt sannsynlighet for negative pasientutfall (J. Allen et al., 2014; Dwyer et al., 2014).

God kvalitet i helse- og omsorgstjenester kan forstås som at tjenestene er virkningsfulle, samordnede, tilgjengelige, rettferdig fordelt, trygge og sikre, og at de involverer brukere og utnytter ressurser på en god måte. Ansatte i helsetjenesten, kanskje særlig sykepleiere, legger ned mye jobb i koordinering og organisering for å ivareta god kvalitet. Det er kjent fra forskningen at overganger mellom ulike typer tjenestetilbud medfører et omfattende koordineringsarbeid (D. Allen, 2014). Foreløpig vet vi lite om *hvor mye* eldre brukere faktisk flytter mellom ulike tilbud på kommunalt nivå. For å få innsikt i hvor omfattende behovet for slikt samhandlingsarbeid kan være i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, har denne

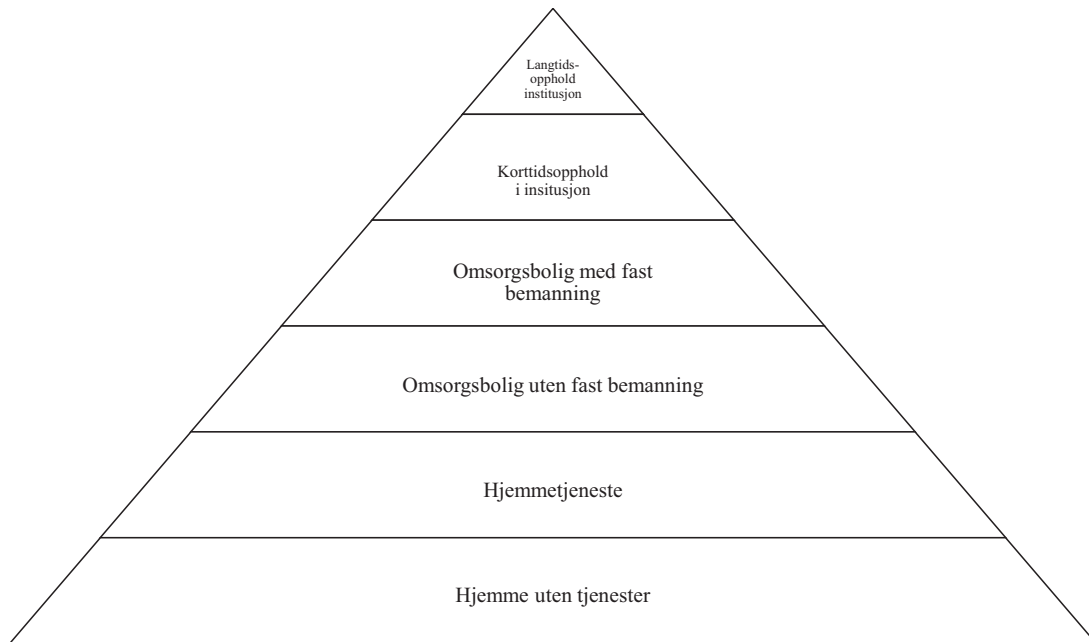
studien til hensikt å undersøke overganger for eldre brukere over 80 år med hovedvekt på hvilke typer overganger som finner sted i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og hvor ofte disse typene overganger forekommer.

## Metode

Data om pasientpopulasjonen ble hentet fra IPLOS-registeret (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) og omfattet alle personer 80 år og eldre som mottok helse- og omsorgstjenester fra kommunen i perioden fra 1. januar 2011 til og med 31. desember 2016. Ikke alle hadde tjenester kontinuerlig, for eksempel kunne en person være registrert med en overgang fra ingen tjenester til tidsbegrenset opphold i institusjon for så å gå tilbake til å ikke ha noen tjenester etter institusjonsoppholdet. Personer som var registrert med motstridende informasjon, for eksempel tjenester etter dødsdatoen, ble utelatt fra analysene.

