

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2010 nr. 10

**Vedtak om sykehjemsplass –  
hvor høye er tersklene?**

Edith Roth Gjevjon  
Tor Inge Romøren



Høgskolen i Gjøvik  
2010

ISSN: 1890-520X

ISBN: 978-82-91313-55-9

# Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>4</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>5</b>
<b>KAPTITTEL 1. INNLEDNING</b> .....	<b>10</b>
BAKGRUNN .....	10
HENSIKT .....	13
UTFORMING.....	13
<i>Valg av kommuner/bydeler</i> .....	13
<i>Gruppeintervjuer med saksbehandlere</i> .....	14
<i>Telefonintervjuer med pårørende</i> .....	15
<i>Etiske overveielser</i> .....	16
<i>Litt om kommunene vi har studert</i> .....	16
<b>KAPITTEL 2. SAKSBEHANDLERNES OG KOMMUNENES PERSPEKTIV</b> .....	<b>19</b>
PROSESSEN - HOVEDTREKKENE.....	19
OMSORGSTRAPPEN .....	19
SØKNADEN.....	20
<i>Søkeren</i> .....	20
SØKNADENS KVALITET .....	21
VURDERINGEN .....	22
<i>Innhenting av opplysninger</i> .....	22
GRUNNLAGET FOR VURDERINGENE: RETNINGSLINJER, KRITERIER OG FAGLIG SKJØNN .....	24
<i>Kriterier</i> .....	24
<i>Helhetlig og individuell vurdering</i> .....	26
<i>Faglig skjønn</i> .....	28
YTRE FAKTORER.....	29
<i>Familie og sosialt nettverk</i> .....	29
<i>Geografi</i> .....	29
<i>Øvrige tjenestetilbud – omsorgstrappen</i> .....	30
OM PASIENTERS OG PÅRØRENDES EGNE VURDERINGER.....	31
BESLUTNINGEN.....	33
<i>Avslag</i> .....	33
Å VENTE PÅ Plass.....	34
SAKSBEHANDLERNES VURDERING AV TERSKLENE .....	35
OPPSUMMERING OG DRØFTING – KOMMUNENS OG SAKSBEHANDLERNES PERSPEKTIV.....	36
<b>KAPITTEL 3. PÅRØRENDE OG PASIENTERS ERFARINGER</b> .....	<b>40</b>
HVEM ER DE PÅRØRENDE? .....	40
HVEM ER PASIENTENE?.....	41
<i>Kjønn og alder</i> .....	41
<i>Sykdommer</i> .....	42
<i>Funksjonsnivå</i> .....	42
ÅRSAKEN TIL AT DET BLE SØKT .....	44
FASENE I SØKNADSPROSESSEN .....	45
INITIATIVET TIL SØKNAD .....	48
PÅRØRENDES EGEN ROLLE OG SAMARBEID MED KOMMUNE/BYDEL.....	49
DEN GAMLES ØNSKE .....	52
PÅRØRENDES EGNE TANKER OMKRING TEMAET "Å FÅ VEDTAK OM SYKEHJEMSPLASS" .....	54
<i>Tilgjengelighet av sykehjemsplasser og terskel for å få plass</i> .....	54
<i>Å bli møtt og hørt av helsepersonell i kommunene/bydelene</i> .....	55
<i>Å orientere seg i systemet</i> .....	55
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>58</b>

<b>VEDLEGG .....</b>	<b>61</b>
VEDLEGG 1. OMSORGSTRAPPEN, LANDKOMMUNE 1.....	61
VEDLEGG 2. OMSORGSTRAPPEN, LANDKOMMUNE 2.....	62
VEDLEGG 3. OMSORGSTRAPPEN, BYDEL 1.....	63
VEDLEGG 4. OMSORGSTRAPPEN, BYDEL 2.....	64
VEDLEGG 5. INTERVJUGUIDE FOR GRUPPEINTERVJU MED SAKSBEHANDLERE .....	65
VEDLEGG 6. INTERVJUGUIDE FOR TELEFONINTERVJUER MED PÅRØRENDE.....	66

## Tabelloversikt

TABELL 1. SYKEHJEMSDEKNING.....	17
TABELL 2. OVERSIKT OVER ANTALL SØKERE, INNVILGELSER OG AVSLAG FOR LANGTIDSPASS I SYKEHJEM. TALL FOR 2009.....	18
TABELL 3. HVEM BLE INTERVJUET? PROSENT. N=71 .....	41
TABELL 4. PASIENTENES KJØNN OG ALDER. N=71.....	41
TABELL 5. VIKTIGSTE SYKDOM SOM ÅRSÅK TIL SØKNAD. PROSENTANDELER. N=71 .....	42
TABELL 6. FUNKSJONSNIVÅ/HJELPEBEHOV MÅLT VED BARTHELS ADL-INDEKS. N=71.....	43
TABELL 7. KOGNITIV SVIKT MÅLT VED HUKOMMELSE OG ORIENTERINGSEVNE. N=71 .....	44
TABELL 8. HOVEDÅRSÅKER TIL SØKNAD OM LANGTIDSPASS I SYKEHJEM. N=71.....	45
TABELL 9. ÅRSÅKER TIL UTSETTELSE AV SØKNAD. ÅPENT SPØRSMÅL.....	47
TABELL 10. HVEM TOK INITIATIV TIL Å SØKE OM LANGTIDSPASS? N=71 .....	49
TABELL 11. HVA VIL DU SI OM DIN EGEN ROLLE SOM PÅRØRENDE I PROSESSEN - FRA SØKNAD TIL VEDTAK OM LANGTIDSPASS? N=71.....	50
TABELL 12. HVEM FRA KOMMUNEN HADDE DU/ DIN PÅRØRENDE KONTAKT MED I DENNE PROSESSEN? N=71... 52	
TABELL 13. VAR DET I TRÅD MED DIN PÅRØRENDES (PASIENTENS) EGET ØNSKE Å FÅ LANGTIDSPASS I SYKEHJEM? N=62 .....	53

## **Forord**

Denne undersøkelsen er initiert og finansiert av Pensjonistforbundet og er gjennomført av Senter for omsorgsforskning, Østlandet, ved Høgskolen i Gjøvik. Undervisningssykehjemmet i Oslo har vært en viktig samarbeidspart. Anne Kittelsen og Christina Johannessen fra FoU-avdelingen ved Undervisningssykehjemmet Abildsø bo- og rehabiliteringssenter har bidratt ved utviklingen av intervjuguider, gjennomføring av pilotundersøkelse og intervjuer. Undertegnede har analysert dataene og skrevet rapporten.

Vi vil takke helse- og omsorgstjenestene i de kommunene og bydelene som har deltatt i undersøkelsen. En spesiell takk går til alle pårørende som har delt sine erfaringer med oss om å søke om langtidsplass i sykehjem.

Gjøvik, 25.11.10

Edith Roth Gjevjon

Tor Inge Romøren

## Sammendrag

Denne undersøkelsen er kommet i stand på initiativ fra Pensjonistforbundet, som også har finansiert den. Studien handler om hva som skal til for å få innvilget en langtidsplass i sykehjem. Hvor høye er tersklene? Er de for høye?

Dette er i siste instans et skjønnsspørsmål. I omsorgstjenestens hverdag er det særlig to grupper som kan ha viktige synspunkter på saken: pasienter og pårørende på den ene siden, og fagfolk og saksbehandlere på den andre. I denne undersøkelsen belyser vi hva som skal til for å få innvilget en langtidsplass i sykehjem ved å intervjuer både pårørende til sykehjemspasienter og fagfolk og saksbehandlere med ansvar for vedtak om helse- og omsorgstjenester. Vi spør: Hvor store hjelpebehov har de pasientene som får innvilget langtidsplass i sykehjem? Hvor lenge har de ventet? Hva slags tilbud har de hatt i mellomtiden? Hvordan foregår vedtaksprosessen? Hva synes pårørende og fagfolk om tersklene for vedtak om sykehjemsplass? Varierer synet på disse forholdene mellom de to gruppene? Er det forskjeller på sykehjemstersklene i byen og på landet?

Det er kjent at sykehjemskapasiteten er ulik kommuner i mellom. Som en hovedregel er den større i landkommuner enn i bykommuner (Romøren og Svorken 2003). Vi har hentet informanter fra to landkommuner og to bydeler i en storby. Landkommunene i denne undersøkelsen har en sykehjemsdekning svarende til plasser for 18-19 % av befolkningen over 80 år, mens storbydelene har en dekning svarende til plasser for 13-15 %. Storbydelene har til gjengjeld mer omfattende og differensierte tilbud på omsorgsnivåene under sykehjem.

Andel søknader som blir innvilget er høyere på landet (90-100 %) enn i storbyen (60 – 80 %). Men andel avslag er ikke så ulikt. Det kommer av at fagfolkene i storbyen i større grad enn i landkommunene får søkerne til å endre søknadene sine til å gjelde

andre tilbud enn sykehjem. Slik reduseres avslagsprosenten. Selv om denne aktiviteten kan forstås ut fra praktiske hensyn, er den i strid med regelverket for søknad og tildeling av omsorgstjenester. Den fører til at saksbehandlingen i forbindelse med søknad om langtidsopphold i institusjon ikke sikrer søkerens muligheter til å klage. Uten et formelt avslag på søknaden kan ikke avgjørelsen påklages, og søkere har da ikke fått en rettmessig behandling.

De gamle som det ble søkt sykehjemsplass for var i gjennomsnitt 87 år. Fire av fem var kvinner. Den sykdommen som – i følge nærmeste pårørende - aller hyppigst bidro til at det ble søkt om sykehjemsplass, var en demenstilstand. Denne sykdommen var dominerende i nesten halvparten av tilfellene. Aldersdomssvekkelse og muskel-/skjelettsykdommer var hver for seg hovedårsaken i vel ti prosent av tilfellene. Ellers var årsakene spredt over et vidt spekter av medisinske tilstander.

Vi kartla de gamles funksjonsnivå ved å bruke to registreringsmåter som er mye brukt i eldreomsorg og sykehjemsmedisin, nemlig "Barthels ADL-indeks" og "Klinisk demensvurdering" (KDV). Vi fant – som ventet - en viss forverring av funksjonsnivået fra tiden søknaden ble sendt til tiden for vedtak, og videre fram til tidspunktet vi intervjuet pårørende - etter at den gamle hadde vært sykehjemsbeboer en stund. Da hadde hun eller han en Barthel-skåre på rundt ni poeng. Det betyr at personen ikke var i stand til å gå og trengte hjelp til personlig hygiene, til å kle seg, og ofte til å spise. Hun eller han var vanligvis også inkontinent. Sykehjemsbeboerne vi har undersøkt var med andre ord svært hjelpetrequende.

De fleste sykehjemssøkere har først en lang fase med sykdom og skrøpeligheter der de blir hjulpet hjemme av familien og av den kommunale hjemmetjenesten. I denne fasen er sykehjemsplass ikke aktuelt, verken for den hjelpetrequende, nærmeste pårørende eller hjelpeapparatet. Fasen varer to til tre år, og i denne tiden blir hjelpeapparatet godt kjent med den gamle.

I neste fase, når skrøpeligheite og hjelpebehovet blir store, kan behovet for omfattende og kontinuerlig heldøgns omsorg oppstå. Det betyr – slik de fleste pårørende ser det – at det trengs en sykehjemsplass. Men i bare ett av tre tilfeller blir det søkt med én gang. I en periode på ett til to år (lengst i storbyen) pågår det hva en kan kalle ”forhandlinger” mellom tre parter: den gamle, nærmeste pårørende og hjelpeapparatet. Materialet viser at det kan være både en ”Pasientterskel”, en ”Pårørendeterskel” og en ”Fagfolkterskel” en må forbi før det søkes om sykehjemsplass. Alle disse tersklene kan bidra til at tiden fra behovet oppstår til det blir søkt trekker ut. Å få søknaden innvilget utgjør bare den siste terskelen, og tiden det tar å behandle søknaden er i de fleste tilfeller ikke så lang.

”Pasientterskelen” handler om at noen skrøpelige gamle i utgangspunktet ikke ønsker å flytte hjemmefra, selv når det ikke lenger er mulig å etablere tilstrekkelig og trygg omsorg der. Hvis en i tillegg har aldersdemens, kan en mangle innsikt i egne behov og egen situasjon, og av den grunn motsette seg at det søkes om institusjonsopphold. ”Pårørendeterskelen” utgjøres vanligvis av en gammel ektefelle som vil gjøre alt for at den hjelpetrengende skal få bo hjemme så lenge som mulig, og derfor utsetter en søknad lenge – i blant for lenge. ”Fagfolkterskelen” er den vanligste. Den handler om at fagfolk og saksbehandlere prøver å finne andre løsninger enn sykehjem, fordi tilbudet er knapt. En drøfter og tilbyr alternative tiltak, ofte gjennom lang tid, helt til dette ikke lenger er mulig. Og selv når det så søkes, kan det bli avslag – i dette materialet i opp til ti prosent av tilfellene.

Når det først er søkt, går resten av prosessen relativt raskt. Fasen fra det er søkt til vedtak foreligger varer i gjennomsnitt to måneder på landet og tre i storbyen. I ett av tre tilfeller økes hjemmetjenestene i ventetiden - begge steder. Fra et positivt vedtak til innflytting går det i de aller fleste tilfellene bare en ukes tid, også da uavhengig av pasientens bosted.

Flertallet av de nærmeste pårørende vi har intervjuet gir uttrykk for at de var aktive i søknadsprosessen og betydningsfulle for utfallet. Særlig gjelder dette i byen. Ettersom

døtrene er den helt dominerende pårørendegruppen her, kan en si at terskelen for sykehjemsplass i storbyen passerer takket være en stor gruppe kvinner som står opp og kjemper for sine foreldre. På landet er det litt annerledes: sønnene er mer aktive, hjelpeapparatet selv tar også initiativ, og flere opplever at søknadsprosessen er enkel og uproblematisk.

Mange pårørende gir uttrykk for at tilgjengeligheten til sykehjemsplass er for dårlig, nåløyet for trangt, terskelen for høy. Men et mindretall gir også uttrykk for at tersklene var relativt enkle å passere. De fleste av disse bor på landet. Flere av fagfolkene i storbydelene og i den ene landskommunen sier også at langtidsplass i sykehjem er et knapphetsgode<sup>1</sup>. Det skal mye til å få en søknad innvilget. Tjenesten er forbeholdt de med store hjelpebehov, alvorlig syke og skrøpelige gamle i behov av omfattende pleie og tilsyn hele døgnet. Unntaket er den andre landkommunen. Her karakteriserer noen av fagfolkene veien inn til sykehjemmet som en ”sklie”. Det er lett å komme inn, kanskje for lett.

”Omsorgstrappen”, en illustrasjon på kommunens tjenestetilbud på ulike nivåer, er fagfolkernes og saksbehandlerens rettesnor. Langtidsplass i sykehjem er øverste trinn, og alle som ønsker langtidsplass i sykehjem må vurderes opp mot trinnene lengre ned i omsorgstrappen. Er det forsvarlig å gi pasienten tjenester på et lavere trinn enn det øverste, skal han eller hun ikke få langtidsplass, sier de.

Fagpersoner vurderer pasientenes behov ut fra faglige forståelsesrammer. Pasienter og pårørende gjør vurderinger av behov basert på andre kriterier. Dette er en av årsakene til at søknader omgjøres, eller at pasienter blir bedt om å trekke sykehjemssøknaden og søke om andre tjenester. Fagpersonene mener at søkerne må gå gjennom de ”riktige” trinnene i omsorgstrappen. Noen ganger fører møtet mellom de to forståelsene til uenighet og konflikt. Det kan se ut som om pårørendes, og kanskje

---

<sup>1</sup> I en annen undersøkelse som er under publisering, sier 38 % av saksbehandlere fra alle bydelene i Oslo og 18 % av saksbehandlere fra alle kommunene i Akershus at terskelen for å få sykehjemsplass ut fra faglige vurderinger er for høy.



befolkningens, forventninger ikke er i samsvar med kommunenes planer og tilbud om helse- og omsorgstjenester.

I de to bydelene som er undersøkt her fins det mange tilbud på nivåene under sykehjemsomsorg: bokollektiv for demente, omsorgsboliger med fast bemanning, aldershjem, omfattende hjemmetjenester, dagtilbud, rehabiliteringstilbud. Likevel gir altså både pårørende og saksbehandlere altså uttrykk for at sykehjemstilbudet er for knapt. Det indikerer at en ikke uten videre kan bygge seg vekk fra sykehjemsomsorg ved å etablere alternativer, for eksempel i form av omsorgsboliger. Det øverste trinnet i omsorgskjeden må også ha et tilstrekkelig volum. En av landkommunene hadde få trinn i omsorgstrappen, mange sykehjemsplasser og lav terskel for inntak. Overbelegg på sykehjemmet var et vedvarende problem. Det indikerer det motsatte: en kan ikke uten videre møte et antatt sykehjemsbehov ved bare å satse på sykehjemsplasser. Også andre trinn i omsorgstrappen må bygges ut.

Det er balansen mellom elementene i omsorgstrappen som til syvende og sist former tersklene for vedtak om sykehjemsplass. Kommunene og bydelene i denne undersøkelsen viser hvordan denne balansen på ulike måter kan være skjev - slik pårørende, fagfolk og saksbehandlere ser det.

## **Kapittel 1. Innledning**

I Norge er det et ideal å bo i eget hjem så lenge som mulig, selv når alderdom, funksjonssvikt og sykdom gjør oss avhengige av omfattende hjelp fra helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet 2005). Mange har likevel behov for døgnkontinuerlig pleie, omsorg og behandling utenfor eget hjem. Helse- og omsorgsdepartementet beregnet i 1997 at 25 % av antall personer over 80 år hadde behov for heldøgns omsorg i sykehjem eller tilrettelagt bolig (Helse- og omsorgsdepartementet 1997).

Temaet sykehjemsplasser opptar mange og er mye diskutert i offentligheten. Medieoppslag, politiske debatter og offentlige dokumenter antyder at det skal mye til for å få en sykehjemsplass. I oktober 2010 påstod TV2-Nyhetene at mer enn 3000 personer i 200 kommuner venter på sykehjemsplass eller omsorgsplass med heldøgns pleie (TV2 2010). I forbindelse med dette oppslaget har helseministeren bedt Fylkesmennene vurdere hvorvidt personer som har behov for heldøgns omsorg i institusjon eller omsorgsbolig får dette (Helse- og omsorgsdepartementet 2010). Dette peker på et behov for å vite mer om norske kommuners praksis når det gjelder tildeling av sykehjemsplasser.

Denne rapporten er basert på en undersøkelse om hva som skal til for å få sykehjemsplass, og bidrar på denne måten med kunnskap som etterspørres av innbyggere og myndigheter. Pensjonistforbundet har initiert og finansiert undersøkelsen med bakgrunn i behovet for ny kunnskap på området.

