

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2009 nr. 2

**Kontinuitet i hjemmetjenesten – en foreløpig
rapport basert på intervjuer med
tjenestemottakere, pårørende og ledere**

Edith Roth Gjevjon



Gjøvik 2009

ISSN: 1890-520X

ISBN: 978-82-91313-16-0

INNHold

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING	5
BAKGRUNN	5
2. UTFORMING OG GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN	8
UTVALG OG REKRUTTERING.....	8
MATERIALE	9
<i>Informanter</i>	9
3. FÅ ELLER MANGE PLEIERE	14
TJENESTEMOTTAKERNE	14
PÅRØRENDE	18
4. Å KJENNE HVERANDRE	22
TJENESTEMOTTAKERNE	22
PÅRØRENDE	27
5. Å VENDE	31
TJENESTEMOTTAKERNE	31
PÅRØRENDE	35
6. Å BLI IVARETATT	37
TJENESTEMOTTAKERNE	37
PÅRØRENDE	40
7. MULIGE ÅRSAKER TIL MANGEL PÅ KONTINUITET SLIK LEDERNE SER DET, OG HVA DE GJØR FOR Å BEDRE DEN	47
MULIGE ÅRSAKER TIL MANGEL PÅ KONTINUITET	47
<i>Ressurser</i>	47
<i>Organisering</i>	48
<i>Informasjonsutveksling</i>	51
HVA LEDERNE GJØR FOR Å SIKRE KONTINUITET	52
<i>Opplæring og oppfølging av personalet</i>	52
<i>Organisering</i>	53
8. OPPSUMMERING	59
REFERANSER	62

FORORD

Undersøkelsen "Kontinuitet i hjemmetjenesten" gjennomføres av Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik på oppdrag for Norsk Pensjonistforbund. Vi legger her frem en foreløpig rapport i forbindelse med Norsk Pensjonistforbunds landsmøte den 8.-11. juni 2009.

Prosjektet har en referansegruppe bestående av forbundsleder for Norsk Pensjonistforbund, Harry Jørgensen; professor emeritus ved Universitetet i Oslo, Peter F. Hjorth; seniorrådgiver ved Helse- og omsorgsdepartementet, Steinar Barstad; seniorrådgiver ved Norsk Sykepleierforbund, Anne Marie Flovik; professor ved Høgskolen i Gjøvik, Tor Inge Romøren og postdoktorstipendiat ved Universitetet i Oslo, Ragnhild Hellesø. Stor takk til alle for gode innspill.

Undertegnede gjennomfører undersøkelsen og har skrevet denne rapporten. Sammen med undertegnede har sykepleierne og mastergradsstudentene Ingri Tollefsen Seip, Ingrid Kyte Fjellestad, Nina Torsteinsen Johnsen, Helene Dypdal og Siri Ødegaard Fossum, og høgskolelektor Siri Gunn Simonsen bidratt til datasamlingen. De har intervjuet tjenestemottakere og pårørende.

Professor Tor Inge Romøren ved Høgskolen i Gjøvik er hovedveileder for prosjektet og postdoktorstipendiat Ragnhild Hellesø ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo er medveileder.

Gjøvik, 1. juni 2009

Edith Roth Gjevjon

Doktorgradsstipendiat

SAMMENDRAG

Senter for omsorgsforskning Østlandet fikk våren 2008 i oppdrag fra Norsk Pensjonistforbund å gjennomføre et forskningsprosjekt om kontinuitet i hjemmetjenesten. Denne rapporten er et foreløpig bidrag fra prosjektet og er skrevet i anledning Norsk Pensjonistforbunds landsmøte 2009.

Opplevelsen av kontinuitet vil variere med person, situasjon, organisasjon og tjenester. Her forholder vi oss til to perspektiver på kontinuitet: (1) *Det individuelle perspektivet*, dvs. at pasienten som person skal oppleve kontinuitet i forholdet til tjenesteyterne, og (2) *Tjenesteperspektivet*, dvs. at tjenestene som sådanne er helhetlige og koordinerte. Det individuelle perspektivet legger vekt på at tjenestemottakeren har færrest mulig hjelpere å forholde seg til, mens tjenesteyterperspektivet legger vekt på at tjenesteyterne er koordinerte seg i mellom.

Rapporten inneholder intervjudata fra til sammen 58 mottakere av hjemmesykepleie som alle er over 70 år, 34 av deres pårørende og sju ledere. Disse til sammen 99 informantene kommer fra seks ulike kommuner. Disse har hhv. under 6 000, 10 -20 000 og over 30 000 innbyggere. Tjenestemottakerne og lederne ble intervjuet personlig, de pårørende per telefon.