Datagrunnlaget var IPLOS-variabelen 'Tjenester' som ga informasjon om hvilke tjenester personen mottok. Variabelen anga kun om personen hadde en tjeneste eller ikke. Data ga altså ikke grunnlag for å si noe om endring i tjenestefomfang eller innhold; endringer i tjenestene fremgikk kun dersom brukeren endret tjenestetype/-nivå. En overgang var med det definert som et bytte mellom ulike typer tjenester *innad* i helse- og omsorgstjenestene, for eksempel fra hjemmetjenester til institusjonstjeneste. Til sammen utgjør de ulike overgangene et pasientforløp. For å analysere ulike pasientforløp etablerte vi et hierarki av de ulike tjenestene fra 'hjemme uten tjenester' til 'langtidsopphold i institusjon' (figur 1). I analysene ønsket vi å ha søkelys på ulike typer overganger som innebærer en fysisk flytting av brukere – mellom hjem (inkludert omsorgsbolig) og institusjon. Vi valgte derfor å slå sammen tjenestene praktisk bistand og hjemmesykepleie til kategorien hjemmetjenester. Utviklingen i tjenestetildeling viser at færre brukere over 80 år mottar bare praktisk bistand, og at praktisk bistand som oftest gis i kombinasjon med helsetjenester i hjemmet (Haugstveit & Otnes, 2017). Denne kategoriseringen gjør at resultatene skildrer en endring i tjenestenivå, og ikke endring i omsorgsbehov på samme tjenestenivå.

Som beskrevet i innledningen er helse- og omsorgstjenestene i stadig endring, noe som har medført endringer i tjenestetilbudene også i perioden 2011–2016, som denne studien bygger på. Særlig kan etablering av kommunale akutte døgntilbud (KAD) i kommunene og etablering av intermediære enheter i sykehjem nevnes. Denne type tilbud er registrert som korttidsopphold i vår studie. I noen tilfeller er denne type tilbud interkommunale, men siden registreringer i IPLOS-databasen er på individnivå, fremkommer ulike tjenester brukere mottar uavhengig av om tjenesten er interkommunal eller ikke.



**Figur 1**  
Hierarki av ulike tjenester

I tillegg til data om overganger brukte vi variablene 'kjønn' og 'alder' for å beskrive utvalget.

Dataene viste stor ulikhet i typer av forløp, slik at beregning av antall overganger som et gjennomsnittstall per år ga et lite beskrivende bilde av de eldres bevegelser. På bakgrunn av tidligere forskning (Aksøy, 2012), egen kjennskap til feltet og ved å se på frekvensfordelinger valgte vi derfor å gruppere forløpene i syv ulike kategorier, som beskriver ulike typer pasientforløp for eldre i kommunehelsetjenesten. Kategoriene er gjensidig utelukkende og ble generert for personer med 'rullering', personer med korte forløp (< 180 dager) og personer med lange forløp ( $\geq 180$  dager) hver for seg. Se en oversikt over forløpstyper og definisjoner i boks 1.

Analyseenheten var individet, og deskriptiv statistikk ble brukt for å vise antall og andeler mottakere av helse- og omsorgstjenester i kommunen som inngikk i de syv forløpene i løpet av oppfølgingstiden fra 2011–2016.

Data ble tilrettelagt og analysert i R av statistiker (T.W.-L.). Prosjektet der disse dataene inngår er tilrådd av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst (referansenr. 2017/468).

## Boks 1

1. Rullering: hjemmeboende med mange, periodevise opphold i institusjon
2. Korte, intensive forløp: varighet <180 dager (seks måneder) med > 6 overganger
3. Korte forløp: varighet <180 dager (seks måneder) med < 6 overganger
4. Lange, svært intensive forløp: varighet  $\geq$  180 dager (seks måneder) med  $\geq$  12 overganger
5. Lange, intensive forløp: varighet  $\geq$  180 dager (seks måneder) med 6–11 overganger
6. Lange forløp: varighet  $\geq$  180 dager (seks måneder) med 3–5 overganger
7. Lange, rolige forløp: varighet  $\geq$  180 dager (seks måneder) med 0–2 overganger

## Resultat

Datamaterialet besto av totalt 263 893 personer. To tredjedeler (65,6 %) av utvalget var kvinner. Median alder var 85 år (range 80–112), og median varighet på oppfølgingen fra helse- og omsorgstjenesten var 934 dager (range 1–2192).