### **Bakgrunn**

Handlingsplan for eldreomsorgen (1998-2001) førte til en betydelig bygningmessig standardheving i norske sykehjem (Helse- og omsorgsdepartementet 2000), men dekningsgraden på landsbasis økte ikke (Brevik & Daatland 2007, Romøren & Svorken 2003). Det er en del variasjon mellom kommunene når det gjelder sykehjemskapasitet. Ytterpunktene målt i andel personer over 80 år som er i sykehjem er 12,2 % i kommunegruppe 13 (store kommuner utenom de fire største byene) og 26,5 % i kommunegruppe 16 (små kommuner med høye inntekter) (<http://www.ssb.no/kostra/>). De store byene, inklusive Oslo, har en andel innbyggere over 80 år med sykehjemsplass på rundt 16 %.

Mulighetene for å få permanent opphold i sykehjem kan ha blitt mindre i takt med myndighetenes satsning på pleie og omsorg utenfor institusjon, enten i eget hjem, i omsorgsbolig eller i bofellesskap. Den totale kapasiteten ved sykehjemstilbudet har gått ned siden 1980-tallet (Romøren 2001a, Legeforeningen 2005). Økningen i antallet eldre fram mot 2050 vil øke presset på helse- og velferdstjenestene våre (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Etterspørselen etter sykehjemsplasser vil øke.

Sykehjemsbeboere har sterkt nedsatt funksjonsevne og mange sykdommer (Romøren 2003, Bakke 2003, Brevik 2003, Bache 2005, Fjelltun 2009). Et flertall av beboerne har mental svikt (Romøren 2001b, Engedal, 2005, Selbæk 2008). I Bergen ble det i 1985 gjennomført en studie som kartla sykehjemsbeboeres fysiske og mentale funksjonsnivå (Nygaard, Naik & Ruths 2000). Når studien ble gjentatt i 1996 og 1997, fant man en økning i andelen beboere med mental svikt (fra 75 % til 82 %). Den totale andelen beboere med stort pleiebehov økte fra 87 % til 91 % i perioden (ibid.).

Statistisk sentralbyrå (SSB) har nylig for første gang registrert en nedgang i antall sykehjemsplasser i Norge. Det ble registrert 69 færre sykehjemsplasser i 2009 enn i 2008. I følge SSB kan dette skyldes omgjøring av sykehjemsplasser til omsorgsboliger og omgjøring av dobbeltrom til enerom. Det påpekes samtidig at det har skjedd en omfordeling av ressurser fra institusjonstjenester til hjemmetjenester (SSB 2010). Samtidig satser Helse- og omsorgsdepartementet (2010a) på å øke antall heldøgns omsorgsplasser, og målet er full sykehjemsdekning innen 2015. Det er imidlertid en uklar begrepsbruk når det gjelder denne satsningen (Helse- og omsorgsdepartementet 2010b). Helse- og omsorgsdepartementet bruker begrepet heldøgns omsorg, noe som innbefatter både sykehjemsplass og heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Full sykehjemsdekning kan derfor forstås som at alle med behov for heldøgns omsorg enten skal få sykehjemsplass *eller* plass i heldøgnsbemannet omsorgsbolig (ibid.). Helseministeren påpeker imidlertid i skriftlig svar til opposisjonen at:

”Noen av dem [brukerne] får et svært omfattende og langvarig heldøgns tjenestetilbud i omsorgsbolig eller eget hjem. Det er bra, likevel må

kommunene sørge for å bygge nok sykehjemsplasser slik at de som er sykest og trenger det mest, får det.” (Helse- og omsorgsdepartementet 2010b).

Et eldre arbeidsnotat fra Institutt for samfunnsforskning belyser fordelingsprinsippene for vedtak om sykehjemsplass i Oslo kommune (Madsen 1992). Notatet beskriver en usystematisk og lite konsistent inntaksstrategi. Vedtak om sykehjemsplass var i stor grad behovsvurdert, men faktorer som bydelens økonomi og politiske hensyn påvirket også beslutningene. Politiske føringer som prioritererte hjemmebaserte tjenester foran institusjon for skrøpelige gamle så ut til å ha påvirket inntakskriteriene. ”Listen” var lagt meget høyt, og kun de med meget omfattende pleiebehov fikk innvilget plass. Pårørende, hjemmetjenestene og inntaksteamet kunne også i mange tilfeller vurdere pasientens behov ulikt.

Eldreombudet i Oslo konkluderte i årsrapporten for 2008 med at de gamle som søkte om permanent sykehjemsplass bodde hjemme for lenge før de fikk innvilget plass (Eldreombudet 2008). Ombudet viser gjennom eksempler at mange søkere til sykehjemsplass var ”svingdørspasienter” mellom hjem og sykehus før de fikk plass på sykehjem. Eldreombudet (2008) trekker i tillegg frem at søkere og deres familier kunne oppleve situasjonen belastende:

”Felles for alle disse sakene er at den gamle blir boende hjemme for lenge før det gis plass på sykehjem. Dette resulterer i at den fysiske og psykiske tilstanden reduseres betraktelig. For pårørende er det utmattende å oppleve at deres framstilling av situasjonen ikke blir tatt tilstrekkelig på alvor.” (Eldreombudet 2008, s. 28)

Aud Mari Sohini Fjelltnun (2009) studerte situasjonen til personer som hadde fått innvilget sin søknad om langtidsplass i sykehjem, men som måtte vente på plass grunnet mangel på sykehjemsplasser. Hun sammenliknet blant annet funksjonsevnen til beboere i sykehjem med mennesker som hadde fått vedtak om plass, men som bodde hjemme i påvente av ledig plass (Fjelltnun, Henriksen, Norberg, Gilje, & Normann 2008). Totalt sett var sykehjemsbeboerne skrøpeligere enn de som bodde hjemme, men det ble dokumentert store hjelpebehov også hos de hjemmeboende som ventet på sykehjemsplass (ibid.). Fjelltnun rapporterte også om fortvilte pårørende og pleiere som var bekymret for den gamles situasjon som følge av å måtte vente. De fikk ikke den pleien og omsorgen de hadde behov for, fordi behovet var større enn

tjenestetilbudet. De ventende sykehjemssøkerne fikk blant annet ikke i seg nok mat og drikke (Fjelltun 2009).

Forskningslitteratur, rapporter og myndighetenes utredninger og planer indikerer at sykehjemsplass kan være et knapphetsgode. Mediene forteller oss om syke gamle som likevel ikke får plass til tross for at de selv og deres pårørende mener de har behov for heldøgns pleie og omsorg i sykehjem. Vi vet en del om sykehjem og de som allerede bor der (Romøren 1999; 2001a; 2001b, Hauge 2004, Bache 2005, Bergland 2006, Selbæk 2008), men vi har lite dokumentert kunnskap om prosessen fra søknad om sykehjemsplass til innvilgelse av søknaden, og hvordan denne oppleves.

## **Hensikt**

Hensikten med dette prosjektet har vært å belyse hva som skal til for å få vedtak om sykehjemsplass, og på denne måten analysere aspekter ved forholdet mellom behov og tilbud innen sykehjemssektoren. Studiens problemstillinger er som følger:

- 1) Hvordan er tildelingspraksisen for langtidsplass i sykehjem?
- 2) Hvor store hjelpebehov har de pasientene som nylig har fått innvilget langtidsplass i sykehjem?
- 3) Hvor lenge har de ventet?
- 4) Hva slags tilbud har de hatt i mellomtiden?
- 5) Varierer disse forholdene mellom ulike kommunetyper ?

## **Utforming**

Prosjektet bygger på informasjoner fra to ulike kilder:

1. *Gruppeintervjuer med saksbehandlere som behandler søknader om sykehjemsplass*
2. *Telefonintervjuer med pårørende til mennesker som nylig har fått innvilget langtidsplass i sykehjem*

### ***Valg av kommuner/bydeler***

Vi har valgt å rekruttere informanter fra to landkommuner på Østlandet (én middels stor og en mindre) og to bydeler i storbyen Oslo (en stor og en mindre, i det følgende ofte kalt bare bydeler eller storbydeler). Disse kommunene/bydelene har noe ulik

befolkningssammensetning og sykehjemsdekning. Landkommunene og Oslo er også ulike når det gjelder topografi, bosetting og tjenesteorganisering. Dette skal vi komme tilbake til.

### ***Gruppeintervjuer med saksbehandlere***

#### Valg av informanter

I alle kommuner finner vi saksbehandlere som tar imot, vurderer og foretar beslutninger knyttet til søknader om helse- og omsorgstjenester. Ikke alle disse har stillingsbetegnelse som saksbehandlere; de kan være utøvende helsepersonell eller tjenesteledere. I denne rapporten omtales alle som saksbehandlere, uansett stillingsbetegnelse. Vi var altså ute etter å snakke med de som er saksbehandlere i praksis – de som utfører saksbehandlingen ved søknad om sykehjems plass. Vi intervjuet mellom to og fire saksbehandlere fra hver kommune/bydel. Saksbehandlerne ble valgt ut av sin nærmeste leder. I den ene landkommunen intervjuet vi to – de eneste to som var ansatt i en bestillerenhet. Den andre stilte opp med fire saksbehandlere. Alle var tjenesteledere i kommunen. I Oslo intervjuet vi fire saksbehandlere i bestillerenheten i den ene bydelen og tre i den andre. I alle gruppeintervjuene deltok også lederen for saksbehandlerne.

#### Intervjuene

Formålet med gruppeintervjuene var å belyse kommunenes/bydelens tildelingspraksis på et overordnet nivå, men også den enkelte saksbehandlers vurderinger og beslutninger gjennom deres beskrivelser av sin egen praksis. Vi ønsket å få kunnskap om hele prosessen fra en søknad mottas, til et vedtak om innvilgelse eller avslag foreligger. Vi ba informantene fortelle om selve vurderingen av søknaden – hvilke opplysninger de innhentet, og fra hvem. Saksbehandlernes egne vurderinger og beslutninger er også viktige – spesielt om det forekommer uenighet mellom saksbehandlerne og/eller beslutningstakerne, og i hvilken grad beslutningene samsvarer med pasientens og pårørendes ønsker. Dessuten ønsket vi å få informasjon om hva som blir vektlagt når søknader om langtids plass innvilges eller avslås. Et annet viktig tema er i hvilken grad pasienter som har fått vedtak om langtids plass i sykehjem må vente på plass, og i tilfelle hvor og hvor lenge pasienten venter, og hvilke tilbud han/hun får i ventetiden.

Vi gjennomførte tematiske intervjuer, dvs. at vi hadde en intervjuguide (vedlegg 5) med noen forhåndsbestemte temaer inkludert oppfølgingsspørsmål for å sikre at problemstillingene ble belyst tilstrekkelig. Vi var to intervjuere. Hovedforfatteren av denne rapporten styrte intervjuet, mens en medarbeider fra Undervisningssykehjemmet i Oslo noterte ned opplysninger som kom fram, og fulgte opp med spørsmål som hun anså som relevante for intervjuet. Tre av intervjuene ble tatt opp på lydbånd og skrevet ut ordrett. Én av gruppene ønsket ikke lydopptak, så intervjuet ble skrevet ut direkte etterpå, på bakgrunn av notater tatt underveis. Vi foretok en kvalitativ innholdsanalyse av det skriftlige materialet.

### ***Telefonintervjuer med pårørende***

#### Valg av informanter

Målet med denne delen av prosjektet er å undersøke hva som skal til for å få vedtak om langtidsplass i sykehjem gjennom å analysere hvordan prosessen fra søknad til vedtak har vært, sett med nærmeste pårørendes øyne. Det ideelle hadde vært å intervju pasienten selv. Men personer som mottar langtidsplass i sykehjem er skrøpelige og ofte ikke intervjubare (Slagsvold 1995). En høy andel har demens eller annen kognitiv svikt (Romøren 2001, Selbæk 2008). Hadde vi utelukkende valgt beboere som er intervjubare, ville det gitt et meget skjevt utvalg. Ved å intervju pårørende isteden, får vi opplysninger om prosessen fra personer som står pasienten nær og har opplevd prosessen på nært hold.

#### Intervjuene

Til sammen 80 pårørende, jevnt fordelt mellom landkommunene og storbydelene samtykket til intervju. Noen av disse trakk seg da de ble kontaktet og noen få fikk vi ikke kontakt med. Totalt er 71 pårørende intervjuet i denne undersøkelsen, og det er deres svar som ligger til grunn for resultatene som presenteres i kapittel 3. Vi ba lederne av henholdsvis bestillerenhetene i tre kommuner/bydeler og for tjenestene i én kommune å velge ut potensielle informanter. Kriterier var at pasienten de var pårørende til hadde fått langtidsplass i sykehjem i løpet av de siste 12-18 måneder, at pårørende hadde fulgt prosessen (dvs. hadde og har tett kontakt med pasienten), og at pårørende kunne gjennomføre et intervju. Intervjuene ble foretatt per telefon. Intervjuguiden besto av fem hovedtemaer, med ett til ni spørsmål per tema. Alle spørsmål hadde lukkede svarkategorier, men med muligheter til å utdype noen av

svarene (vedlegg 6). Til slutt fikk pårørende muligheten til å snakke fritt rundt temaet. Utsagnene ble notert mest mulig ordrett og analysert. Alle intervjuene ble gjennomført av samme person, en medarbeider fra Undervisningssykehjemmet i Oslo. Vi har brukt statistikkprogrammet SPSS<sup>®</sup> for registrering og analyse av data fra telefonintervjuene.

### ***Etiske overveielser***

Vi har skriftlig og muntlig sørget for at beboerne hvis pårørende vi snakket med har fått informasjon om studien - hva den går ut på, hensikten med den, og hvilke typer opplysninger vi har vært ute etter. Vi spurte beboerne om samtykke til å gjennomføre intervjuene med pårørende. I de tilfellene der beboerne ikke hadde samtykkekompetanse, innhentet vi samtykke fra pårørende eller oppnevnt verge. Vi valgte altså å be pårørende til beboere både med og uten samtykkekompetanse om å gi opplysninger om prosessen frem mot vedtak. I mange tilfeller har beboere i sykehjem mangelfull samtykkekompetanse. Vi mener også disse må inkluderes fordi kognitiv svikt/demens ofte er årsak til innleggelse i sykehjem. Å studere terskelen for vedtak uten å inkludere personer med kognitiv svikt/demens ville gitt et skjevt utvalg og svekket studien. Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst.

### ***Litt om kommunene vi har studert***

Vi har som nevnt samlet data om prosessen rundt søknad om langtidsplass i sykehjem fra to nokså ulike landkommuner på Østlandet og to nokså ulike bydeler i Oslo. Landkommunene hadde om lag 6000 og 7000 innbyggere, bydelene om lag 28000 og 46000. I tre av kommunene/bydelene var vedtaksprosessene i omsorgstjenesten organisert etter en bestiller/utfører-modell der egne saksbehandlere vurderer og anbefaler og/eller avgjør utfall av søknadene. Disse saksbehandlerne arbeider adskilt fra den utøvende tjenesten. Den minste kommunen var organisert etter en integrasjonsmodell der enhetslederne var ledere for alle helse- og omsorgstjenestene og vurderte og avgjorde søknader om slike tjenester. Oslo kommune er organisert etter en bestiller-utførermodell (BUM) som - i motsetning til andre kommuner med BUM-organisering - har et reelt skille mellom bestiller og utfører, også økonomisk.



Bestillerenhetene<sup>2</sup> i Oslo – som representerer bydelene - betaler utførerene for utføring av tjenestene. Disse utførerene kan enten være private eller kommunale foretak. Oslo kommune har også opprettet en egen sykehjemsetat hvor bydelene bestiller og kjøper sykehjemsplasser. Organisasjonsmessig tilhører ikke sykehjemmene den enkelte bydel, men er samlet i en byomfattende etat. Bydelene beregner likevel hvor mange sykehjemsplasser det er behov for, og vi kan på bakgrunn av disse tallene si noe om sykehjemsdekningen for bydelene. Sykehjemsdekningen i den enkelte av kommunene/bydelene som deltok i studien vises i Tabell 1, sammen med andel eldre over 80 år (<http://www.ssb.no/kostra/>).

<b>TABELL 1. SYKEHJEMSDEKNING.</b>		
<b>Kommune/bydel</b>	<b>Andel eldre &gt; 80 år</b>	<b>Sykehjemsdekning for personer &gt; 80 år</b>
	%	%
Kommune 1	6.1	19
Kommune 2	6.6	18
Bydel 1	6.3	15
Bydel 2	4.8	13

Vi ser her at sykehjemsdekningen er noe lavere i storbydelene enn i landkommunene. Når det gjelder antall søknader om sykehjemsplass, antall innvilgelser og avslag, finner vi til dels store variasjoner, som vist i Tabell 2 på neste side.

Landkommunene har høy innvilgelsesprosent sammenliknet med bydelene. Den ene kommunen, i tabellen omtalt som Kommune 2, har oppgitt å ha gitt flere pasienter langtidsplass enn de som er oppgitt å ha søkt. Kommunen har i disse tilfellene gitt vedtak om langtidsplass uten at det foreligger en formell søknad fra pasientene. Denne kommunen velger å ha et konstant overbelegg på 10-20 pasienter i stedet for å ha ventelister. Noen kommer inn på sykehjemmet før de har søkt p.g.a. det kommunen kaller akutt behov for omfattende pleie og omsorg. Kolonnen "Annet" gjelder søknader om langtidsplass som omgjøres framfor å bli avslått. Denne praksisen er mest utbredt i bydelene. Dette skal vi komme tilbake til.

<sup>2</sup> Ulike bydeler og kommuner opererer med ulike betegnelser på bestillerenheten, som for eksempel søknadskontor, bestillerkontor, forvaltningskontor og bestillerenhet. Vi har valgt å bruke betegnelsen bestillerenhet.

**TABELL 2. OVERSIKT OVER ANTALL SØKERE, INNVILGELSER OG AVSLAG FOR LANGTIDSPASS I SYKEHJEM. TALL FOR 2009.**

<i>Kommune/bydel</i>	<i>Antall plasser, langtid</i>	<i>Antall plasser, korttid</i>	<i>Antall søknader</i>	<i>Innvilget Antall og prosent</i>	<i>Avslag Antall og prosent</i>	<i>Annet Antall og prosent</i>
Kommune 1	66	10	37	32 (86 %)	3 (8 %)	2 (5 %)
Kommune 2	79	-*	3	31	1	0 (0)
Bydel 1	488	62	255	197 (77 %)	5 (2 %)	56 (22 %)
Bydel 2	202	30	97	54 (56 %)	11 (11 %)	32 (33 %)

\* Kommunen har ikke definert et konkret antall korttidsplasser

## **Kapittel 2. Saksbehandlerne og kommunenes perspektiv**

Hvordan er prosessen fra søknad til vedtak eller avslag sett fra saksbehandlerne perspektiv? Hvilke vurderinger og beslutninger tas, og på hvilke grunnlag?