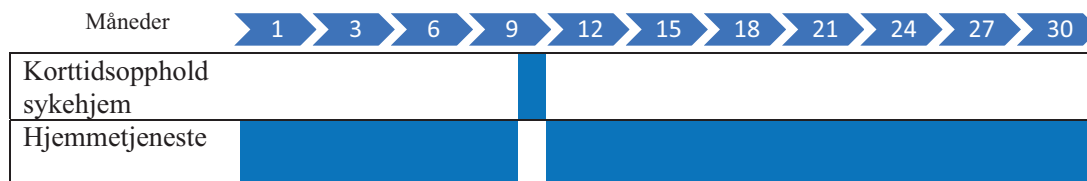
Vi identifiserte syv typer forløp (bestående av én eller flere overganger) der lange, rolige forløp (45,8 %) og lange forløp (26,0 %) forekom hyppigst. Minst hyppig forekommende var korte, intensive forløp (0,1 %) (tabell 1).

**Tabell 1** Forekomst av ulike typer forløp

Type overgang	n (%)
Rullering	3153 (1,2)
Korte, intensive forløp	250 (0,1)
Korte forløp	24 503 (9,3)
Lange, svært intensive forløp	9303 (3,5)
Lange, intensive forløp	37 226 (14,1)
Lange forløp	68 623 (26,0)
Lange, rolig forløp	120 835 (45,8)

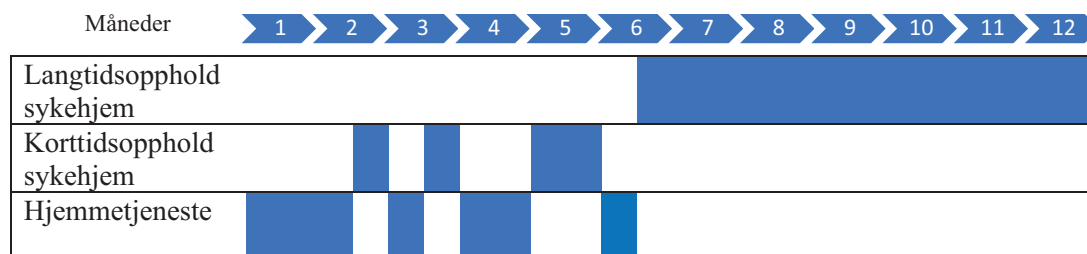
Figur 2a og b illustrerer to konstruerte eksempler på den forløpstypen som var vanligst, og den forløpstypen som forekom sjeldnest blant eldre over 80 år.

Det vanligste forløpet for eldre over 80 år i helse- og omsorgstjenesten var et langt, rolig forløp med varighet på 180 dager eller mer og med 0–2 overganger. Et typisk forløp av denne typen består av lengre perioder hjemme med hjemmesykepleie, kun avbrutt av ett opphold på en korttidsavdeling på sykehjem (figur 2a).

**Figur 2a**

Et eksempel på langt, rolig forløp

Forløpstypen som forekom sjeldnest for eldre over 80 år i helse- og omsorgstjenesten, var korte, intensive forløp med varighet på under 180 dager og med flere enn seks overganger (figur 2b). Den kan eksemplifiseres med forløp som består av kortere perioder hjemme og hyppige overganger til korttidsopphold, som til slutt resulterer i overgang til permanent opphold i institusjon.