### **Proessen - hovedtrekkene**

Søknaden - som helst skal være formell og skriftlig, med underskrift fra søker eller verge - poststemples og journalføres, og opplysninger om søkeren innhentes. Likevel viser det seg at ikke alle søker om langtidsplass før de får vedtak om innvilgelse, og noen får beskjed om at de har søkt på feil tjeneste. I de kommunene som er organisert etter bestiller/utførermodellen møter saksbehandlerne den enkelte søker personlig – enten hjemme eller i sykehjem om pasienten har et korttidsopphold, ofte sammen med pårørende. I tillegg innhentes opplysninger fra fastlege og fra utøvende personell i sykehjem, sykehus eller hjemmebaserte tjenester, avhengig av hvor pasienten holder til ved søknadstidspunktet. I kommunen uten bestiller/utfører-organisering innhenter utøvende personell opplysninger slik at et inntaksteam kan vurdere søknaden. Én kommune og én bydel har inntaksteam, de to andre har det ikke. Behandlingstiden for den enkelte søknad varierer betydelig, fra 14 dager til nærmere ett år. Beslutningene innebærer ikke kun avslag og innvilgelse, men i noen tilfeller også det saksbehandlerne beskriver som en omgjøring av søknaden til en tjeneste som anses å være bedre egnet enn langtidsplass.

Ovenfor har vi presentert en kort, generell beskrivelse av prosessen som fører frem til vedtak eller avslag på langtidsplass i sykehjem i kommunene/bydelene vi har studert. I det følgende presenterer vi innholdet i prosessen mer detaljert i form av temaer, eller hovedkategorier, som igjen inneholder underkategorier som vi identifiserte under analysene.

### **Omsorgstrappen**

Et gjennomgående tema i intervjuene, var ”omsorgstrappen”. Dette var egentlig ikke et tema vi hadde satt opp på forhånd i intervjuguiden. Det stod likevel fram som et viktig aspekt i tildelingsprosessen. Begrepet ”omsorgstrapp” er en metafor for tjenestenivå. Det viser til hvilke tjenester som ligger på hvilket nivå innenfor spekteret av alle omsorgstjenester som tilbys. Illustrasjoner av den enkelte kommune/bydels

omsorgstrapp finnes i Vedlegg 1-4 sist i denne rapporten.

Langtids plass i sykehjem er det øverste trinnet i trappen, dvs. høyeste nivå. Omsorgstrappen tar utgangspunkt i LEON-prinsippet: *laveste effektive omsorgsnivå*. Det betyr at pasienten skal motta tjenester tilpasset de konkrete behovene, men ikke mer enn det som ivaretar pasienten på en forsvarlig måte. Saksbehandlerne uttrykker dette slik:

Bydel:

”Bydelen satser på å ha et godt utbygd tilbud på lavere trinn [i omsorgstrappen] – sykehjem er øverste trinn.”

Bydel:

”Vi er veldig opptatt av omsorgstrappen. Den har fine, og mange trinn. Vi vurderer alt annet før langtids plass i sykehjem.”

Landkommune:

”Vi har dagsenter for eldre som er åpent to ganger i uka, men det vi og ser er at vi mangler noen steg i omsorgstrappen vår. Vi har for lite mellom det å bo hjemme og det å bo i sykehjem. Vi savner bemannede omsorgsboliger, og vi savner et botilbud for demente. Tenker da på bokollektiv eller noe i den duren.”

Landkommune:

”Vi mangler heldøgnsbemannede omsorgsboliger. Vi mangler noen trinn i trappa vår.”

Vi vil gjennom den påfølgende presentasjon av resultatene fra gruppeintervjuene vise omsorgstrappens betydning for vurderingen og utfallet av søknader om langtids plass i sykehjem.

## **Søknaden**

### ***Søkeren***

Få søknader om sykehjems plass kommer inn til saksbehandlerne uten at de er forberedt på hvem de mottar søknad fra. Saksbehandlerne sier at de som oftest

kjenner søkerne, fordi de aller fleste mottar betydelige tjenester i kommunen/bydelen fra før.

Landkommune:

”En søknad om langtidsplass, den kommer sjelden uten at vi kjenner pasienten godt, tenker jeg. Da er det som regel noen som har vært inne i systemet lenge og som har vært på korttidsplass og er på korttidsplass. Sånn sett kjenner vi dem godt.”

Bydel:

”Vi kjenner de fleste som søker om langtidsplass i sykehjem fra før – de har som oftest betydelige tjenester fra bydelen.”

Det hender i ytterst få tilfeller at en person søker langtidsplass i sykehjem uten å være kjent av tjenesten fra tidligere. Disse kategoriserer saksbehandlerne som personer som er i behov av økt hjelp, men som ikke er klar over det øvrige tilbudet i kommunen/bydelen.

En saksbehandler fra den minste landkommunen sier det slik:

”Noen mener at om du har fylt 90 og er litt skral, så er det sykehjem som gjelder. Og det er en helt annen oppfatning enn det vi sitter med. Men vi skal kanskje ikke vente heller, at de som ikke har hatt noe kontakt med helsevesenet kjenner til dette løpet her.

Dette er ikke ulikt erfaringene fra storbyen:

”Det kommer sjelden langtidsøknad fra hjemmet. Mange som søker langtidsplass ”hjemmefra”, søker uten helt å vite hva de har behov for. Dette er pasienter som kanskje har behov for økt hjelp, men som ikke er klar over tilbudene han eller hun kan få i bydelen. Da tror de langtidsplass i sykehjem er den beste løsningen.”

### **Søknadens kvalitet**

Underkategorien ”søknadens kvalitet” henspeiler på saksbehandlerne oppfatning av hvorvidt søknaden er en ”reell” søknad om langtidsplass eller ikke. Dette henger sammen med vurderingspraksisen som dreier seg om at alle søkere, omtrent uten unntak, vurderes under et korttidsopphold på sykehjem. Det betyr at når en person

søker om langtidsopphold hjemmefra, vil saksbehandlerne foretrekke at søkeren i tillegg, eller i stedet for – søker om et korttidsopphold. I andre tilfeller anbefaler saksbehandlerne søkeren å trekke eller omgjøre søknaden til å gjelde andre tjenester på lavere nivå. I disse tilfellene gir altså ikke saksbehandlerne avslag på søknaden, slik Forvaltningsloven krever, men omgår regelverket ved å ikke fatte et vedtak knyttet til den opprinnelige søknaden.

Bydelene i Oslo uttrykker denne praksisen slik:

Bydel:

”Oftest anbefaler vi da [når de søker hjemmefra] pasienten å prøve korttidsopphold først. Ved et slikt opphold kan de [ansatte ved korttidsavdelingen] bedre vurdere pasientens behov, samt potensial med tanke på å fortsette å bo i eget hjem. Samtidig får pasienten et innblikk i hvordan det er å bo på sykehjem. I disse tilfellene gir vi ikke avslag, men anbefaler pasienten å trekke søknaden, og vi gjør den om til en søknad om korttidsopphold.”

Bydel:

”Det gis en del avslag, men i mange tilfeller omgjøres søknaden, eller den trekkes, etter samtaler mellom saksbehandlere og pasient. Det handler ofte om at pasienten/pårørende ikke har nok informasjon om tjenestetilbudet i bydelen, og at han/hun da søker sykehjem etter kun å ha hatt praktisk bistand, for eksempel.”

Dette er ikke unikt for Oslo, det er også praksis i landkommunene å be søkeren om å søke noe annet først:

”Det er jo ingen som kommer rett inn på en langtidsplass. Selv om en søker om en langtidsplass, vil vi alltid foreslå at det kan krysses av for en korttidsplass slik at vi heller kan innvilge det.”

## **Vurderingen**

### ***Innhenting av opplysninger***

Saksbehandlerne gjør sine vurderinger ut fra opplysninger som innhentes fra flere hold. De innhenter opplysninger fra de instansene de anser som relevante:

- Sykehus, dersom pasienten nylig har vært innlagt

- Hjemmebaserte tjenester
- Sykehjemmet, om pasienten nylig har vært, eller har et korttids- eller rehabiliteringsopphold

I kommunene/bydelene som er organisert etter en bestiller-utførermodell, foretar saksbehandlerne hjemmebesøk, eller besøk ved korttidsavdelingen for å møte pasienten, og gjerne også pårørende. Saksbehandlerne innhenter da førstehåndsupplysninger selv, i tillegg til å be om andrehåndsupplysninger via relevante instanser. I kommunen som er organisert etter en integrasjonsmodell, er det utøvende helsepersonell som innhenter opplysninger gjennom pasientbesøk og andre, relevante kilder.

Saksbehandlerne innhenter følgende typer opplysninger, som i det følgende vil bli beskrevet grundigere:

- Funksjonsnivå
- Helsestatus
- Egenomsorgsnivå
- Sosiale forhold
- Eksisterende tjenestetilbud

Alle saksbehandlerne anser det som meget viktig å vurdere søknaden helhetlig, på bakgrunn av et bredt informasjonsgrunnlag. Bydelene i Oslo la imidlertid tydeligere vekt på dette i intervjuene vi hadde med dem, og fortalte om høye krav til dokumentasjon til bestillerenheten fra de utøvende tjenestene. Saksbehandlerne innhenter opplysninger fra dokumentasjonssystemet til hjemmesykepleien, sykehjemmet (korttidsopphold) og andre aktuelle tjenester. De stiller krav til god og utfyllende dokumentasjon for å kunne ta best mulige avgjørelser.

Bydel:

”IPLOS skal oppdateres hver uke, og det gjøres en statusvurdering før ukentlige møter. Dette vil også på sikt kunne gjøre at man ikke trenger å møtes så ofte. Vi stiller krav til innhold og kvalitet. Er avhengige av informasjon og dokumentasjon. Søknadskontoret tar også daglig ut journaler som er relevante for saksbehandlingen.”

Bydel:

”Inntaksteamet, som består av teamledere, leder for søknadskontor, og bydelsoverlegen, har en sjekklister som gjennomgås i møtet. Her vurderes det om saksbehandlerne har skaffet tilstrekkelige opplysninger, om de har skrevet en god saksfremstilling, om de kan vise hva som har vært prøvd ut av tjenester, og hva den enkelte saksbehandler konkluderer med.”

Landkommunene innhentet også viktig informasjon om søkerne og var opptatt av å få bredest mulig beslutningsgrunnlag:

Landkommune:

”Av de opplysningene som blir innhentet ute, så er det hjemmesykepleien som har med seg førstegangsskjema pluss IPLOS-skjema. Dette [førstegangsskjemaet] består av opplysninger om status - både bevegelser og funksjon og hørsel, syn, diagnoser, sosialt, boligforhold, familie, pårørende. Hele pakka.”

Landkommune:

”Klart sykehuset kan gi opplysninger der det er aktuelt å gi opplysninger, legen kan gi opplysninger, pårørende, andre støttetjenester - fysio, ergo, de som har vært inne i sakene. Det er om å gjøre å få et bredest mulig grunnlag til å ta den vurderingen.

Saksbehandlerne bruker det nasjonale vurderings- og registreringssystemet IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) aktivt i vurderingen av søkerens funksjonsnivå (<http://www.helsedirektoratet.no/iplos>). Dette er et obligatorisk verktøy for registrering av alle personer som søker og/eller mottar helse- og omsorgstjenester i kommunene, og blir altså i tillegg brukt i vurderingen av tjenestebehov. IPLOS anses som et supplement til annen informasjon og ikke som et frittstående beslutningsverktøy.

## **Grunnlaget for vurderingene: retningslinjer, kriterier og faglig skjønn**

### ***Kriterier***

Når det gjelder kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem, er det variasjoner



mellom kommunene/bydelene. Kriteriene det henvises til fremstår som generelle og uspesifikke, noe som også påpekes av saksbehandlerne. Kriterienes form og innhold tilsier heller at dette er overordnede retningslinjer. Ut fra utsagnene som illustreres med sitater nedenfor, synes det som at det også er slik saksbehandlerne bruker dem.

Oslo kommune har et sett, slik de selv betegner dem, felles kriterier, publisert i en rapport fra 2010. Den ligger offentlig tilgjengelig på Sykehjemsetatens (SYE) internettsider (Sykehjemsetaten 2010). I rapporten fra 2010 henvises det til at kommunen skal følge LEON-prinsippet<sup>3</sup>, og at alternative tiltak skal prøves før langtidsplass i sykehjem tildeles (ibid.). Tiltakene skal følge omsorgstrappen. Det er tre hovedkriterier som legges til grunn:

”Søker har:

- Helse/funksjonssvikt fysisk og/el. mentalt/kognitivt, og som medfører behov for varige heldøgns pleie- og omsorgstjenester
- Behov for varig medisinsk behandling og tverrfaglig oppfølging, omsorg og pleie
- IPLOS vil gi viktig informasjon om funksjonsnivå, uten at det defineres noen grenseverdi som utløser tilbud i seg selv.”

I tillegg spesifiseres det egne kriterier for opphold i spesialiserte avdelinger, som skjermet enhet og forsterket enhet for personer med psykisk lidelse.

Saksbehandlerne kjenner disse kriteriene, men påpeker at disse alene ikke er tilstrekkelig for å gjøre gode vurderinger, illustrert av saksbehandler i en bydel:

”Vi bruker SYE’s kriterier som basis, men ellers faglige vurderinger, erfaring og skjønn. Alle søknader må vurderes individuelt – vi kan ikke basere den enkelte vurdering på standardiserte kriterier.”

Når det gjelder landkommunene, er det mer uklarerhet med hensyn til overordnede retningslinjer eller kriterier:

Landkommune:

---

<sup>3</sup> I St.meld. nr. 47 (2008-2009) om Samhandlingsreformen lanseres begrepet BEON-prinsippet, i betydningen det samme som LEON-prinsippet. *Laveste* effektive omsorgsnivå er byttet ut med *Beste* effektive omsorgsnivå.

”(...) det er jo tydelig at vi ikke bruker dem mye da, når vi må lete dem fram igjen. Så vi er nok ikke veldig bevisste på kriteriene. Men nå har vi drevet såpass med dette at vi vet hvilken linje vi skal legge oss på. Vi har skriftlige rutiner, men de er ikke mye i bruk altså. Vi har liksom den linja at: er alt utprøvd hjemme? Har vi noe mer å gå på der? Hvis ikke, så får de langtidsplass. Så kan de skriftlige retningslinjer være... Altså, det står jo det samme i de skriftlige retningslinjene nå. Det står sånn: langvarig behov for pleie og omsorg som ikke kan dekkes i hjemmet.”

Retningslinjene det henvises til er fra 2003, og i disse heter det seg at:

”Disse søkerne skal prioriteres:

- Hjemmeboende som trenger heldøgns pleie og omsorg over tid
- Beboere som er inne på korttidsvedtak, men som er så hjelpetrengende døgnet rundt, og hvor det vurderes ut fra de grunnleggende behov, at det ikke er faglig forsvarlig å sende dem tilbake til hjemmet, jfr. kartleggingsskjema”

Den andre kommunen har ikke konkrete kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem, men har planer om å få det.

Landkommune:

”Vi har ikke helt klare kriterier som jeg vet de har i andre kommuner, fra A-Å; det har vi ikke, men vi jobber med det.”

### ***Helhetlig og individuell vurdering***

Saksbehandlernes felles syn er at til tross for retningslinjer og kriterier, eller fravær av slike, er det den helhetlige vurderingen som til slutt avgjør en søknad om langtidsplass i sykehjem. Opplysningene som innhentes vurderes samlet, og avgjørelsene baseres på et totalbilde av situasjonen hos den enkelte søker. Alle kommunene/bydelene mener at en helhetlig og individuell vurdering gjennomføres best i forbindelse med at søkeren har et korttidsopphold i sykehjem. Som nevnt er det ytterst sjelden det kommer inn en søknad om langtidsplass fra søkere som oppholder seg i hjemmet. Og om de gjør det, anbefaler kommunen/bydelen at søknaden omgjøres til et korttidsopphold. Dette korttidsoppholdet kalles et vurderingsopphold av alle gruppene vi intervjuet. Det varierer imidlertid hvor lenge et slikt vurderingsopphold varer. Den ene landkommune fatter beslutning om utfallet av søknaden innen 14 dager, den andre landkommunen bruker minst 60 dager, mens bydelene ikke har begrensninger på hvor lenge en person kan vurderes på et

korttidsopphold. Lengden på oppholdet avhenger for det meste av de enkelte søkers situasjon:

Bydel:

”Tverrfaglige team vurderer søkers behov. Det gjøres grundige kartlegginger og situasjonen bør være stabil over tid for å kunne vurdere dette godt nok. Det er ingen grenser for hvor lenge en pasient kan være på korttidsopphold – dette vurderes individuelt, og ut fra når saksbehandlerne anser saken å være ferdig vurdert. Det har skjedd at en slik vurdering har tatt opp mot et år.”

Landkommune:

”Vi kjører alltid 60 dagers korttid. Noen ganger lenger – avhengig av staa.”

Landkommune:

”Selv om vi ser at de går mot et langtidsopphold, så har vi nok... så lager vi alltid til et korttidsopphold for å observere dem. Det kan bare ta 14 dager det, men da har vi fått sett dem an litt, for én ting er å ha hjemmetjenesten til å observere ting, men de er liksom ikke der gjennom hele døgnet. Vi får dem inn og kan se på dem i 14 hele dager.”

Saksbehandlerne ser altså ikke ut til å stole på at søkerne kan vurderes på en adekvat måte i eget hjem, selv om hjemmesituasjonen i prinsippet vanskelig kan vurderes i en institusjon, der omgivelsene er ulik de aller fleste hjem. Alle vurderinger av søkere til langtidsplass foregår altså i institusjon, oftest gjennom et såkalt vurderingsopphold. Et sitat fra saksbehandlergruppen i den ene bydelen illustrerer at saksbehandlerne opplever utfordringer knyttet til vurderinger av behov for sykehjemsplass i eget hjem når vurderingene skal utføres av hjemmetjenesten:

”Vi sliter med å få gode nok vurderinger fra hjemmetjenesten: hva som er årsaken til søknad om langtidsplass, og hva hjemmetjenesten har utført av tjenester, hvilke vurderinger som er gjort, og konklusjon knyttet til omsorgsnivå. Det finnes en mal for slike vurderinger som søknadskontoret ønsker at hjemmetjenesten skal følge – denne er tilpasset søknadskontorets rutiner for vurdering av søknader.”

### ***Faglig skjønn***

Alle saksbehandlerne med unntak av en av lederne (som også har helsefaglig utdanning), er sykepleiere med relativt lang erfaring fra kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi har nevnt at saksbehandlerne benytter seg av retningslinjer og/eller kriterier, IPLOS og skriftlige opplysninger fra tjenestene som grunnlag for å vurdere søknader om langtidsplass i sykehjem. Faglig skjønn brukes alltid parallelt, og det kan være utslagsgivende for utfall av søknader. Bruk av faglig skjønn gir imidlertid rom for ulike fortolkninger og ulike oppfatninger av om en søker skal få innvilget sin søknad om langtidsplass. Dette illustrerte en landkommune og en bydel slik:

#### **Landkommune:**

”Vi sitter ofte i situasjoner i dette møtet der vi har vanskelig for å vurdere hva andre har vurdert. Det blir hennes vurdering og min, og da blir det vanskelig å gjøre gode avveininger mot den ene og den andre, liksom. Selv om det bygger på noen kriterier, så blir det likevel litt for mye - om ikke subjektivitet, men i hvert fall personavhengige vurderinger som vi ønsker å komme bort fra. At det er noen utenfor tjenesten som går inn og gjør de vurderingene [som for eksempel en bestillerenhet], det ønsker vi.”

#### **Bydel:**

”Det [uenighet] går oftest ut på at saksbehandler har en annen konklusjon enn inntaksteamet. Kan være basert på faglig skjønn – saksbehandler kjenner pasienten bedre enn deltakerne i inntaksteamet, og fatter vedtak basert på kjennskap i tillegg til vurdering av opplysninger som er kommet inn. Inntaksteamet leser alle vurderinger og saksfremlegg kritisk og med bakgrunn i en sjekklister som inneholder punkter saksbehandler må ha behandlet og skaffet opplysninger om.”

Det helhetlige bildet består imidlertid også av andre faktorer enn faglige kriterier og faglig skjønn. Ytre faktorer som ikke er direkte relatert til søkerens funksjonsnivå og/eller helsetilstand kan være avgjørende for utfallet av en søknad om sykehjemsplass. Vi finner forskjeller mellom landkommunene/storbydelene når det gjelder hvilke ytre faktorer som påvirker en beslutning.

## **Ytre faktorer**

Saksbehandlerne identifiserte i intervjuene noen ytre faktorer som påvirker beslutningene om langtidsplass i sykehjem. Noen av disse faktorene var like på tvers av kommunene/bydelene, mens andre skilte seg tydelig ut som mer typiske for henholdsvis landkommunene og bydelene.

### ***Familie og sosialt nettverk***

Om søkere har familie eller annet nettverk rundt seg eller ikke, er en faktor som kan påvirke utfallet av en søknad om langtidsplass. Om pårørende er slitne, kan også det ha betydning.

Landkommune:

”Bor de sammen med noen eller alene, det er jo avgjørende. Ja, det er veldig avgjørende hvis de bor alene. Er det demens inne i bildet, så er det veldig avgjørende.”

Landkommune:

”Og ikke minst om de har noen rundt seg som kan bistå. Det kan jo ha veldig dårlige folk som kan være hjemme hvis de har godt nettverk rundt seg. Så har du noen som kanskje ikke er så dårlige, men som mangler nettverk og kanskje må inn.”

Bydel:

”Bor søkeren med eller uten ektefelle? Er ektefellen utslitt etter å ha hatt store deler av omsorgen for pasienten, kan det utløse langtidsplass.”

### ***Geografi***

Det som skiller landkommunene mest fra Oslo, er avstanden mellom mottakerne av hjemmebaserte tjenester og tjenestenes baser. Fra ytterpunkt til ytterpunkt er det store distanser i disse kommunene. I den minste kommunen er største avstand seks mil i øst-vest-retning og tre mil nord-sør. Denne kommunen har fem beboere per km<sup>2</sup>; det er en tredjedel av landsgjennomsnittet (<http://www.ssb.no/kommuner/>). I den andre landkommunen er maksimalavstandene henholdsvis to og sju mil, og befolkningstettheten er lav også her: sju beboere per km<sup>2</sup>. I begge kommuner er hovedbasen lokalisert i sykehjemmet. Kommunen med lavest befolkningstetthet er organisert etter en integrasjonsmodell og har kun én base, mens den andre kommunen

har en ekstra base lokalisert i ytterkant for å kunne gi tjenester til personer som bor langt unna sentrum. Til tross for liknende forhold med hensyn til avstander, organiseres altså hjemmetjenestene ulikt i de to kommunene. Kommunen med integrerte tjenester, lavest befolkningstetthet og de største avstandene har altså lokalisert dem kun ett sted: på sykehjemmet. Dette betyr at de ansatte i hjemmetjenestene må bruke en del tid på kjøring når de skal yte hjelp til tjenestemottakere som bor langt unna kommunesenteret. Dette påvirker beslutninger om vedtak på langtidsplass i sykehjem:

”Det er klart, du kan ha ganske fysisk dårlige folk som har et godt nettverk rundt seg som bor tett ved sykehjemmet som kan bo hjemme, for der er det lett å reise ut. Så har du folk fra (sted) eller langt ut i (sted) hvor det tar lang tid å reise. Til (sted) tar det 40 minutter å kjøre. Skal du da ha hjemmebesøk fire-fem-seks ganger i døgnet så kan de [ansatte] i grunnen sitte oppi der. Så det har litt med geografi å gjøre, at vi må trekke dem nedover. Vi bruker vanvittig med tid til kjøring og lite til produktivt arbeid.”

For den andre landkommunen er ikke avstander en hyppig årsak til innvilgelse av langtidsplass i sykehjem. De har også en ekstra base som følger opp tjenestemottakerne som bor langt unna sentrum:

Ja, [det er en langstrakt kommune] men vi har en sone (sted) som dekker (området), så det er mange mil herfra til (sted), som er det nordligste punktet. Men det skal ikke ha noe å si.

### ***Øvrige tjenestetilbud – omsorgstrappen***

Saksbehandlerne forteller at utfallet av søknader om langtidsplass blant annet avhenger av hvilke tilbud man finner på lavere omsorgsnivåer. I Oslo har de et forholdsvis stort utvalg av helse- og omsorgstjenester på lavere trinn. Kan søkerne ikke bo i eget hjem, er omsorgsbolig med eller uten bemanning et tilbud de kan få før de får langtidsplass i sykehjem:

Bydel:

”De rette skal komme på sykehjem”. Om de har evne til egenomsorg skal de i prinsippet bo hjemme, eller være på et annet omsorgsnivå enn sykehjem, for eksempel omsorgsbolig med bemanning.”

I landkommunene er det helse- og omsorgstilbudets begrensninger som kan være en utløsende faktor for vedtak om langtidsplass:

Landkommune:

”Vi har forholdsvis dårlig med hjemmesykepleie, vi yter for lite tjenester i hjemmet. I forhold til at vi har [mange] sykehjemsplasser.”

Landkommune:

”Er de i stand til å gå noen steg selv, er de i stand til å gå på do, slike ting ser vi også på. Har de ingen selvhjelpsferdigheter, da er det på tide å tenke sykehjemsplass. Det er en grense for hvor mye hjemmetjenester vi kan sette inn, ikke sant, for å få det til å fungere. Vi kjører sjelden mer enn fire-fem besøk i døgnet med hjemmetjenester.”

### **Om pasienters og pårørendes egne vurderinger**

Saksbehandlerne opplever at både pasienter og pårørende kan være uenige med saksbehandlerne vurdering av søknader, særlig ved avslag. Dette dreier seg naturlig nok om pasientens hjelpebehov, at pasienten selv og pårørende opplever å ha større behov enn saksbehandlerne vurderer det til, og at det da oppstår uenigheter. Uenighetene blir særlig tydelige hos ”sterke” pårørende og pasienter. Vi har valgt ut tre sitater som illustrerer dette:

Landkommune:

”Og det kan jo og hende at de ... noen ganger er vi ikke enige om hva som er de faktiske forholdene her. Hvor mye de trenger hjelp til. De selv og pårørende kan mene at de har et mye større hjelpebehov enn det vi kanskje mener de har. Den er jo ganske klassisk, egentlig.”

Landkommune:

”Dissens? Ja, ja. Vi er ikke så snille, da.”

”Pårørende er jo tradisjonelt en sterkere gruppe enn pasientene selv, men det finnes jo også sterke pasienter.”

”Det er litt sånn pussig, og det tror jeg alle opplever - pasienter som trener på ”korttids”, og som trener for å komme hjem - håper og tror vi. Men så snart vi nevner det med hjemreise, så blir de mo i knærne... en bevisst trenering fra dere side.”

Uenigheten kan også, i følge saksbehandlere i bydelene, være en følge av at pasienter og pårørende ikke er godt nok informert om hvilke tilbud som kan være bedre egnet. De setter derfor inn ressurser på å orientere pasientene om hvilket tilbud som er mer riktig, slik saksbehandlerne vurderer det.

Bydel:

”Det kan være motforestillinger. Viktig å få med pasienten ved å informere og samtale med ham/henne. Ved avslag eller anbefaling om å trekke søknad om langtidsplass, får de alltid en veiledning om andre tilbud som vi mener er riktige for pasienten. Noen søker sykehjem, men får i stedet råd om å søke omsorgsbolig med tjenester. Ofte fordi pasienten ikke var kjent med dette tilbudet. Pasienten trekker da søknad om langtidsplass, og den endres til søknad om omsorgsbolig.”

I noen tilfeller er det også slik at pårørende er pådrivere for at pasienten skal søke langtidsplass, mens pasienten selv ikke vil:

Landkommune:

”Vi var akkurat hos en dame her om dagen. Der var det søkt om sykehjemsopphold - korttid eller langtid. Og så var vi hos henne, og så sier hun at: "Jeg synes jeg kan greie meg fint. Jeg trives så godt her hjemme, men ikke si det til sønnen min". Der var det helt tydelig forskjell på hva de ville. Hun var nok redd for å skuffe sønnen sin da, og ville gjerne høre på han. Men hun ville jo gjerne være hjemme, da. Og selvfølgelig, da er det jo greit. Det er nok ofte pårørende som vil mer enn pasienten.”

Bydel:

”Vi har opplevd at pasienter ber om å få avslag på søknad om sykehjems plass fordi pårørende da skal slutte å mase om at pasienten skal inn på sykehjem.”

I noen tilfeller oppleves det som etisk vanskelig når pårørende presser på for at deres mor eller far skal få langtidsplass i sykehjem. Saksbehandlere fra en bydel i Oslo forteller om pårørende som vil overta boligen, i noen tilfeller handler det om et dårlig ekteskap eller uvennskap. Bydelen opplever at det kommer inn søknad om langtidsplass uten at pasienten selv har undertegnet. Det betyr at pasienten, om denne er samtykkekompetent, ikke har søkt selv:

”Det forekommer at fastlege skriver søknad om langtidsplass etter samtale med pårørende, og hvor fastlege for eksempel ikke har sett pasienten på et år.”



## **Beslutningen**

Når beslutninger om vedtak eller avslag tas, er lederne alltid involvert. Utover dette er beslutningsprosessen ulik for den enkelte landkommune/storbydel. Den minste landkommunen har, sammen med den ene av bydelene, et inntaksteam som møtes jevnlig og gjennomgår sakene. I Oslo-bydelen består inntaksteamet av teamledere i bestillerenheten, enhetens leder og bydelsoverlegen. Denne gruppen vurderer søknadene om langtidsplass i sykehjem på bakgrunn av saksbehandlerens saksfremstillinger og de opplysningene som ligger til grunn for dem. I landkommunen med integrerte tjenester er lederne for de kommunale helse- og omsorgstjenestene både saksbehandlere og medlemmer av inntaksteamet. Inntaksteamet består av en fysioterapeut i tillegg til de fire lederne. Den andre bydelen i Oslo og den største landkommunen har ikke et spesielt inntaksteam. Der vurderes og besluttes søknadene av et samlet saksbehandlersteam, inkludert lederen.

### ***Avslag***

Vi så av Tabell 2 at andelen avslag på det meste er elleve prosent i den ene Oslo-bydelen. I Oslo er gjennomsnittlig avslagsprosent 12 (Oslo kommune 2009). I de tilfellene der det blir gitt avslag, mener saksbehandlerne at søkerne ikke har stort nok behov for en sykehjemsplass. De kan i følge saksbehandlerne fremdeles bo i eget hjem ved hjelp av andre tjenester. Her ser vi også tydelig at saksbehandlerne forholder seg til omsorgstrappens trinn når søkerens behov vurderes. Dette ser ut til å være likt for både kommunene og bydelene, illustrert av disse utsagnene fra en kommune og en bydel:

Landkommune:

”Hvis vi mener at de kan klare seg på et lavere nivå. Rett og slett, at tilstanden til vedkommende er av en slik karakter at vi mener vi kan dekke ... at han får nødvendig helsehjelp gjennom hjemmehjelp og hjemmesykepleie.”

Bydel:

”Avslag handler om at pasienten ikke har gått alle trinn i omsorgstrappen, at han eller hun heller kan få tjenester på et annet omsorgsnivå.”

## **Å vente på plass**

I følge saksbehandlerne venter ingen på langtidsplass i sykehjem i eget hjem uten at de velger dette selv. I Oslo kommune har alle som får innvilget langtidsplass i sykehjem en garanti for at de skal få plass innen fire uker. Dette betyr at ingen skal vente lenger enn fire uker før de kan flytte inn i sykehjem. Vi har sett at de aller fleste som søker langtidsplass får et korttidsopphold i sykehjem for vurdering der, og at de fleste av disse blir på sykehjemmet til de får tildelt en langtidsplass og flytter dit. I realiteten virker det altså som at de færreste venter hjemme etter de har fått vedtak om langtidsplass i sykehjem. Når noen likevel venter hjemme, forteller saksbehandlerne at de av ulike årsaker velger dette selv. I Oslo kommune er det fritt sykehjemvalg, noe som ofte er en grunn til at noen velger å vente på plass hjemme:

Bydel:

”Hjemmeboende pasienter som har fått innvilget langtidsplass, skal ha plass innen fire uker. Da kan det være at de må vente på en annen plass enn den de har som førstevalg. Ikke ofte at pasienter venter på plass hjemme, men i noen tilfeller ønsker pasienten dette selv, kanskje i samråd med pårørende og hjemmetjenesten.”

Noen ganger ønsker pasienten å være hjemme en siste gang før de flytter inn på sykehjemmet. Da settes det inn økte ressurser for å få dette til.

Bydel:

”Det er sjelden eller aldri at pasienten venter hjemme etter korttidsopphold, når de har fått vedtak om langtidsplass. Kun om de spesielt ønsker å være hjemme en tur til. Da får de økte hjemmetjenester, og omfanget av hjemmesykepleie blir omfattende, noen ganger utover det maksimale på seks ganger i døgnet. Dette er kortvarig, da de skal ha fått en plass innen fire uker.”

I landkommunene blir pasientene, i følge saksbehandlerne, alltid i sykehjemmet til en langtidsplass blir ledig. De er tydelige på at om man trenger langtidsplass i sykehjem er man ikke i stand til å bo hjemme, illustrert ved den ene kommunen:

”Enten trenger du plass, eller så trenger du ikke plass. Og det er den politikken vi har kjørt – at trenger du plass i dag, skal du ikke vente til i morra.”

## Saksbehandlerne vurdering av tersklene

Dette er en studie som har som formål å si noe om tersklene for sykehjemsplass. Vi spurte saksbehandlerne selv om de kunne fortelle oss hvor høye de selv mente tersklene var i deres kommune eller bydel. Saksbehandlerne i storbydelene vurderer tersklene som høye, mens landkommunenes saksbehandlere ikke vurderer tersklene høye på samme måte. I den ene kommunen gir informantene uttrykk for at terskelen er særlig lav:

Landkommune:

Saksbehandler 1: "Nærmest en sklie.. (latter). Det er klart, når folk har bodd i ti år på sykehjemmet, som vi sikkert har flere av alle sammen, så det noe som ikke stemmer. Sånn bør det ikke være. Det er jo fordi vi mangler det heldøgns omsorgstilbudet, så ... Men at terskelen kanskje har vært lav også, og er det fortsatt."

Saksbehandler 2: "Jeg sier ikke at det bare er bra at vi kan ta imot så mye, men er det vi som har for mye plasser, eller andre som har for få?"

Landkommune:

"Det er så forskjellig, og det vil dere sikkert høre når dere ringer rundt til pårørende. De som har hatt pårørende - de opplever det sikkert som veldig greit å få plass. Men det er da kanskje pårørende som har gått i lang tid og pleid sine og ikke stilt så store krav, tenker jeg. Du vil sikkert møte på dem som har trøtlet mye med å komme inn. Men hvis jeg skal vurdere denne kommunen opp mot andre kommuner jeg har jobbet i, nå har jeg jobbet både i (kommune) og (kommune), vil jeg påstå at vi slett ikke er verstinger i klassen der, altså. Vi mener at vi alltid har et forsvarlig opplegg for dem som bor hjemme. Og går ikke det lenger så kommer de inn, altså."

Informantene i begge bydelene i Oslo vurderte terskelen for langtidsplass i sykehjem som høy. Langtidsplass i sykehjem er på toppen av omsorgstrappen, og pasienten skal i prinsippet ha forsøkt å nyttiggjøre seg av tjenester på alle nivå før en får en langtidsplass i sykehjem.

Bydel:

Saksbehandler 3: "Terskelen er høy – det skal mye til for å få en sykehjemsplass. Det vil si at kommunen har mange tjenester på et lavere nivå som kan kompensere for

funksjonstap inntil pasientens funksjonsevner er så svekket at han eller hun er i behov av døgnkontinuerlig pleie og omsorg”.

Saksbehandler 4: ”Hvordan definerer man terskel? Terskelen er ikke høy hvis man fyller kriteriene for å få vedtak om langtidsplass; de som har behov for langtidsplass vil få det. ”

Saksbehandler 5: ”Utviklingen er at terskelen har blitt høyere: de som innvilges plass nå er mye sykere enn de som fikk plass på 1990-tallet. ”<sup>4</sup>

## **Oppsummering og drøfting – kommunens og saksbehandlerne perspektiv**

Resultatene som er presentert i dette kapitlet er knyttet til saksbehandlingsprosessen for langtidsplass i sykehjem slik saksbehandlerne beskriver den. De sier at langtidsplass i sykehjem er et knapphetsgode. Det skal mye til å få langtidsplass. Tjenesten er forbeholdt de med store hjelpebehov, de som er i behov av pleie og omsorg hele døgnet, og som ikke kan bo i eget hjem.

Omsorgstrappen, en illustrasjon på kommunens tjenestetilbud på ulike nivåer, er saksbehandlerne rettesnor. Langtidsplass i sykehjem er øverste trinn, og alle som ønsker langtidsplass i sykehjem må vurderes opp mot trinnene i omsorgstrappen. Vurderes det som forsvarlig at pasienten får tjenester på et lavere trinn enn det øverste, skal han eller hun ikke få langtidsplass.

Det er likevel ikke sikkert at pasienten får avslag på søknaden. Det er også slik at noen får sykehjems plass uten å ha søkt. Vi ser altså at saksbehandlingsprosessen ikke er entydig, men preget av lokale og til dels kreative ordninger.