**Figur 2b**

Et eksempel på kort, intensivt forløp

Generelt viste forløpsanalysene at det var opphold i korttidsenheter som genererte fleste overganger. Disse enhetene fremstår dermed som en viktig samhandlingsarena i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

## Diskusjon

Analysen av overganger mellom ulike tjenester i kommunen for eldre brukere over 80 år viser ulike typer pasientforløp. Forløpene varierte fra korte, intensive forløp med hyppige overganger mellom ulike typer tjenester til lange forløp med få overganger. De inkluderte også rullerende forløp. Våre data indikerer at eldre over 80 år i hovedsak har lange forløp innad i helse- og omsorgstjenestene, og at få eldre har korte og/eller intensive forløp. Med andre ord ser det ut til at eldre brukere av helse- og omsorgstjenestene flytter relativt lite mellom ulike tjenestenivå innad i kommunen – et funn som overrasket oss. Denne tendensen korresponderer med funn fra en tidligere studie om overganger mellom ulike nivåer i helsevesenet der forskerne fant at antallet overganger de siste seks månedene av livet gikk betydelig ned med økende alder (Bähler et al., 2016),

Vi kan bare spekulere i hvorfor det er slik at eldre over 80 år ser ut til å være involvert i relativt få overganger mellom ulike helse- og omsorgstjenester. På den ene siden kan det være et uttrykk for at systemet er velfungerende, og at brukeren befinner seg på korrekt omsorgsnivå med tilgang til de tjenestene personen har behov for. Det har de siste tiårene vært økt oppmerksomhet på å unngå brudd i pasientforløp og krevende overganger mellom tjenestetilbud i kommunene. Blant annet påpekes det i *Leve hele livet – kvalitetsreformen for eldre*



(Meld. St. 15 (2017–2018), 2018) at for eksempel bytte av fysisk miljø kan innebære økt fysisk og psykisk belastning for den eldre og deres pårørende (Afram et al., 2015; Dwyer et al., 2014). Det kan bidra til at ansatte i helse- og omsorgstjenestene gjør nøye vurderinger og forsøker å løse utfordringer innad i sine egne tjenester før de eventuelt initierer overganger til andre tjenester.

Videre fant tidligere forskning fra Sveits at en sterk hjemmesykepleiesektor med høy tetthet av fagutdannede var assosiert med færre overganger i helsetjenesten. Forskerne satte det i sammenheng med at hjemmesykepleie er en omfattende og spesialisert tjeneste som gis døgkontinuerlig (Bähler et al., 2016). I Norge har vi også en sterk hjemmetjenestesektor og en rådende politikk som dreier seg om at flest mulig eldre skal bo hjemme så lenge som mulig (Meld. St. 15 (2017–2018), 2018). Kommunene står midt i en omstillingsprosess

hvor intensjonen er at personer med behov for helse- og omsorgstjenester skal motta disse hjemme snarere enn på institusjon (Holm & Wiik, 2020). Videre viser offentlig statistikk at helsetjenester i hjemmet er blant tjenestetypene som har hatt størst økning i antall mottakere de siste ti årene (Mehus, 2018). I tillegg viser flere studier at majoriteten av norske kommuner har spesialiserte tjenester i hjemmesykepleien, blant annet i form av team (Rostad et al., 2020; Sogstad et al., 2020). Dessuten har vi i Norge en relativt høy tetthet av fagutdannede der andelen årsverk i helse- og omsorgstjenestene med helse- og sosialfaglig utdanning ligger på 77,5 % på landsbasis (Helsedirektoratet, 2018). Alt dette kan være faktorer som kan bidra til å forklare at eldre brukere av helse- og omsorgstjenestene flytter relativt lite mellom ulike tjenestenivå innad i kommunen.

På den andre siden kan tall fra offentlige registre tyde på at terskelen for å få langtids-plass på sykehjem er blitt hevet, og at kriteriene for å få plass er skjerpet (Mørk et al., 2018). Den økte spesialiseringen av tjenestetilbudene i helse- og omsorgssektoren går også ofte på bekostning av ordinære langtidsplasser (Grimsmo, 2013; Skinner, 2014), og med det begrenses muligheten for overganger som involverer langtidsplasser i sykehjem. En forklaring på at eldre over 80 år ser ut til å flytte relativt lite, kan være at tjenestebehovet til eldre brukere av helse- og omsorgstjenester ikke blir møtt i tilstrekkelig grad. Riksrevisjonen har avdekket at eldres behov og ønsker for helse- og omsorgstjenester ikke er godt nok utredet. Blant annet avdekket Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen at det i flere saker manglet relevante opplysninger om den eldres behov for hjelp (Riksrevisjonen, 2018–2019). Videre har tidligere forskning avdekket at behov hos eldre brukere i mange tilfeller ikke vurderes ut fra samme målestokk eller normer som behov blant yngre brukere (Gautun & Grødem, 2015; Hamran & Moe, 2012). Det innebærer at flere av de eldres behov kan være underkommunisert, oversett eller ikke vurdert, eller at de ikke kategoriseres som 'bistandsbehov' som utløser tilbud om (andre) tjenester (Gautun & Grødem, 2015; Hamran & Moe, 2012). I tillegg antyder en tidligere studie at eldre, sammenliknet med yngre, er mindre kjent med rettighetene sine og stiller sjeldnere krav (Hamran & Moe, 2012). Med bakgrunn i våre funn kan det derfor være aktuelt å stille spørsmålet om eldre i tilstrekkelig grad faktisk får nytte godt av det brede spekteret av tjenester som er tilgjengelig i kommunene.

Overganger innebærer samhandlingsarbeid for flere og spredte aktører, blant annet pasienter, deres pårørende og helsepersonell, for å etablere en koordinert innsats og oppgave- og arbeidsfordeling. Eldre som mottar helse- og omsorgstjenester, er en sårbar gruppe med stort behov for velkoordinerte tjenester. Allikevel viser tidligere forskning at mange eldre pasienter og deres pårørende beskriver en opplevelse av fragmenterte tjenester, søkelys på sykdom snarere enn person, manglende koordinering og involvering, utilstrekkelig informasjon og usikkerhet i forbindelse med overganger i helsetjenesten (Elliott et al., 2018;



Kumlin et al., 2020; Lilleheie et al., 2020; Rustad et al., 2016). Samhandlingsarbeid innen helse og omsorg innebærer koordinering og utveksling av informasjon som støtter oppfølging av pasientens behov (Direktoratet for e-helse, 2020) og er vanligvis knyttet til en eller annen form for direkte kommunikasjon der aktørene har ulik kunnskap, behov, perspektiv, kultur og makt (D. Allen, 2019). I tillegg til dette foregår samhandlingen i et komplekst system: Helse- og sosialomsorg er et av de mest komplekse systemene i samtiden (D. Allen, 2019). Flere faktorer utfordrer samhandlingsarbeidet innad i helse- og omsorgstjenestene, blant annet at informasjonssystemene fremstår som silobaserte. Helsepersonell har i utgangspunktet bare tilgang til informasjon som er generert innenfor virksomheten eller tjenesten de jobber i; i tillegg har dokumentasjonssystemet i liten grad oppmerksomhet på langvarige forløp og omsorgsbehov (Veenstra et al., 2020). Dette skjer til tross for at behovet for koordinering og oppgaveløsning innad i kommunen har økt i takt med spesialisering av oppgaver og den generelle etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester (Direktoratet for e-helse, 2018).

Våre funn tyder på at eldre over 80 år i hovedsak har lange forløp med få, spredte overganger innad i helse- og omsorgstjenesten. Behovet for horisontalt samhandlingsarbeid kan sånn sett, med tanke på den lave frekvensen av flytting, være begrenset. Samtidig fant vi i vår studie at eldre inngår i svært i ulike forløp, fra korte, intensive til lange forløp samt forløp som innebærer rullering. Slik sett kan ulike typer forløp med ulikt omfang av overganger skape *ulikt* samhandlingsarbeid og -behov mellom helsepersonell, pasient og pårørende – både med tanke på omfang, hyppighet, form og/eller innhold. Dette er et aktuelt tema for videre forskning.

### Metodediskusjon

Denne studien er den første i Norge som har studert hyppigheten av horisontale overganger i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Designet var longitudinelt og spente over en periode på seks år. At vi kunne følge eldre fra år til år og registrere hvilke overganger som inntraff, og hvor hyppig, er en styrke. Studien omfattet også hele populasjonen av eldre over 80 år som mottok helse- og omsorgstjenester fra kommunen i den aktuelle perioden.