Saksbehandlingsprosessen varer fra et hjelpebehov meldes til et vedtak fattes – dvs. enten innvilgelse eller avslag på en søknad eller anmodning om tjenester (Forvaltningsloven, Helsedirektoratet 2006). I følge saksbehandlerne er det vanlig praksis å omgjøre en søknad om langtidsplass til for eksempel korttidsplass eller økte hjemmetjenester eller omsorgsbolig fordi pasienten ikke kvalifiserer til å bli vurdert

---

<sup>4</sup> I en pågående undersøkelse som Senter for omsorgsforskning Østlandet gjennomfører i alle bydelene i Oslo og alle kommunene i Akershus svarer 38 % av saksbehandlerne i Oslo og 18 % av saksbehandlerne i Akershus at terskelen, vurdert ut fra faglig skjønn, er for høy.

som søker til langtidsplass i sykehjem. Andre ganger trekker pasienten søknaden etter samtaler med saksbehandlere og lager en ny søknad om andre, mer ”passende” tjenester, og i andre tilfeller blir søknaden om langtidsplass satt på vent mens pasienten forsøker andre tjenester i mellomtiden.

Lovbestemmelsene er imidlertid slik at det kun skal være to mulige utfall av en søknad eller anmodning om helsetjenester: avslag eller innvilgelse, dvs. at saksbehandlerne må svare enten ja eller nei på spørsmålet om søkeren fyller vilkårene for tjenesten (Forvaltningsloven, *ibid.*). Når saksbehandlerne unngår å treffe en beslutning ved å omgjøre en søknad, omgås lovbestemmelsene, og pasienten mister muligheten til å klage når et avslag ikke foreligger.

Når en søknad om langtidsplass i sykehjem er godkjent av saksbehandlerne, vurderes pasientenes behov ut fra de opplysningene som innhentes fra aktuelle instanser, men også gjennom vurderingsopphold i sykehjem. Begge kommunene og bydelene benyttet vurderingsopphold i sykehjem fremfor vurdering i eget hjem. Omgivelser og miljø i et sykehjem skiller seg vesentlig ut fra hjemmemiljø. Det er grunn til å stille spørsmål ved om det er mest hensiktsmessig å vurdere pasientenes funksjonsnivå og omsorgsnivå med tanke på å bo i eget hjem - i en institusjon. Dette kan gi et usikkert bilde av pasientens reelle situasjon, noe som kan bidra til at vedkommende for eksempel får avslag fordi han eller hun fungerer godt i institusjonen, selv om hjemmesituasjonen tilsier noe annet.

Det er sannsynlig at skrøpelige gamle får et noe økt funksjonsnivå når de er i et miljø som er tilrettelagt, og hvor døgkontinuerlig pleie og omsorg sørger for mer hjelp til grunnleggende behov, som for eksempel inntak av mat og drikke. Helsepersonell kan fortelle at en bedring av for eksempel ernæringsstatus ofte fører til at pasienten ”friskner til”. Som en av saksbehandlerne påpekte, var det viktig å se pasienten over tilstrekkelig lang tid for å kunne vurdere reelt behov – og henviste til et vurderingsopphold som varte i nærmere ett år. Dette resulterte i at pasienten flyttet hjem. Dersom pasientens tilstand og funksjonsnivå forbedres under et vurderingsopphold i sykehjem, kan det føre til at pasienten vurderes til ikke lenger å være i behov av langtidsplass. Er dette tilfelle, bekreftes inntrykket av at en bør være totalt pleietrengende over tid for å få langtidsplass i sykehjem, uten muligheter for å

nyttiggjøre seg tjenester på lavere omsorgsnivå.

Saksbehandlerne vektlegger individuell vurdering og faglig skjønn i saksbehandlingsprosessen. Kriteriene som ligger til grunn for tildeling av langtidsplass i sykehjem i de to kommunene som har slike er generelle, nærmest tautologiske<sup>5</sup>, og ikke særlig egnet som beslutningsstøtte for saksbehandlerne. Dette åpner for bruk av faglig skjønn og, som saksbehandlerne bekreftet, subjektive vurderinger som ikke alltid var gjenstand for enighet blant fagpersonene. Det er imidlertid slik at alle pasienter skal vurderes individuelt. Bruk av standardiseringer kan komme i konflikt med det faglige skjønn, påpeker Helsedirektoratet i sin veileder for saksbehandlere (2006). En utfordring i denne sammenhengen er om det er mulig å lage kriterier som ikke er for generelle, men heller ikke for standardiserte, og som kan gi saksbehandlerne en god beslutningsstøtte i lys av behovet for individuelle, helhetlige vurderinger.

Omsorgstrappen ser ut til å være den viktigste rettesnoren saksbehandlerne går etter når de innvilger eller avslår søknader om langtidsplass i sykehjem. Terskelen for sykehjems plass kan sies å øke proporsjonalt med antall trinn i omsorgstrappen. Vi har på den ene siden kommunen som humoristisk omtalte sin egen terskel for langtidsplass i sykehjem for ”en sklie”. Denne kommunen hadde konstant overbelegg i sykehjemmet på mellom 10-20 senger. Flere fikk innvilget plass i forhold til hvor mange som søkte om plass, sammenliknet med de andre kommunene/bydelene vi har undersøkt. Men dette indikerer også at kommunen, gjennom sine integrerte tjenester, raskt kunne forflytte pasienter fra hjem til sykehjem om et behov oppstår – og slik sikre at de som har behov for sykehjems plass fikk det umiddelbart.

I Oslo kommune ser vi tydelig at omsorgstrappen spiller en viktig rolle for å unngå å tildele langtidsplasser sykehjem til pasienter som kan nyttiggjøre seg tilbud på et lavere nivå. Begge bydelene har betydelige tjenester på nivåene under langtidsplass i sykehjem. Særlig blir omsorgsboliger med bemanning trukket frem som et godt tilbud som ligger mellom hjemmebaserte tjenester og langtidsplass i sykehjem, og som i følge saksbehandlerne i Oslo har bidratt til at mange tildelinger av langtidsplass i

---

<sup>5</sup> Tautologi: en til dels unødig, men ofte forsterkende gjentakelse av samme tanke med forskjellig ord.

sykehjem har blitt unngått. Det er et uttalt mål for kommunene at langtidsplass i sykehjem bør unngås i den grad det er forsvarlig og mulig.

Det er imidlertid interessant å legge merke til at både landkommunene og storbydelene i sine omsorgstrapper har lagt omsorgsboliger med bemanning på trappetrinnet under sykehjemsplass (toppen av trappen). Mange politikere sidestiller disse to tilbudene i sine planer for full sykehjemsdekning (Helse- og omsorgsdepartementet 2010a; 2010b). Avhjemling av sykehjemsplasser i kommunene bygger på den samme forestillingen (Romøren 2008). Dette er ikke gjenstand for videre drøfting i denne rapporten, men er et interessant tema for nye undersøkelser.

Fagpersoner vurderer pasientenes behov ut fra faglige forståelsesrammer og bruker sin faglige kunnskap og faglige skjønn til å vurdere pasienters funksjonsnivå, sosiale situasjon og annet som kan være relevant for saken. Pasienter og pårørende har andre forståelsesrammer – de gjør vurderinger av behov basert på andre vurderinger enn de profesjonelle. Dette er en av årsakene til at søknader omgjøres, eller at pasienter blir bedt om å trekke søknaden og søke om andre tjenester enn langtidsplass.

I følge saksbehandlerne tror pasientene at de kan få sykehjemsplass når de ønsker det. Derfor søker de for tidlig, før de har prøvd tjenester på høyere nivå enn de har, dvs. gått trinnene i omsorgstrappen. Noen ganger fører møtet mellom de to forståelsene til uenighet og konflikt. En finner ofte oppslag i mediene om dette. Pasienter, pårørende og lesere, seere og lyttere stiller seg uforstående til at gamle, skrøpelige mennesker som ønsker en trygg plass i sykehjem ikke får innvilget søknaden. De må fortsette å bo i eget hjem, mens fagfolk forsvarer avslag med at søkerne ikke er skrøpelige nok.

Pasienters og pårørendes, og kanskje befolkningens, forventninger om tjenester er ikke i samsvar med myndighetenes planer om utvikling av, og kommunenes tilbud om helse- og omsorgstjenester. Betyr dette at utviklingen i omsorgstjenesten er i utakt med befolkningens behov for tjenester, eller er det befolkningen som ikke er klar over hvilke tilbud de kan forvente å få?

Neste kapittel beskriver prosessen fram mot et vedtak om langtidsplass i sykehjem, sett "fra den andre siden": gjennom de pårørendes erfaringer.

### **Kapittel 3. Pårørende og pasienters erfaringer**

Denne delen av undersøkelsen gir en framstilling av tersklene en må over for å få langtidsplass i sykehjem med utgangspunkt i de pårørendes og pasientens perspektiv. Først gjør vi rede for hvem de pårørende vi har henvendt oss til og snakket med er. Deretter beskriver vi sykehjemsbeboerne som de pårørende har fortalt oss om: kjønn, alder, helseproblemer og funksjonssvikt. Så tar vi for oss pårørendes beskrivelser av årsakene til at det ble søkt om langtidsplass i sykehjem.

Deretter analyserer vi selve søknadsprosessen med vekt på de tersklene pasient og pårørende måtte over i ulike faser. Vi analyserer også hvor lang tid de ulike fasene tok fra det ble tatt initiativ til en søknad og til den gamle flyttet inn i sykehjem for godt. Hele veien forsøker vi å få fram likheter og forskjeller ved disse prosessene slik de avtegner seg i de to landkommunene og de to storbydelene vi har hentet informasjon fra.

#### **Hvem er de pårørende?**

Pårørende betyr her nærmeste pårørende, dvs. omsorgstjenestens primære kontaktperson for den enkelte pasient. Tabell 3 på neste side gir en oversikt.

De fleste pårørende (83 %) var pasientens barn. Åtte prosent var ektefeller, mens resten fordelte seg jevnt mellom flere mindre grupper (søster, svigerdatter, niese, andre). Dette er en vanlig sammensetning av pårørendegruppen til hjelptrengende mennesker i den alderen som sykehjemsbeboere er (Romøren 2001). Blant yngre eldre er det naturlig nok flere ektefeller blant de pårørende. En ser at kjønnsfordelingen blant barna er ulik i by og land. I landkommunene er andelen sønner større. Det henger antakelig sammen med bosettingsmønsteret: flere gamle bor i kårboliger hos sine sønner. I en undersøkelse fra en småby på Østlandet 1990-tallet fant Romøren en kjønnsammensetning blant døtre og sønner som var pårørende midt i mellom det en ser her mellom storby og land: 36 % døtre og 19 % sønner (Romøren 2001).



<b>TABELL 3. HVEM BLE INTERVJUET? PROSENT. N=71</b>					
		<i>Kommunetype</i>		<i>Total</i>	
		<i>Land</i>	<i>By</i>		
	Ektefelle				
			12 %	5 %	8 %
	Søster				
			0 %	2 %	1 %
	Datter				
			47 %	69 %	58 %
	Sønn				
			34 %	15 %	24 %
Svigerdatter					
		3 %	3 %	3 %	
Niese					
		3 %	2 %	3 %	
Annet					
		0 %	5 %	3 %	
<i>Total</i>					
			99 %	101 %	100 %

## Hvem er pasientene?

### *Kjønn og alder*

Tre firedeler var kvinner. Alderen varierte fra 65 til 103 år, med et gjennomsnitt på 87 år – se Tabell 4. Dette er en vanlig kjønns- og alderssammensetning blant norske sykehjemsbeboere (Helsetilsynet 2003).

<b>TABELL 4. PASIENTENES KJØNN OG ALDER. N=71</b>		
<i>Kjønn</i>	<i>Andel</i>	<i>Gjennomsnittsalder</i>
Menn	20 %	86,5 år
Kvinner	80 %	87,5 år
<i>Totalt</i>	100 %	87,0 år

Gjennomsnittsalderen blant sykehjemsbeboerne i bydelene er noe høyere (88,0 år) enn i landkommunene (86,3 år). Bydelen har også en noe høyere andel menn blant sykehjemsbeboerne til de pårørende som er intervjuet i denne undersøkelsen (20,5 %

vs 19 %). Forskjellene er imidlertid små og kan skyldes tilfeldigheter. I en landsrepresentativ undersøkelse fra 2003 fant en at kvinneandelen blant sykehjemsbeboere var 73 % og gjennomsnittalderen 84 år (Romøren 2003).

### **Sykdommer**

Vi spurte pårørende om hvilken sykdom som var den viktigste årsaken til at det ble søkt om sykehjemsplass. Tabell 5 gir en oversikt.

<b>TABELL 5. VIKTIGSTE SYKDOM SOM ÅRSÅK TIL SØKNAD. PROSENTANDELER. N=71</b>	
En demenstilstand	45 %
Alderdomssvekkelse	11 %
Muskel-/skjelettlidelse	10 %
Hjerneslag	6 %
Hjertesykdom	6 %
Leggsår	6 %
Annet*)	26 %
Sum	100 %

\*) Dehydrering, kreftsykdom, magesår, sinnslidelse, muskelsvinn etc.

Den sykdommen som – følge nærmeste pårørende - aller hyppigst bidro til at det ble søkt om sykehjemsplass, var en demenstilstand. Denne sykdommen var dominerende i nesten halvparten av tilfellene. Aldersdomssvekkelse og muskel-/skjelettsykdommer var hver for seg hovedårsaken i vel ti prosent av tilfellene. Ellers var årsakene spredt over et vidt spekter av medisinske tilstander, men med få tilfeller i hver gruppe.

### **Funksjonsnivå**

Vi har klarlagt pasientenes funksjonsnivå ved å bruke to registreringsmåter som er mye brukt i eldreomsorg og sykehjemsmedisin, nemlig "Barthels ADL-indeks" og deler av "Klinisk demensvurdering" (KDV). Begge bygger på at en person som kjenner den gamle godt uttaler seg om henholdsvis den gamles selvhjulpenhet (Barthel) og tegn på kognitiv svikt/demens (KDV). En kan se hvilke funksjoner og mentale evner som vurderes i Barthel og KDV i intervjukjemaet, punkt 3.0 og 3.1 (Vedlegg 6).

Barthels ADL-indeks uttrykker funksjonsnivået (eller hjelpebehovet; i denne sammenheng regnes dette som synonyme begreper) i form av et tall mellom 0 og 20. Et høyt tall angir stor grad av selvhjulpenhet, et lavt tall lavt funksjonsnivå - eller store hjelpebehov.

Den KDV-varianten som er benyttet her, måler bare to mentale (kognitive) funksjoner: hukommelse og orienteringsevne. I analysene i det følgende benyttes sumskårer for disse to leddene i KDV-skalaen. Disse går fra to til åtte, men her betyr en økning i verdiene det *motsatte* av hva de gjør i Barthel-skalen. Et høyt tall i KDV er tegn på *sviktende* mental/kognitiv funksjon, mens det altså er omvendt for de funksjonene Barthel måler.

Vi spurte de pårørende om den gamles selvhjulpenhet og tegn på demens på tre ulike tidspunkter: ved søknad, ved innflytting og ved intervjuet. I det følgende presenterer vi tall for pasienter og sykehjemsbeboerne i de to landkommunene og de to bydelene separat.

<b>TABELL 6. FUNKSJONSnivÅ/HJELPEBEHOV MÅLT VED BARTHELS ADL-INDEKS. N=71</b>			
	<i>Ved søknad</i>	<i>Ved vedtak</i>	<i>Ved intervju</i>
<i>Landkommuner (n=32)</i>	10,4	9,7	9,5
<i>Bydeler (n=39)</i>	11,6	11,0	8,7
<i>Alle</i>	11,0	10,4	9,0

Tabell 6 viser tre tendenser. For det første: En systematisk og jevn forverring av funksjonsnivå/hjelpebehov fra tiden ved søknad til tiden for vedtak og fram til tidspunktet vi intervjuet pårørende om dette. For det andre: Funksjonsnivå/hjelpebehov ser ut til å være noe dårligere ved søknad og ved vedtak om sykehjems plass i landkommunene sammenliknet med bydelene. For det tredje: Fallet i funksjonsnivå etter innflytting ser ut til å være noe større hos sykehjemsboere i bydelene enn i landkommunene.

<b>TABELL 7. KOGNITIV SVIKT MÅLT VED HUKOMMELSE OG ORIENTERINGSEVNE. N=71</b>			
	<i>Ved søknad</i>	<i>Ved vedtak</i>	<i>Ved intervju</i>
<i>Landkommuner (n=32)</i>	4,8	4,9	5,9
<i>Bydeler (n=39)</i>	5,0	5,1	6,0
<i>Alle (N=71)</i>	4,9	5,1	6,0

En ser her den samme tendensen til forverring mellom de tre tidspunktene. Når det gjelder hukommelse og orienteringsevne, viser tabellen ganske små forskjeller mellom by og land, både når det gjelder nivået ved søknad, vedtak og intervju, men alt i alt er tendensen en noe større grad av mental svikt blant pasienter og beboere i bydelene.

Alt i alt viser disse målingene et funksjonsnivå på linje med den en fant i en landsrepresentativ undersøkelse av sykehjemsbeboere i 2003 (Romøren 2003). Her var funksjonstapet noe større (Barthel 8,1), men det er forenlig med at da var alle sykehjemsbeboere med, også de som hadde hatt plass i lang tid og dermed også utviklet flere svekkelser enn beboere med kortere botid, slik som de vi undersøker her (Barthel 9,1). En Barthel-skåre rundt ni poeng betyr at personen ikke er i stand til å gå og trenger hjelp til personlig hygiene, til å kle seg eller til å spise. Hun eller han er vanligvis også inkontinent.

### **Årsaken til at det ble søkt**

Selv om det som oftest ligger både sykdom og aldring til grunn for funksjonssvikt, er det også andre faktorer som bidrar til at det søkes om sykehjems plass. Vi spurte de pårørende om hva som var hovedårsaken til at det ble søkt.

Svarene under viser at mental svikt, fysisk funksjonssvikt alene eller i kombinasjon var den viktigste årsaken i 79 % av tilfellene. I tråd med analysen av sykdommene som medvirket til søknad, var mental funksjonssvikt den vanligst grunnen (40 %).

<b>TABELL 8. HOVEDÅRSAKER TIL SØKNAD OM LANGTIDSPASS I SYKEHJEM. N=71</b>			
<i>Hovedårsaker</i>	<i>Eksempler</i>	<i>Antall</i>	<i>Prosent</i>
Fysisk funksjonssvikt	Funksjonshemmet, i rullestol. Benskjør, hjerte problemer. Sengeliggende.	16	22
Mental funksjonssvikt	Begynnende demens, klarer ikke ivareta seg selv	28	39
Både fysisk og mental funksjonssvikt	Bekkenbrudd, begynnende demens. Kunne ikke gå eller klare seg hjemme	12	17
Sosiale årsaker	Enebolig med trapper, bad/wc i 2. etg. Klarte seg ikke hjemme, ringte hele døgnet. Mistet initiativet etter at hun mistet sin mann.	1	1
Generell skrøpeligheit	Pleietrengende, underernært, svekket allmenntilstand, ensidig kosthold, benskjørhet, nedsatt personlig hygiene	12	17
Alvorlig sykdom	Kreft med spredning. Smerter, cellegiftbehandling. Klarte seg ikke hjemme.	2	3
<i>Totalt</i>		71	99

## **Fasene i søknadsprosessen**

Det er fire faser på veien til langtids plass i sykehjem. Den første er før hjelpebehovene blir så store at det kan komme på tale å søke om plass. Ikke alle gamle og deres pårørende opplever en slik fase, for i noen tilfelle oppstår store hjelpebehov brått, slik at sykehjems plass er det første aktuelle alternativet. For de fleste gjelder likevel en trinnvis utvikling. Og som vi har sett i kapittel 2, så vil de fleste sykehjemssøkere være kjent av hjelpeapparatet fra denne tiden. I denne forstand er også fasen før sykehjems behov av betydning for den samlede prosessen.

Den andre fasen er når hjelpebehovene er blitt så store at behov for heldøgns omsorg oppstår. I noen tilfelle starter søknadsprosessen omkring dette tidspunktet, i andre først en stund senere. Dette er en mellomfase der det foregår samtaler og vurderinger – ja, en kan godt si forhandlinger - både mellom den gamle og pårørende, og mellom dem og hjelpeapparatet. Dette er det første trinnet for å komme over terskelen for sykehjems plass.

Den tredje fasen er tiden fra en søknad fremmes til det foreligger et vedtak. Denne fasen kan være kort eller lang, og hjelpeapparatet kan i mellomtiden øke den hjelpen

som gis i hjemmet. Dette er det andre trinnet før en passerer terskelen. Den fjerde og siste fasen er tiden fra en søknad innvilges til den gamle flytter inn på sykehjem for godt.

I det følgende skal vi analysere disse fasene, med vekt på hva som karakteriserer dem i henholdsvis landkommunene og storbydelene.

#### *Fase I: Tiden før det ble søkt om sykehjemsplass*

85 % av de gamle som er representert i denne undersøkelsen mottok omsorgstjenester i hjemmet eller tilrettelagt bolig før det ble søkt om sykehjemsplass. 82 % av disse mottok hjemmesykepleie, 12 % mottok også praktisk bistand. Vel halvparten fikk hjelp fra hjemmetjenesten én eller to ganger i døgnet, en fjededel tre til seks ganger i døgnet – altså ganske omfattende hjelp. Resten av de som fikk hjemmetjenester fikk hjelp noen ganger i uken, eller sjeldnere. Både andelen som fikk hjelp, innholdet og omfanget av hjelpen hadde store likhetstrekk enten den gamle bodde i en landkommune eller i storbyen. Forskjellen i *varighet* av denne fasen var imidlertid betydelig. De som bodde på landet hadde slik hjelp i gjennomsnitt 3,3 år, mens gjennomsnittet for de som bodde i byen var temmelig nøyaktig to år. Dette kan skyldes flere forhold. Terskelen for å få *hjemmetjenester* kan for eksempel være høyere i byen vi har undersøkt, sammenliknet med i de to landkommunene. Tiden en hjemmetjenestebruker og hennes pårørende bruker for å bestemme seg for å søke sykehjemsplass kan også være lengre på landet enn i byen. Antakelig er forklaringen en kombinasjon av disse – og andre faktorer.

#### *Fase II: Fra behovet for sykehjemsplass oppstod, til det ble søkt*

Vi spurte pårørende: ”Ble det søkt når behovet for sykehjemsplass oppstod?” 48 % svarte ja, 52 % nei, uavhengig av hvor pasienten bodde. Vi ba pårørende anslå hvor lenge pasientene hadde behov for sykehjemsplass før det ble søkt. Vel en tredel ventet et år eller to, resten kortere. Nesten halvparten søkte med én gang. Heller ikke her var det nevneverdig forskjeller knyttet til bosted. Denne fasen er – slik pårørende opplevde det og beskrev det - med andre ord ganske lang for de fleste.

Vi spurte også om årsakene til at det i de fleste tilfellene ikke ble søkt med én gang.

<b>TABELL 9. ÅRSAKER TIL UTSETTELSE AV SØKNAD. ÅPENT SPØRSMÅL.</b>	
<b>Kategori</b>	<b>Utsagn</b>
<b>Ikke ”kvalifisert” til å kunne søke langtidsplass</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det ble i første omgang søkt om utredning og korttidsplass</li> <li>• Fikk beskjed om at hjemmetjenesten vurderte fortløpende</li> <li>• Fikk beskjed om å prøve dagplass først</li> <li>• Bestillerkontoret ønsket at andre tilbud skulle prøves først</li> <li>• Var inne til rehabilitering og fikk beskjed om at hun skulle ha rullerende opphold (14 dager på rehab., 14 dager hjemme, etc).</li> </ul>
<b>Pårørendes ønske</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konen ønsket å ha sin mann hjemme</li> <li>• Mannen ville ikke ”sette henne bort”</li> </ul>
<b>Pasientens ønske</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langvarig modning, mange samtaler og bearbeiding (fra pårørende)</li> <li>• Prøvde hjemme så lenge som mulig. Det var hennes ønske</li> <li>• Lot det ”skure og gå”, det gikk liksom greit</li> <li>• Pårørende hadde lovet at hun skulle få bo hjemme</li> <li>• Stor familie som stilte opp, og som grudde seg for å snakke med ham om sykehjem</li> <li>• Pasienten ville ikke</li> <li>• Hun nektet for 5-6 år siden</li> </ul>
<b>Manglende innsikt i egen situasjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hun hadde ikke innsikt i hvor dårlig hun var</li> <li>• Det var kanskje et behov, men det var vanskelig å si til mor at hun hadde behov for sykehjem fordi hun begynte å ”rote”</li> <li>• Forandringen kom så fort at vi hadde håp om at det skulle bli bedre</li> </ul>
<b>Forventninger om kommunens/bydelens tjenester</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trodde ikke hun kunne få plass. Trodde hun nesten måtte være død for å få plass</li> <li>• Ønsket at moren skulle få hjelpen hjemme, men innså at det var urealistisk</li> <li>• Hadde behov for plass i alderspsykiatrisk institusjon. Sykehjem ble en nødløsning</li> </ul>

Det vi ser, er at delen av sykehjemsterskelen er ganske sammensatt. Ett aspekt er hjelpeapparatets holdninger og strategier, et annet er pasientens. En kan kanskje si at vi står overfor en ”Fagfolkterskel” og en ”Pasientterskel”. Det foregår intense forhandlinger om utsettelse og alternativer. ”Fagfolkterskelen” er også beskrevet i kapittel 2. Kjernen i denne er at alternative tilbud foreslås for å holde pasienten utenfor sykehjem så lenge som mulig.

Men det fins også en ”Pårørendeterskel”: det er de gamle ektefellene – mannlige som kvinnelige – som gjør sitt ytterste for at pasienten skal ”slippe” å komme på sykehjem.

### *Fase III: Fra søknad til vedtak*

Dette er den egentlige ventetiden i søknadsprosessen. I landkommunene var den i gjennomsnitt 60 dager, i storbydelene 80 dager. I én av tre tilfeller ble innsatsen fra hjemmetjenesten økt i denne perioden, like ofte i begge kommunetyper.

### *Fase IV: Fra vedtak til innflytting*

83 % ventet mindre enn én uke – herav 75 % i landkommunene og 90 % i storbydelene. Bare to-tre prosent ventet begge steder mer enn fire uker. Med andre ord: Når først terskelen for vedtak er passert, ja da går siste fase av prosessen ganske fort.

--

Oppsummert kan man si at de aller fleste sykehjemssøkere først har en lang fase med skrøpeligheter og hjelpebehov der de blir hjulpet hjemme av familie og hjemmetjeneste. I denne fasen er sykehjemsplass ikke aktuelt, verken for pasienten, nærmeste pårørende eller hjelpeapparatet. Fasen varer to til tre år (lengst på landet), og i denne tiden blir hjelpeapparatet godt kjent med pasienten. I neste fase oppstår behovet for sykehjemsplass, slik pårørende ser det. Men i bare ett av tre tilfeller blir det søkt med én gang. I en periode på ett til to år (lengst i storbyen) pågår det i flertallet av tilfellene vi har opplysninger om her forhandlinger mellom tre parter: den gamle, nærmeste pårørende og hjelpeapparatet. Materialet viser at det er en "Pasientterskel", en "Fagfolkterskel" eller en "Pårørendeterskel" en skal forbi før det endelig søkes. Når det først er søkt, går resten av prosessen relativt raskt. Fasen fra det er søkt til vedtak foreligger varer i gjennomsnitt to måneder på landet og tre i storbyen. Begge steder økes hjemmetjenesten i ventetiden i ett av tre tilfeller. Fra vedtak til innflytting går det i de aller fleste tilfellene bare en ukes tid, og da uavhengig av pasientens bosted.

## **Initiativet til søknad**

De pårørende forteller at det stort sett var de som tok initiativet til å søke om langtidsplass i sykehjem. I noen tilfeller var det personer tilknyttet tjenesteapparatet



som tok initiativet. Tabell 10 gir en oversikt.

<b>TABELL 10. HVEM TOK INITIATIV TIL Å SØKE OM LANGTIDSPASS?</b>					
<b>N=71</b>					
		<i>Kommunetype</i>			<i>Total</i>
		<i>Land</i>	<i>By</i>		
	Pasienten				
			9 %	10 %	10 %
	Pårørende				
			56 %	69 %	63 %
	Hjemmetjenesten				
			12 %	0 %	6 %
	Sykehuset				
			12 %	8 %	10 %
	Noen fra sykehjemmet				
			9 %	13 %	11 %
<i>Total</i>					
			98 %	100 %	100 %

I følge pårørende tar pasientene selv initiativ til å søke om sykehjemsplass bare i ett av ti tilfeller, mens pårørende tar initiativet i nesten to av tre tilfeller. En ser at det er en viss forskjell mellom pårørendes aktivitet på dette området avhengig av bosted. Pårørende i byene sier at de tok initiativet i 69 % av tilfellene, på landet i 56 %. Her var hjelpeapparatet, spesielt hjemmetjenesten, mer aktivt inne som initiativtaker.

### **Pårørendes egen rolle og samarbeid med kommune/bydel**

Vi stilte også de pårørende spørsmål om hvordan de vurderte sin egen rolle i søknadsprosessen. Tabell 11 (neste side) viser at de fleste pårørende mente at deres rolle hadde stor betydning for tildeling av langtidsplass.

I tråd med det vi nettopp har sett, legger pårørende i byen større vekt på betydningen av sin egen rolle i søknadsprosessen. I landkommunene sier 34 % "Ikke så viktig" eller "Ubetydelig", mens bare 8 % i byen ser det slik.

**TABELL 11. HVA VIL DU SI OM DIN EGEN ROLLE SOM PÅRØRENDE I PROSESSEN - FRA SØKNAD TIL VEDTAK OM LANGTIDSPASS? N=71**

		<i>Kommunetype</i>		<i>Total</i>
		<i>Land</i>	<i>By</i>	
	Avgjørende			
		25 %	49 %	37 %
	Viktig			
		31 %	33 %	32 %
	Verken/eller			
		9 %	10 %	10 %
Ikke så viktig				
		12 %	3 %	7 %
Ubetydelig				
		22 %	5 %	13 %
<i>Total</i>				
		99 %	100 %	99%

Vi ba i tillegg de pårørende om å beskrive søknadsprosessen nærmere. Noen opplevde prosessen som vanskelig, mens andre fortalte om en uproblematisk prosess. I noen tilfeller opplevde pårørende at deres innsats var avgjørende for at pasienten fikk langtidsplass i sykehjem – at han eller hun faktisk ikke hadde fått plass uten pårørendes hjelp:

”Vi hadde kontakt flere ganger i uken for å mase på plass. Da bydelen ville sende henne hjem etter korttid, truet vi med å hente far slik at det ikke var noen hjemme som kunne ta imot henne. Etter noen timer og mange telefoner ble korttidsoppholdet forlenget”.

Dette utsagnet kommer fra en pårørende til en pasient som bor i en av bydelene. Pårørende i landkommunene kan også fortelle om vanskelige prosesser hvor deres innsats var avgjørende, slik de ser det:

”Jeg måtte ringe mye. Det var slitsomt. En av oss måtte innom daglig, og vi måtte stå på for å få plass.”

Av de intervjupersonene som mente de ikke hadde en avgjørende, men likevel viktig rolle, siterer vi i det følgende én pårørende fra en bydel og én fra en av landkommunene.

Bydel:

”Jeg ringte og fulgte opp søknaden. Fulgte med på internett for å se hvor det var ledige plasser, og hadde møte med en kontaktperson på tildelingskontoret.”

Kommune:

”Jeg måtte orientere meg for å finne ut av prosessen. Har en kone som jobber i systemet. Dette var avgjørende for hvordan vi gikk frem for å søke. Vi søkte korttidsopphold først, så gikk prosessen av seg selv.

Vi så i Tabell 11 at noen pårørende mente at deres rolle var ubetydelig for utfallet av søknaden. Svært få pårørende til pasienter bosatt i storbyen vurderte det slik, men pårørende til pasienter bosatt i de to landkommunene kunne fortelle at

”Det gikk greit. Hun fikk tilbud når hun trengte det.”

”Det gikk av seg selv. Hjemmetjenesten ordnet alt.”

”Alt ble ordnet mellom sykehus, hjemmesykepleien og sykehuset.”

”Det ordnet seg lett. Hjemmetjenesten tok ansvar og ordnet papirene.”

Et samarbeid mellom pårørende og kommune/bydel er avhengig av personlig kontakt med personer i tjeneste- eller forvaltningsapparatet. Vi spurte de pårørende to spørsmål om dette: hvem de hadde kontakt med i søknadsprosessen, og om de hadde en kontaktperson med et spesielt ansvar for oppfølging av saken deres. Tabell 12 (neste side) gir en oversikt over svarene.

<b>TABELL 12. HVEM FRA KOMMUNEN HADDE DU/ DIN PÅRØRENDE KONTAKT MED I DENNE PROSESSEN? N=71</b>					
		<i>Kommunetype</i>		<i>Total</i>	
		<i>Land</i>	<i>By</i>		
	Personale fra hjemmetjenesten		28 %	15 %	21 %
	Personale fra sykehjemmet		22 %	10 %	15 %
	Personale fra bestillerenheten		28 %	72 %	52 %
	Enhetsleder		13 %	0 %	6 %
	Andre		3 %	0 %	1 %
	Vet ikke		6 %	3 %	5 %
	<i>Total</i>		100 %	100 %	100 %

I byen er bestillerenheten kontaktleddet i det store flertallet av tilfellene (72 %). I landkommunene er de fleste i kontakt med tjenesteyterne eller lederne deres, enten i hjemmetjenesten eller på sykehjemmet (63 %). I begge kommuner hadde om lag to av tre pårørende kontakt med én person innen de ulike instansene som hadde spesiell oppfølging av søknaden.

### **Den gamles ønske**

Støttes pårørendes eller andres initiativ til søknad om langtidsplass av pasienten selv? Tabell 13 (neste side) viser, slik pårørende opplevde det, at dette slett ikke alltid er tilfellet. I de tilfellene der pårørende hadde et klart svar på dette (87%), var pasienten uenig i halvparten av tilfellene. Her er forskjellene i vurderingene nokså uavhengige av pasientens bosted.

<b>TABELL 13. VAR DET I TRÅD MED DIN PÅRØRENDES (PASIENTENS) EGET ØNSKE Å FÅ LANGTIDSPLASS I SYKEHJEM? N=62</b>		
<b>Svar</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
Ja	36	58
Nei	26	42
<i>Totalt</i>	62	100

Noen av de pårørende som svarte at pasienten selv ikke ønsket å få plass i sykehjem, utdypet sine svar, og illustrere på denne måten "Pasientterskelen" som vi har berørt tidligere:

"Hun ønsket ikke plass, men hadde ikke innsikt i egen sykdom. Mistet samtykkekompetanse og ble tvangsinnlagt i sykehjem."

"Det tok ett år før hun skjønnte at hun trengte sykehjem."

"Tror ikke han forsto hva som skjedde."

"Tror ikke han var klar over hva som skjedde."

Andre pasienter ble overtalt gjennom samtaler med pårørende:

"Vi måtte ta noen runder med henne. Hun ville ikke, men godtok."

"Synes det var greit etter hvert når vi sa at hun trengte tilsyn."

"Ikke egentlig. Ble overtalt til å prøve sykehjem en vinter."

I andre tilfeller ble pasientene lovet særlige ordninger om de mottok plassen:

"Var ikke helt fornøyd, men han hang ikke helt med fordi han var så syk. Han ville hjem. Men han ble fornøyd da vi sa at han bare var på midlertidig plass."

"Vi måtte spille på sykdommen. Fortelle at det var spesialister dit han kom."

Andre ombestemte seg etter de hadde flyttet inn:

”Ville i utgangspunktet ikke, men etter innleggelse opplevdes det som trygt og godt å få hjelp og tilsyn.”

”Tror ikke hun ville det, men snudde da hun kom på sykehjemmet.”

Som vi har sett ble det i 40 % av tilfellene søkt sykehjemsplass på grunn av en demenstilstand. Dette gjenspeiles også i utsagnene, hvor pårørende ganske ofte forteller om manglende innsikt i egen situasjon.

### **Pårørendes egne tanker omkring temaet ”å få vedtak om sykehjemsplass”**

Til slutt i intervjuet ga vi de pårørende rom for å gi en sluttkommentar rundt temaet ”å få vedtak om sykehjemsplass.” Vi vil i de følgende presentere noen av disse utsagnene – utsagn som representerer ulike erfaringer, vurderinger og meninger om temaet. Utsagnene er delt inn i tre emner: ”Tilgjengelighet til sykehjemsplasser og terskel for å få plass” og ”Å bli møtt og hørt av helsepersonell i kommunene/bydelene” og ”Å orientere seg i systemet”.

#### ***Tilgjengelighet av sykehjemsplasser og terskel for å få plass***

Mange pårørende var opptatt av at det etter deres syn ikke finnes nok sykehjemsplasser, og at dette kan være årsak til at det er vanskelig å få langtidsplass når noen trenger det.

”Det er mange som sliter. Det må bli bygd ut flere sykehjem slik at de som trenger hjelp kan få det uten å slite.”

”Det er for få sykehjemsplasser. Det er for vanskelig. Skulle ikke være nødvendig å kjempe for en plass.”

”Det bør være flere plasser slik at pårørende ikke sliter seg ut. Det er belastende – et stort ansvar.”