Kvaliteten på IPLOS-data har vært diskutert, men for variabelen vi har brukt i denne studien (*'Tjeneste'*), rapporteres det om lite feilregistrering; ifølge en rapport om kvaliteten på data i IPLOS-registeret er 99,8 % av personer som har tjenester i kommunene, registrert i registeret (Beyrer, 2015). Allikevel ser vi at det forekommer glipper, for eksempel perioder der en person står uten tjenester, men 'dukker opp' igjen med tjenester etter kortere eller lengre tid. Vi vet da ikke hva det skyldes: om en tjeneste for eksempel er blitt avsluttet fordi personen ikke har behov lenger og dermed blir stående 'inaktiv' i registeret, om tjenesten er midlertidig avsluttet fordi personen er innlagt på sykehus, eller om det skyldes feilregistrering.

Videre skal IPLOS-registeret ha start- og sluttdato for alle tjenester som iverksettes, og det skal dermed være mulig å følge individer over tid for å se hvilke tjenester de har, hvor lenge de har tjenestene, og om de har flere tjenester samtidig (Haugan et al., 2016). Registeret skal også kunne brukes til å indikere hvordan enkeltindivider beveger seg mellom ulike tjenestnivå i det mange omtaler som 'omsorgstrappa', et begrep som beskriver det kommunale tilbudet av tjenester som en tiltakskjede og hvor tjenestene kan plasseres eller rangeres på ulike nivå (trappetrinn). Samtidig forutsetter en slik analyse av forløp tilgang på data som tilfredsstillende krav til fullstendighet og konsekvens i kjennetegn og dateringer av alle endringer, og til organiseringen av dataene. IPLOS-registeret oppfyller ikke disse kravene fullt ut per i dag (Haugan et al., 2016), men det er en verdifull datakilde for å illustrere hvordan bruken av

tjenester utvikler seg med tiden, og hvordan enkeltindividene beveger seg mellom de ulike tjenestenivåene (Haugan et al., 2016).

Data brukt i denne studien ga ikke grunnlag for å si noe om endring i tjenesteomfang eller innhold, som begge kan ha betydning for både typer overganger som finner sted, og hvor ofte. Derfor er det flere variabler som det kan være aktuelt å inkludere i senere studier om eldres horisontale overganger i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. IPLOS-registeret har for eksempel en variabel som reflekterer 'omfang', målt som tildelte timer i uken / direkte tid til brukeren. Når det gjelder tjenestens innhold, derimot, reflekteres det i liten grad i IPLOS. Noen av variablene kan til en viss grad antyde tjenestens overordnede innhold, for eksempel 'Tidsbegrenset opphold – habilitering/rehabilitering', men i all hovedsak mangler IPLOS-registeret data som gjenspeiler blant annet om brukeren mottar spesialiserte tjenester, som for eksempel oppfølging fra palliativt team og/eller koordinator, korttidsopphold på palliativ korttidsavdeling o.l.

For videre forskning: Våre data inneholder ikke opplysninger om overganger mellom sykehus og kommunehelsetjeneste og gir derfor ikke et fullstendig bilde på hvordan pasientene beveger seg innenfor helsetjenesten som helhet. Det er rimelig å anta at mange av overgangene er initiert av akutte hendelser som innebærer sykehusopphold og at et stort antall av oppholdene i korttidsenhet skjer i forbindelse med innleggelse (både før og etter) i spesialisthelsetjenesten. Det kan også være interessant å gjøre analyser på mer homogene brukerutvalg for å redusere variasjonen i faktorene som kan ha betydning for hvor mye eldre flytter, hvilke typer overganger de inngår i, og hvor ofte de forekommer (for eksempel de aller eldste eller sivilstatus), noe som kan gi informasjon om mer avgrensede brukergrupper.

## Konklusjon

Studien tyder på at eldre over 80 år i hovedsak flytter relativt lite mellom ulike tjenestenivå innad i kommunen. Samtidig inngår eldre i svært ulike forløp – fra lange, gradvise til korte, intensive forløp og forløp med rullerende korttidsopphold på institusjon. Studien er den første i Norge har studert hyppigheten av horisontale overganger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Funnene gir ny kunnskap som kan ha betydning for helse- og omsorgstjenestenes arbeid med pasientsikkerhet og -tilfredshet gjennom god samhandling og sikring av helhetlige pasientforløp med god kvalitet i alle ledd.

*Finansiering: Prosjektet CROSSCARE-OLD er finansiert av Norges forskningsråd (prosjektnummer 256644/H10)*

## Referanser

- Afram, B., Verbeek, H., Bleijlevens, M. H. & Hamers, J. (2015). Needs of informal caregivers during transition from home towards institutional care in dementia: a systematic review of qualitative studies. *International Psychogeriatrics*, 27(6), 891–902. <https://doi.org/10.1017/s1041610214002154>
- Aksøy, H. (2012). Inn i sykehjemmet. Trinn for trinn eller i store sprang? Pårørendes fortellinger om en eldre slektnings omsorgsforløp fram til tildeling av sykehjemsplass. I S. O. Daatland & M. Veenstra (Red.), *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. [https://seniorporten.no/wp-content/uploads/2015/04/NOVA\\_barekraftig\\_omsorg.pdf](https://seniorporten.no/wp-content/uploads/2015/04/NOVA_barekraftig_omsorg.pdf)

- Allen, D. (2014). *The invisible work of nurses: hospitals, organisation and healthcare*. Routledge.
- Allen, D. (2019). Care trajectory management: a conceptual framework for formalising emergent organisation in nursing practice. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 4–9. <https://doi.org/10.1111/jonm.12645>
- Allen, J., Hutchinson, A., Brown, R. & Livingston, P. (2014). Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *BMC health services research*, 14(1), 346. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-346>
- Baillie, L., Gallini, A., Corser, R., Elworthy, G., Scotcher, A. & Barrand, A. (2014). Care transitions for frail, older people from acute hospital wards within an integrated healthcare system in England: a qualitative case study. *International Journal of Integrated Care*, 14. <https://dx.doi.org/10.5334%2Fijic.1175>
- Beyrer, S. (2015). *Kvalitet i IPLOS-registeret. Gjennomgang av datakvaliteten på kommunenes IPLOS-rapportering 2013* (8253791054). <http://hdl.handle.net/11250/2467822>
- Bragstad, L. K., Kirkevold, M. & Foss, C. (2014). The indispensable intermediaries: a qualitative study of informal caregivers' struggle to achieve influence at and after hospital discharge. *BMC health services research*, 14(1), 331. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-331>
- Brownie, S., Horstmannshof, L. & Garbutt, R. (2014). Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care: A systematic literature review. *International journal of nursing studies*, 51(12), 1654–1666. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.011>
- Bähler, C., Signorell, A. & Reich, O. (2016). Health care utilisation and transitions between health care settings in the last 6 months of life in Switzerland. *PLoS One*, 11(9), e0160932. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160932>
- Direktoratet for e-helse. (2018). *Samhandlingsarkitekturer i helse- og omsorgssektoren*. <https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/samhandlingsarkitekturer-i-helse-og-omsorgssektoren/attachment/inline/f6ad8201-ddfb-4115-90c8-141cbe4623ce:0dcd135982875fa7e205260be707301a691d42a8/Samhandlingsarkitekturer%20i%20helse-%20og%20omsorgssektoren.pdf>
- Direktoratet for e-helse. (2020). *Sentralt styringsdokument Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning. Bilag G2 Helhetlig samhandling*. <https://ehelse.no/publikasjoner/sentralt-styringsdokument-akson-helhetlig-samhandling-og-felles-kommunal-journallosning>
- Dwyer, R., Gabbe, B., Stoelwinder, J. U. & Lowthian, J. (2014). A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age and ageing*, 43(6), 759–766. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu117>
- Elliott, J., Stolee, P., Boscart, V., Giangregorio, L. & Heckman, G. (2018). Coordinating care for older adults in primary care settings: understanding the current context. *BMC Family Practice*, 19(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0821-7>
- Gautun, H. & Grødem, A. S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 73–80. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12116>
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*, 8(2), 148–155. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0053>
- Hamran, T. & Moe, S. (2012). *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten—ulike behov eller forskjellsbehandling. Flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv* (8291313873). Universitetet i Nord-Norge. <https://hdl.handle.net/10037/8975>
- Haugan, L., Kjelvik, J., Solberg, Y. & Herbern, S. (2016). *Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk. Eldres helse og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester*. <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/alderspsykiatri/rapporter/helse-omsorgs-og-rehabiliteringsstatistikk-eldres-helse-og-bruk-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester;jsessionid=A30F1C47ABC53D53BBC18E6D9E28F39E?leakedetaljer=vis>