”Terskelen er veldig høy for å få plass. En må ha pårørende som står på for seg.”

Andre pårørende opplevde det ikke som vanskelig å få vedtak om langtidsplass i sykehjem. Som vi har vært inne på tidligere, opplevde flere pårørende at prosessen gikk av seg selv. Dette kommer også til uttrykk i sluttkommentarer:

”Jeg må berømme den korte tiden det tok fra hun ble syk til hun mottok plass.”

”Positivt overrasket over ryddig og grei prosess. Hadde ventet så lenge med å søke at behovet var så stort at det gikk greit.”

### ***Å bli møtt og hørt av helsepersonell i kommunene/bydelene.***

Av de 47 pårørende som ga en sluttkommentar, fokuserte de fleste på at de ikke ble møtt på en tilfredsstillende måte. Det handlet om å ikke bli hørt, ikke bli trodd, mangelfull informasjon, og at pasienters behov ikke ble fanget opp:

”Bestillerkontoret må ta pårørende mer på alvor. De må være lydhøre, for hjemmetjenestens dokumentasjon og faglige vurdering. Det ble for eksempel brukt mot mor at hun var sykepleier.”

”Jeg måtte stå på som pårørende for å få plass. Opplevde å ikke bli trodd.”

”Selv om hun mottok hjemmehjelp og hjemmesykepleie, ble ikke hennes tilstand fanget opp. Det bør være en sykepleier som utøver tjenesten i hjemmet. Må sikre vurdering av sykdomsprogresjon. Dette er spesielt viktig mht mange vikarer.”

”Det er viktig å bli møtt positivt da det er tøft å få en pårørende på sykehjem.”

”Bestillerkontoret hadde ikke fokus på mennesket som trengte hjelp, bare på budsjett og økonomi. Legen må få større påvirkning i slike søknadsprosesser. En saksbehandler skal ikke kunne overprøve en leges avgjørelse vedrørende behov for sykehjemsplass.”

### ***Å orientere seg i systemet***

Helsevesenet er stort og komplisert, med mange og ulike tjenester og aktører. Selv innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan det være vanskelig å

orientere seg om man ikke kjenner systemet gjennom erfaringer, eller ”fra innsiden”. Mange pårørende opplevde det som vanskelig å vite hvor og hvordan de kunne søke om tjenester for sin pårørende, og flere etterlyste informasjon og spørsmål fra saksbehandlere og annet helsepersonell.

Bydel:

”Vanskelig å vite hvordan man skal henvende seg, vite hvilken vei man skal gå for å få hjelp.”

Landkommune:

”Det offentlige må bli flinkere til å spørre pårørende om hva som trengs. Jeg var redd min skulle sendes hjem fra sykehuset, og det ville jeg ikke klart.”

Bydel:

”Man får så lite informasjon om hvilke rettigheter man har når man møter søknadskontoret. Skjønner de må prioritere. De prøvde å få til en billigere løsning for dem ved å tilby hjemmesykepleie i stedet for sykehjem. Det var godt å ha en organisasjon [eldreorganisasjon] i ryggen når det ble vanskelig.”

Bydel:

”Vi har vært heldige, men har også opplevd andre pårørende som ikke har fått hjelp når de har trengt det. Vi vet at ting ikke kommer av seg selv. Vi vet hvem vi skal kontakte.”

--

Oppsummerende kan en si at flertallet av de nærmeste pårørende vi har intervjuet gir uttrykk for at de har vært aktive i søknadsprosessen og betydningsfulle for utfallet. Særlig gjelder dette i byene. Ettersom døtrene er den helt dominerende pårørendegruppen her, kan en si at terskelen for sykehjemsplass i storbyen passerer takket være en stor gruppe kvinner som står opp og kjemper for sine foreldre. På landet er det litt annerledes: sønnene er mer aktive, hjelpeapparatet selv tar også initiativ, og flere opplever at søknadsprosessen er enkel og uproblematisk. To av tre pårørende hadde én person i hjelpapparatet/omsorgsforvaltningen som fulgte dem



gjennom søknadsprosessen. De fleste pårørende ga uttrykk for at tilgjengeligheten til sykehjems plass var for dårlig, nåløyet for trangt, terskelen for høy. Men et mindretall gav også uttrykk for at terskelen var relativt enkel å passere. Liknende erfaringer gjorde de i sitt samarbeid med hjelpeapparatet: mange følte seg ikke sett og forstått, mens noen gav uttrykk for den motsatte erfaringen.

## Litteraturliste

- Bache, T. (2005). "Åssen går det med a Ingebjørg?" *En vurdering av tilbudet til sykehjemspasientene i Hedmark*. Oslo: Norsk Pensjonistforbund.
- Bakke H.K. (2003). *Helsetjeneste for eldre: kvalitet og bemanning – to sider av samme sak*. Tidsskrift for den norske lægeforening, 2003, 18:3.
- Bergland, Å. (2006). *Trivsel i sykehjem: en kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Avhandling for graden dr. polit.
- Brevik, I. (2003). *Kommunenes pleie- og omsorgstjenester: Utvikling, status og utfordringer*. NIBR-rapport 2003:17. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brevik, I., & Daatland, S. O. (2007). *Utvikling og status i norsk eldreomsorg: Institusjoner og kommunale boliger for omsorgsformål 1989-2005*. Aldring og livsløp, 2, 2-5.
- Eldreombudet i Oslo (2008). *Årsmelding*. Oslo: Oslo kommune.
- Engedal, K. (2005). *Utredning av demens og bruk av legemidler mot demens i sykehjem*. Tidsskrift for den norske lægeforening 2005; 125:1188-90.
- Fjellton, A.M.S. (2009). *Å vente på sykehjemsplass: en studie av livssituasjonen til hjelpetrequende eldre og deres pårørende*. Avhandling for graden phd. i helsevitenskap ved Universitetet i Tromsø (UiT).
- Fjellton, A.M.S. (2008). Comparison of elderly awaiting nursing home placement and nursing home residents. A quantitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17(3), 278-284.
- Forvaltningsloven (1970/2009). URL: <http://www.lovdata.no/all/nl-19670210-000.html>.
- Hauge, S. (2004). *Jo mer vi er sammen, jo gladere vi blir?: ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Avhandling for graden dr. polit.
- Helsedirektoratet (2006). *Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester*. Veileder, IS-1040.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2010)a. *Nye mål for eldreomsorgen*.  
URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2010/Nye-mal-for-eldreomsorgen-.html?id=615950>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010)b. *Spørsmål nr. 34 til skriftlig besvarelse*.  
URL:  
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/andre/brev/brev\\_til\\_stortinget/2010-2/Sporsmal-nr-34-til-skriftlig-besvarelse-.html?id=620796](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/andre/brev/brev_til_stortinget/2010-2/Sporsmal-nr-34-til-skriftlig-besvarelse-.html?id=620796)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Klima for forskning*. St.meld. nr. 30 (2008-2009).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. St.meld. nr. 25 (2005-2006).
- Helse- og omsorgsdepartementet (1997). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet-respekt-kvalitet*. St.meld. nr. 50 (1996-1997).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2000). *Resultater og planer etter to år. Statusrapport basert på kommunenes planer per 10.1.2000*. Sosial- og Helsedepartementet, HPE-rapport 1/2000.
- Legeforeningen (2005). *Faglige krav til omsorgsboligen*. Legeforeningens policy nr. 5/2005 - Heldøgns pleie og omsorg. URL:  
[http://www.legeforeningen.no/asset/43855/1/43855\\_1.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/43855/1/43855_1.pdf)
- Madsen, V. (1992). *Hvem får sykehjemsplass? Om fordelingsprinsipper ved inntak til sykehjem i Oslo kommune*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Nygaard HA, Naik M, Ruths S. (2000). *Mental svikt hos sykehjemspasienter*. Tidsskrift for den norske lægeforening 2000; 120: 3113-6.
- Oslo Kommune (2009). *Årsstatistikk for bydelene 2009*.  
URL: <http://www.utviklings-og-kompetanseetaten.oslo.kommune.no/oslostatistikken/publikasjoner/notatserien>
- Romøren T.I. (1999). *Pasienter og beboere i sykehjem og aldershjem i Nord-Trøndelag*. Arbeidsrapport, Oslo: NOVA.
- Romøren, T.I. (2001a). Eldreomsorgen. I S. Kuhnle, A. Hatland & T. I. Romøren (Red.) *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Romøren T.I. (2001b). *Den fjerde alderen: funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Romøren, T.I., & Svorken, B. (2003). *Velferdsstat og velferdskommune: iverksettingen av "Handlingsplan for eldreomsorgen" i kommunene i Nord-*

Trøndelag. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

Romøren, T.I. (2008). *Tre boliggjorte kommuner. Aldring og livsløp 1/2008.*

Selbæk, G. (2008). *"Behavioural and psychological symptoms of dementia in Norwegian nursing homes – prevalence, course and association with psychotropic drug use"*. Universitetet i Oslo: Avhandling for graden ph.d.

Slagsvold, B (1995). *Mål eller mening: om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner.* Oslo: Norsk gerontologisk institutt, Rapport nr. 1/1995.

Sosial- og helsedepartementet (1997). St.meld. nr. 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen: trygghet - respekt - kvalitet.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

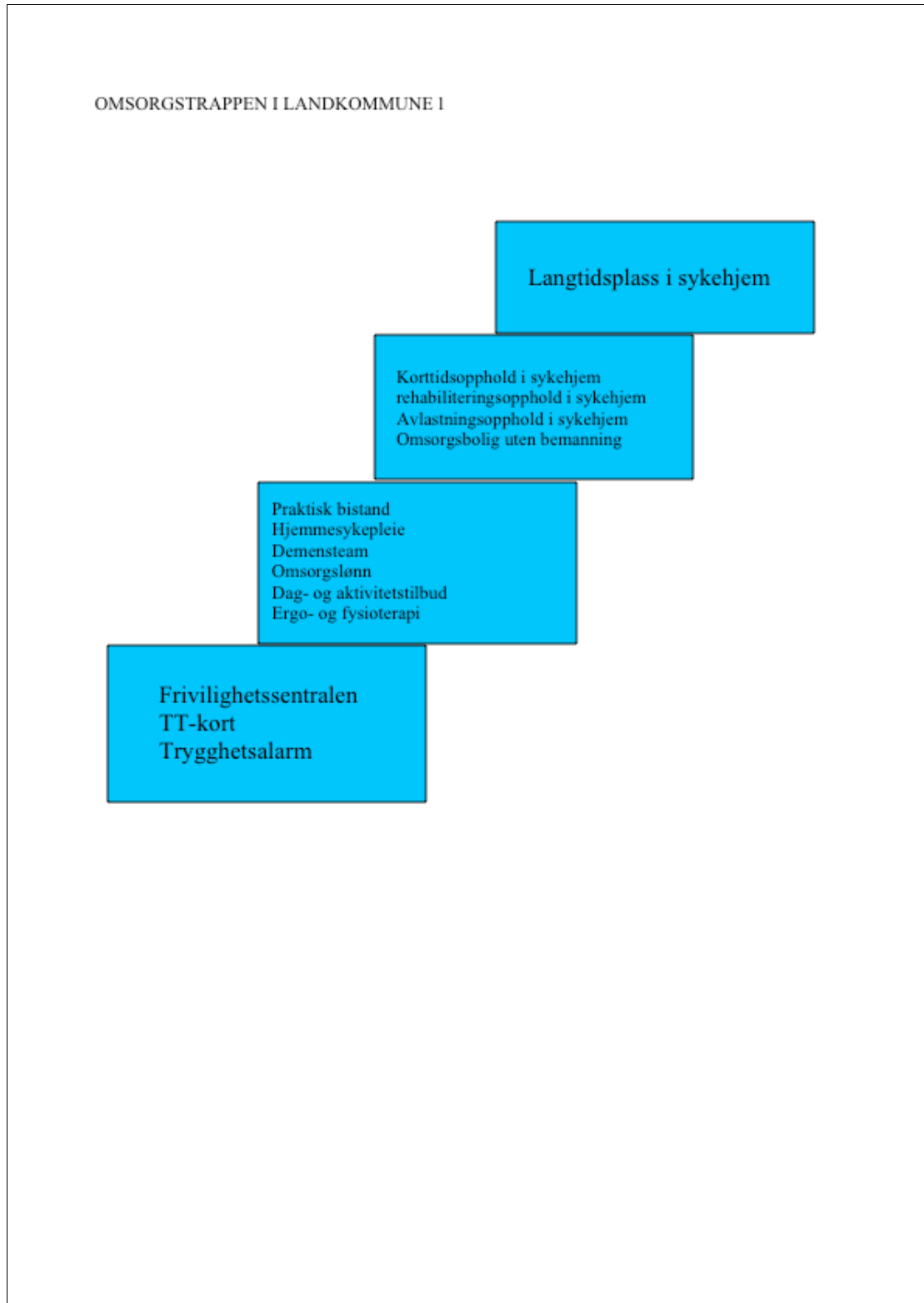
Statistisk sentralbyrå (2010). URL: <http://www.ssb.no/pleie/>

Sykehjemsetaten (2010). *Innhold, kvalitet og inntakskriterier for tilbud om opphold i sykehjem i Oslo*

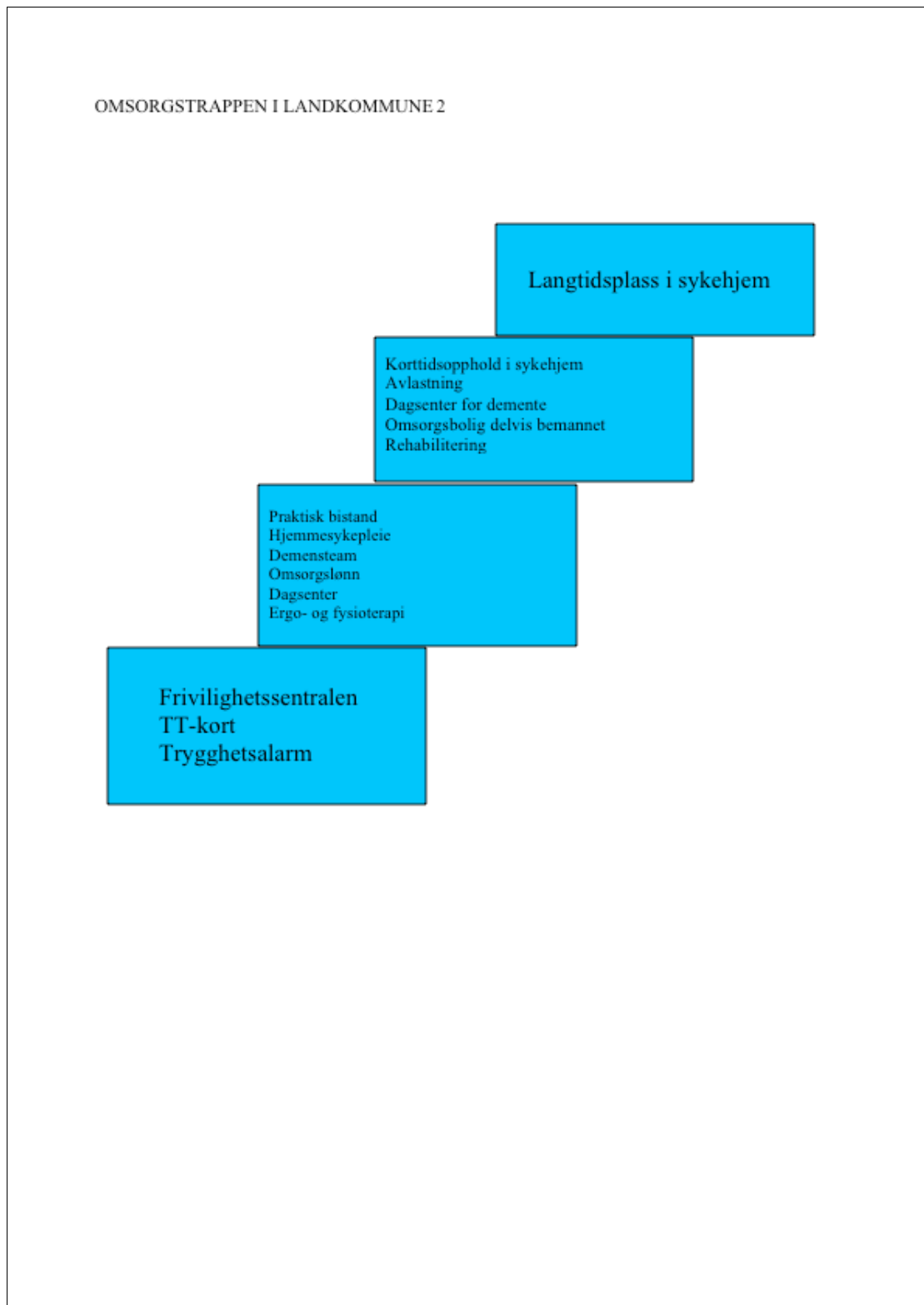
[URL:http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20%28SYE%29/Internett%20%28SYE%29/Dokumenter/InntakskriterierMai2010.pdf](http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Sykehjemsetaten%20%28SYE%29/Internett%20%28SYE%29/Dokumenter/InntakskriterierMai2010.pdf)

# Vedlegg

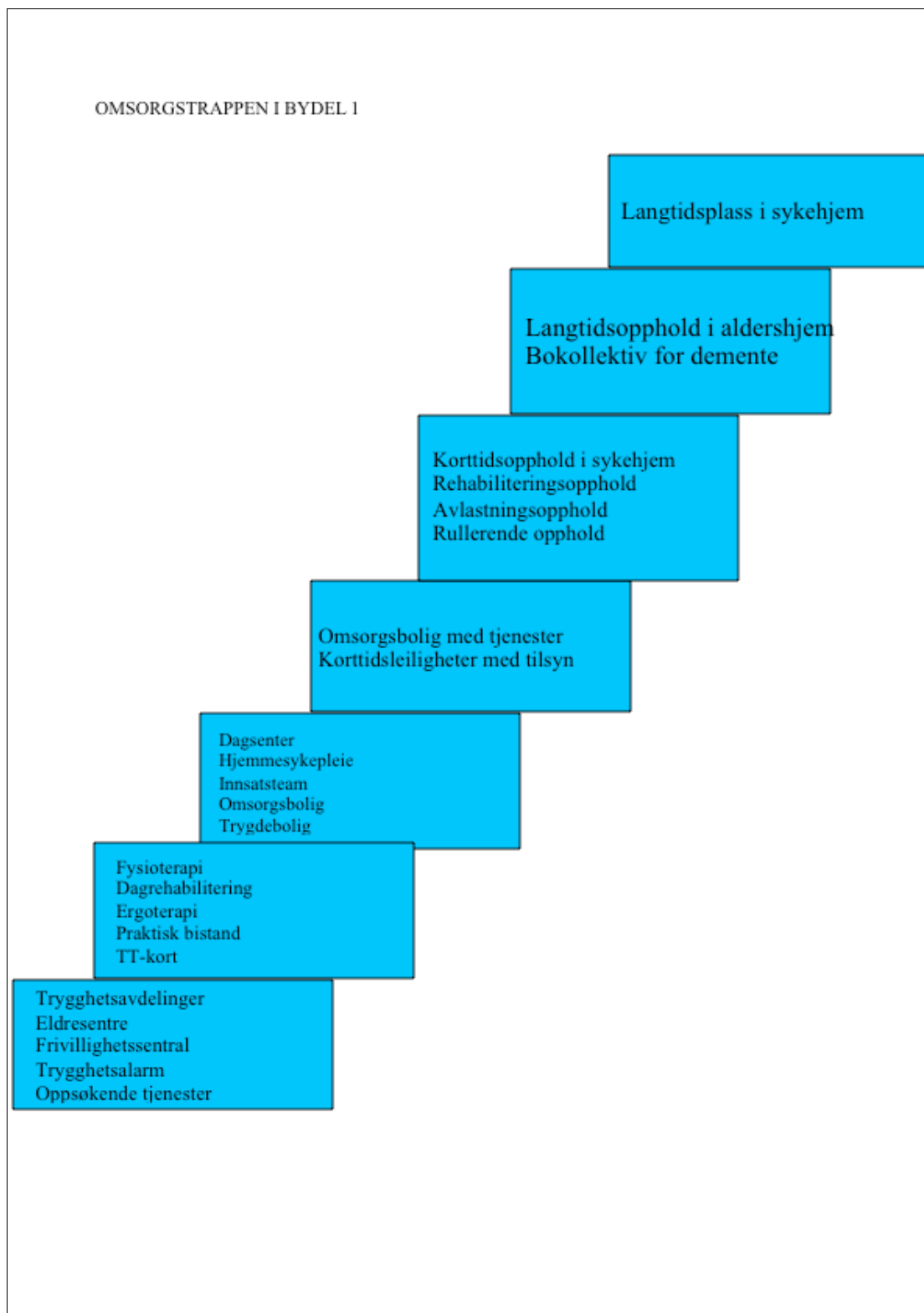
## Vedlegg 1. Omsorgstrappen, landkommune 1



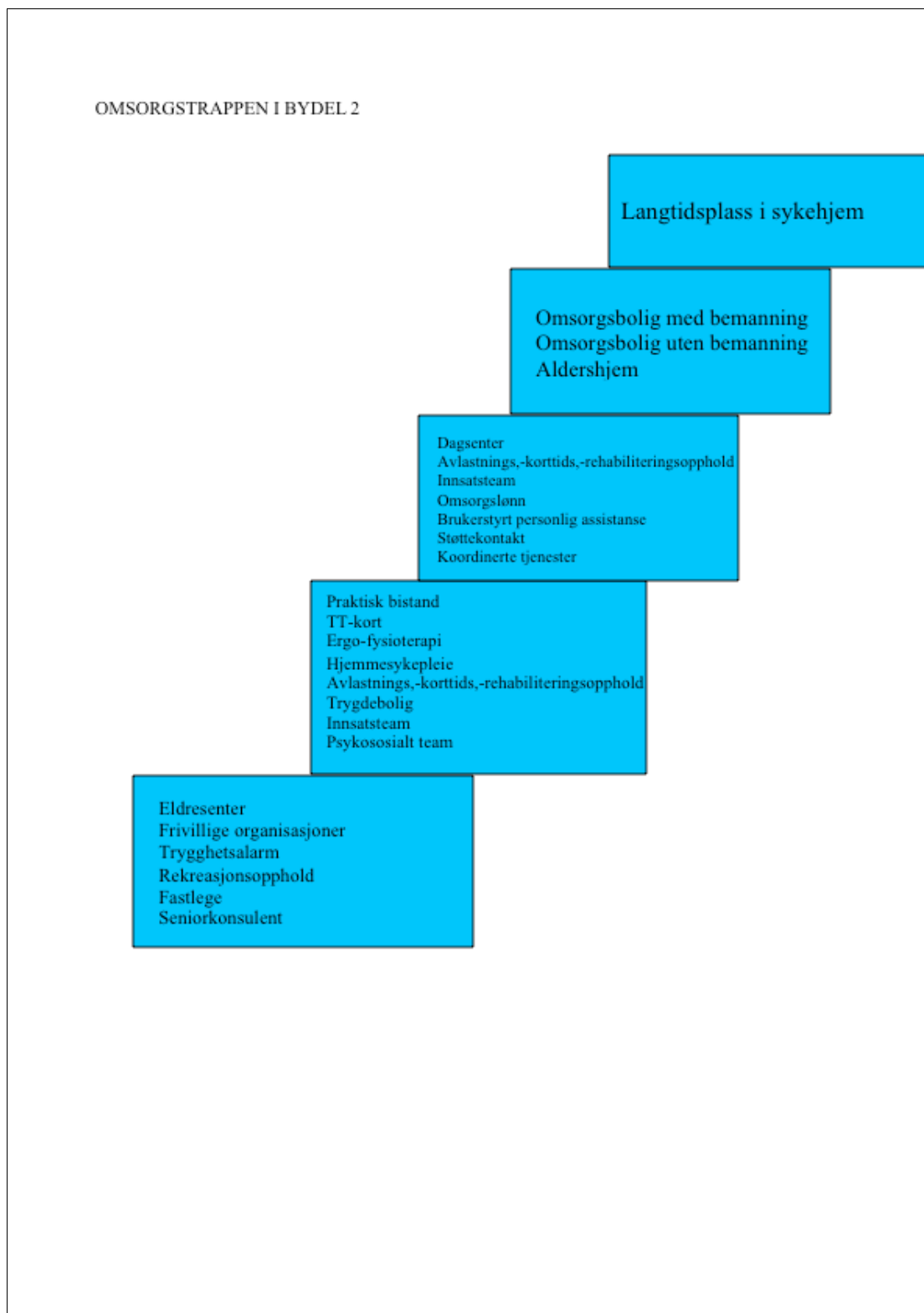
## Vedlegg 2. Omsorgstrappen, landkommune 2



### Vedlegg 3. Omsorgstrappen, bydel 1



## Vedlegg 4. Omsorgstrappen, bydel 2





## Vedlegg 5. Intervjuguide for gruppeintervju med saksbehandlere

### Inngangsspørsmål:

1. Vi vil gjerne at dere forteller om prosessen fra mottatt søknad til vedtak om sykehjemsplass. Hvordan foregår dette? Ta gjerne utgangspunkt i et eksempel fra hverdagen.
  - a. Start med hva som skjer når dere får inn en søknad om langtidsplass i sykehjem.
  - b. Hvordan starter arbeidet med å behandle søknaden?
  - c. Hvordan vurderes søknaden?
  - d. Hva ser dere etter, hva vurderes, hvordan vurderes (kriterier, rutiner, faglig, annet)
  - e. Har dere kriterier (skriftlig/muntlig) for innvilgelse av sykehjemsplass?
2. Ved innvilgelse av søknaden – hva vektlegges mest.
3. Ved avslag på søknaden – hva vektlegges mest?
4. Hvis ikke tilbud om plass umiddelbart, hvilke tilbud får pasienten i mellomtiden?
5. Er vurderinger i samsvar med pasient/pårørendes egne vurderinger av behov? Hva er ofte likt, hva er forskjeller?
6. Hvordan vurderer dere terskelen for sykehjemsplass i deres kommune? Hvorfor?

## Vedlegg 6. Intervjuguide for telefonintervjuer med pårørende.



Senter for  
omsorgsforskning  
ØSTLANDET

### VEDTAK OM SYKEHJEMSPASS - HVOR HØYE ER TERSKLENE?

Din pårørende, som er pasient ved .....  
sykehjem har samtykket i at vi gjennomfører et intervju med deg  
som pårørende og du har takket ja til å bli intervjuet. Du kan når  
som helst trekke deg fra intervjuet - det vil ikke føre til noen  
konsekvenser for deg eller din pårørende. Ønsker du å  
gjennomføre intervjuet? Det vil ta ca. 25-30 minutter.

Dette intervjuet dreier seg om hva som skal til for å få  
sykehjemsplass, med din pårørendes tilfelle som en av kildene til  
ny kunnskap om dette temaet. Jeg vil stille deg spørsmål om  
bakgrunnen for innvilgelse av og vedtak om sykehjemsplass i  
tillegg til dine vurderinger knyttet til prosessen.

Gjøvik, .....

.....  
Tor Inge Romøren  
Professor  
Senter for omsorgsforskning  
Høgskolen i Gjøvik

.....  
Edith Roth Gjevjon  
Doktorgradsstipendiat  
Senter for omsorgsforskning  
Høgskolen i Gjøvik

## DEL I: Bakgrunnsinformasjon

1.1 Pasientens ID-nummer:.....

1.2 Pasientens fødselsdato: .....  
d.d/m.m/å.å

1.3 Pasientens kjønn:    Kvinne             Mann

1.4 Navnet på institusjonen der pasienten bor:  
.....

1.5 Kommune:..... Kommunenummer:.....

1.6 Intervjuet ble gjennomført den:.....

1.7 Intervjutid:.....minutter

1.8 Hvem ble intervjuet?

1  Ektefelle

7  Svisgersønn

2  Søster

8  Niese

3  Bror

9  Nevø

4  Datter

10  Annen slekt

5  Sønn

11  Annet:.....

6  Svisgerdatter

1.9 Intervjuet ble gjennomført av:.....

2.0  Telefonintervju

Personlig intervju (i spesielle tilfeller, noter ned hvorfor det ble gjennomført i stedet for telefonintervju)

2

## **DEL II: Søknad og vedtak om sykehjemsplass**

**Jeg vil stille deg noen spørsmål om søknad og vedtak om sykehjemsplass for (din pårørende).**

2.1 Når ble det søkt om sykehjemsplass for (din pårørende)?

MÅNED OG ÅR .....

2.2 Hvor lang tid tok det fra det ble søkt om sykehjemsplass til (han/hun) fikk vedtak om sykehjemsplass

.....Dager

.....Uker

.....Måneder

.....År

2.2.1 Husker du/ vet du datoen for vedtaket?:

.....  
(omtrent, gjerne måned/år)

2.3 Hvor bodde din pårørende da han/hun fikk vedtak om fast plass?

Hjemme

Korttidsplass

Annet:.....

2.4 Hvor lenge har (din pårørende) ventet på å få tildelt sykehjemsplassen (kunne flytte inn) etter vedtaket forelå?

.....Dager

.....Uker

.....Måneder

.....År

2.4.1 Husker du/ vet du datoen for tildeling av sykehjemsplassen (kunne flytte inn)?

.....  
(omtrent, gjerne måned/år)

2.5 Hvem tok initiativ til å søke om sykehjemsplass? var det:

(Pasienten) selv

Du/ andre pårørende? Hvem:.....

Fastlegen?

Noen fra hjemmetjenesten? Hvem:.....

Noen fra sykehuset hvis innlagt? Hvem:.....

Noen fra sykehjemmet hvis korttidsopphold? Hvem:.....

Andre fra kommunen/bydelen? Hvem:.....

Andre? Hvem:.....

2.6 Hva var hovedårsakene til at det ble søkt om sykehjemsplass?

2.6.1 Hva slags sykdom var den viktigste årsaken til at (din pårørende) trengte sykehjemsplass?

2.7 Var det i tråd med (din pårørendes) eget ønske å søke om sykehjemsplass?

Ja

Nei Hva ønsket han/hun selv?.....

Vet ikke Hva tror du?.....

2.8 Etter ditt syn - hvor lenge har (han/hun) hatt behov for en sykehjemsplass før det ble søkt?

..... dager

..... uker

..... måneder

..... år

2.9 Mottok (din pårørende) hjelp i hjemmet før det ble søkt om sykehjemsplass?

Nei

Ja. Hva, hvor mye, hvor ofte?

Tjeneste (hjemmesykepleie/ hjemmehjelp)	Menge/omfang	Hvor ofte

5

2.9.1 Hvor lenge mottok (hun/ han) hjelp i hjemmet før det ble søkt om sykehjemsplass?

..... dager

..... uker

..... måneder

..... år

2.9.2 Ble det søkt når behovet for sykehjemsplass oppsto?

Ja

Nei      Hvorfor ikke:.....

.....

2.9.2.1 Hvis nei på forrige spørsmål: Hvilke tilbud fikk (han/ hun) i mellomtiden (etter behovet oppsto og før det ble økt om fast plass)?

Ingen spesielle (dvs. hjelp som før)

Ja

2.9.2.2 Hvis Ja på forrige spørsmål - hva gikk dette ut på? Var det:

Økt hjemmehjelp/praktisk bistand? Hva, hvor mye, hvor ofte:

Tiltak/ hjelp	Menge/omfang	Hvor ofte

Økt hjemmesykepleie? Hva, hvor mye, hvor ofte:

Tiltak/ hjelp	Menge/omfang	Hvor ofte

Korttidsopphold?  Nei  Ja. Hvilken type (avlastning, rehabilitering, vurdering, annet)?.....

Dagsenter?  Ja  Nei

Matombringing?  Ja  Nei

Annet ?  Nei  Ja. Hva? .....



**DEL III: Vurdering av (din pårørendes) funksjonsevner, dvs hva (han/hun) klarer selv og hva (han/hun) trenger assistanse eller hjelp til.**

**Jeg vil be deg svare på noen spørsmål om (din pårørendes) fysiske og mentale funksjonsevner på ulike tidspunkt i forløpet. Vi vil stille noen spørsmål om hvordan du vurderer (hans/hennes) funksjoner nå, da (han/hun) søkte om sykehjemsplass og da (han/hun) fikk vedtak om sykehjemsplass, altså ved tre tidspunkter. Gi beskjed om du har behov for at jeg forklarer nærmere hva som menes med spørsmålene.**

3.0 Først fysisk funksjon: Hvordan vurderer du din (pårørendes) behov for assistanse/ hjelp til:

**1. PERSONLIG HYGIENE (har behov for assistanse/ hjelp til å vaske og stelle hele kroppen, inkludert å pusse tennene)**

**Selvhjulpen**

1  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**Trenger hjelp / påminning til dette**

0  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**2. SPISING (har behov for assistanse/ hjelp til å innta servert mat og å drikke)**

**Selvhjulpen**

2  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**Trenger noe hjelp med noe, f.eks det å skjære**

1  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**Må mates/ er helt avhengig av hjelp**

0  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**3. FORFLYTNING MELLOM SENG OG STOL**

**Klarer seg uten hjelp**

3  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**Trenger litt hjelp / tilsyn, klarer seg fint med noe hjelp av én person**

2  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**Trenger mye hjelp av én eller to personer, kan ikke sitte, er sengeliggende**

1  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**Kan ikke sitte, må løftes**  
0  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**4. Å BEVEGE SEG INNENDØRS (har behov for assistanse/ hjelp til å gå, bevege eller forflytte seg på ett plan innendørs; på flatt gulv, over terskler,**

**Kan gå alene, evt. med hjelpemidler, men ikke rullestol**  
3  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**Trenger hjelp eller tilsyn av én person eller hjelp til å reise seg**  
2  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**Er uavhengig i rullestol (også vedr. snuing, passering av dører)**  
1  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**Trenger mer hjelp enn dette**  
0  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**5. PÅKLEDNING (har behov for assistanse/ hjelp til å ta på og av seg klær og fottøy, finne fram å velge i overensstemmelse med årstid, vær og temperatur.**

**Kan kle seg på egen hånd, inklusive kneppe knapper og ordne glidelåser**  
2  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**Trenger noe hjelp**  
1  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**Trenger mer hjelp**  
0  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**6. BLÆREKONTROLL (vannlating)**

**Ingen problemer**  
2  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**Nedsatt kontroll og enkelte uhell**  
1  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**Store problemer, hyppige uhell**  
0  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**7. TARMKONTROLL (avføring)**

**Ingen problemer**

2  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**Nedsatt kontroll og enkelte uhell**

1  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**Store problemer, hyppige uhell**

0  Nå  Ved søknad om sykehjemsplass  Ved tildeling av sykehjemsplass

**SCORE:.....**

3.1 Så vil vi at du skal vurdere (din pårørendes) hukommelse og orienteringsevne ved de samme tre tidspunkt:

	1 poeng	2 poeng	3 poeng	4 poeng	Poeng
Nå					
Ved søknad					
Ved vedtak					
<b>HUKOMMELSE</b>	Normal hukommelse, evt. lett vekslende glemsomhet.	Lett hukommelsestap markert for nylig inntrufne hendelser. Hukommelsestapet virker inn på dagliglivets aktiviteter.	Moderat hukommelsestap. Viktige hendelser huskes, men nylig inntrufne hendelser glemmes helt.	Svært hukommelsestap. Bare fragmenter av tidligere hendelser kan huskes	
	1 poeng	2 poeng	3 poeng	4 poeng	Poeng
Nå					
Ved søknad					
Ved vedtak					

	1 poeng	2 poeng	3 poeng	4 poeng	Poeng
ORIENTERINGS EVNE	Oriertert for tid, sted og egen person, samt situasjon	Vansker med tidsorientering, orientering for sted og egen person. Kan være geografisk uorientert.	Desorientert for tid og vanligvis også for sted.	Totalt desorientert for tid, sted, situasjon og egen person.	
				SUM NÅ	
				SUM VED SØKNAD	
				SUM VED VEDTAK	

3.2 Det neste spørsmålet jeg skal stille deg handler om den hjelpen (din pårørende) mottar nå. Hva slags sykdom er den viktigste årsaken til at (din pårørende) trenger hjelp nå, på sykehjemmet?

#### **DEL IV: Samarbeid med kommune/bydel**

4. I noen tilfeller er det slik at pårørendes innsats spiller en rolle når et gjelder hvilke tjenester pasienter får tildelt mens i andre tilfeller påvirkes ikke tildeling av tjenester av pårørendes innsats.

4.1 Hva vil du si om din egen rolle som pårørende i prosessen – fra søknad til vedtak om sykehjemsplass? Var den:

4.1.1  Avgjørende?

Hvorfor:

4.1.2  Viktig?

Hvorfor?

4.1.3  Verken eller?

4.1.4  Ikke så viktig?

Hvorfor?

4.1.5  Ubetydelig?

Hvorfor?

4.2 Hvem (du kan gjerne nevne flere) fra kommunen hadde du/ (din pårørende) kontakt med i denne prosessen (fra søknad til vedtak om sykehjemsplass)?

Funksjon/stilling/tjeneste:.....

.....

4.3 Hadde du/(din pårørende) en kontaktperson - en som hadde spesielt ansvar for oppfølging av søknaden?

Nei  Ja. Hvem, fra hvor.....

5. Til slutt - er det noe vi ikke har snakket om som du ønsker å fortelle, eller noe du vil si?

**Det var det hele. Tusen takk for hjelpen!**