- Haugstveit, F. V. & Otnes, B. (2017). *Mest praktisk bistand til «yngre» brukere*. SSB. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/mest-praktisk-bistand-til-yngre-brukere>
- Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer*. <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/samhandlingsreformens-konsekvenser-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene/2794/>
- Helsedirektoratet. (2018, 25 juni 2020). *Årsverk med fagutdanning i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten>
- Hesselink, G., Schoonhoven, L., Plas, M., Wollersheim, H., & Vernooij-Dassen, M. (2013). Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1), 66–74. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs066>
- Holm, S. G., & Wiik, H. (2020). *Bo lenger hjemme: nye utfordringer for hjemmetjenesten* (1. utgave). Fagbokforlaget.
- Kumlin, M., Berg, G. V., Kvigne, K. & Hellesø, R. (2020). Elderly patients with complex health problems in the care trajectory: a qualitative case study. *BMC health services research*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05437-6>
- Lilleheie, I., Debesay, J., Bye, A. & Bergland, A. (2019). Experiences of elderly patients regarding participation in their hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMJ open*, 9(11). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025789>
- Lilleheie, I., Debesay, J., Bye, A. & Bergland, A. (2020). Informal caregivers' views on the quality of healthcare services provided to older patients aged 80 or more in the hospital and 30 days after discharge. *BMC geriatrics*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1488-1>
- Mehus, K. (2018). *Utvikling i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester. Analysenotat i Samdata kommune. 2018-01 Analysenotat omsorgstjenester – utvikling.pdf*
- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre [A full life – all your life — A Quality Reform for Older Persons]*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/en-gb/pdfs/stm201720180015000engpdfs.pdf>
- Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F. V., Sundby, B. & Karlsen, H. T. (2018). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere [Nursing and care services 2017. Statistics on services and recipients]* (8253797915). <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/358290?ts=165a44eac40>
- Riksrevisjonen. (2018-2019). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>
- Rostad, H. M., Skinner, M. S., Hellesø, R. & Sogstad, M. K. R. (2020). Towards specialised and differentiated long-term care services: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05647-y>
- Rustad, E. C., Furnes, B., Cronfalk, B. S. & Dysvik, E. (2016). Older patients' experiences during care transition. *Patient preference and adherence*, 10, 769. <https://dx.doi.org/10.2147%2FPPA.S97570>
- Skinner, M. S. (2014). *Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud: status per 2012/2013* (8293269707). <http://hdl.handle.net/11250/196651>
- Sogstad, M., Hellesø, R. & Skinner, M. S. (2020). The Development of a New Care Service Landscape in Norway. *Health Services Insights*, 13, 1178632920922221. <https://doi.org/10.1177%2F1178632920922221>
- Stange, K. C. (2009). The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Annals of Family Medicine*, 7(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.971>

- Storm, M., Siemsen, I. M. D., Laugaland, K., Dyrstad, D. N. & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care*, 14. <https://dx.doi.org/10.5334%2Fijic.1194>
- Veenstra, M., Skinner, M. S. & Sogstad, M. K. R. (2020). A nation-wide cross-sectional study of variations in homecare nurses' assessments of informational continuity—the importance of horizontal collaboration and municipal context. *BMC Health Services Research*, 20, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05313-3>