Ved presentasjonen av materialet fra tjenestemottakere og pårørende har vi i denne omgangen lagt vekt på fire temaer: (1) *Få eller mange pleiere*, (2) *Å kjenne hverandre*, (3) *Å vente*, og (4) *Å bli ivaretatt*. I kapitlet som omhandler lederne fokuserer vi på to hovedspørsmål: (1) *Mulige årsaker til mangel på kontinuitet* og (2) *Hva lederne gjør for å sikre kontinuitet*.

Undersøkelsen viser at tjenestemottakerne stort sett er fornøyde med kontinuiteten ved tjenestene de får. De beskriver likevel en hverdag med mangel på kontinuitet, både når det gjelder antall pleiere og tidspunkt for hjelp. På tross av dette gir flertallet (69 %) uttrykk for at antallet pleiere ikke er problematisk, men passe. De opplever å bli ivaretatt, og at pleierne kjenner deres situasjon. De er imidlertid mer kritiske til forutsigbarheten når det gjelder tidspunktet for *når* hjelpen kommer. Dette kan de i liten grad påvirke selv, og

det å måtte vente griper negativt inn i hverdagen ved at de ikke kan planlegge den.

Pårørende er mer kritiske. De synes det er alt for mange pleiere å forholde seg til, og sier at det er langt viktigere med få pleiere enn det tjenestemottakerne gir uttrykk for. På den annen side forteller de om relativt god kommunikasjon og godt samarbeid med hjemmesykepleien, og de mener samarbeidet har direkte betydning for kvaliteten på tjenesten som gis til deres gamle. Både tjenestemottakere og pårørende har gitt oss eksempler på uheldige konsekvenser av mangel på kontinuitet. Noen kan være alvorlige for helsetilstanden, mens andre primært påvirker informanternes dagligliv på en negativ måte.

Vi har snakket med hjemmesykepleieledere om mulige årsaker til mangel på kontinuitet. Lav bemanning, begrensede ressurser og krav til effektivitet kan føre til at de ansatte må være fleksible og bli brukt der det er behov, og ikke nødvendigvis der de er kjent. Sett i lys av de to perspektivene på kontinuitet, får vi et klart inntrykk at lederne er mest opptatt av *tjenesteperspektivet* når de arbeider for å sikre kontinuitet. Det er da ikke avgjørende at det er de samme personene som utfører oppgavene hos tjenestemottakerne, bare de utføres noenlunde likt. Lederne er klar over at dette kan medføre en opplevelse av mangel på kontinuitet for tjenestemottakerne, men de lar som oftest hensynet til arbeidsorganiseringen veie tyngst. I noen situasjoner anser imidlertid lederne det som meget viktig at tjenestemottaker har én eller få pleiere å forholde seg til. Dette er særlig ved alvorlig kreftsykdom, hjelp til mennesker med demens, til mennesker med psykiske lidelser, og til rusmisbrukere. I disse og enkelte andre tilfeller sørger de for kontinuitet også når det gjelder antall pleiere, og hvem disse er.

Rapporten må leses med forbehold. Den bygger bare på en del av det utvalget som hele studien skal analysere. Datainnsamlingen er ennå ikke ferdig. Det begrensede utvalget vi har benyttet i denne foreløpige rapporten gir likevel grunnlag for å dokumentere noen hovedtendenser i materialet, og det er et godt utgangspunkt for videre analyser.

1. INNLEDNING

Denne undersøkelsen tar utgangspunkt i spørsmål som opptar både nåværende og framtidige mottakere av hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester og deres pårørende. Den er initiert og finansiert av Norsk Pensjonistforbund, en politisk uavhengig organisasjon med mer enn 170 000 medlemmer. Pensjonistforbundet har gitt Senter for Omsorgsforskning, Østlandet - lokalisert ved Høgskolen i Gjøvik - i oppdrag å gjennomføre forskning om kontinuitet i hjemmetjenesten. Kontinuitet er en nøkkelfaktor i behandling og pleie av mennesker med langvarige og sammensatte behov for helsetjenester. Kontinuitet innenfor helse- og omsorgstjenestene kan forstås som at et pasientforløp skal være koordinert og helhetlig, med sammenheng både innad i og mellom tjenester. I hjemmesykepleien er det også sentralt for kontinuiteten om tjenestemottakeren må forholde seg til få eller mange tjenesteytere, om det er de samme tjenesteyterne som kommer, eller om disse skifter over tid. Det synes å være en allmenn oppfatning at kontinuiteten er mangelfull i hjemmetjenesten - særlig innen hjemmesykepleien - noe som også ligger til grunn for Norsk Pensjonistforbunds initiativ til dette prosjektet.

Oppdragets tittel er "Kontinuitet i hjemmetjenesten". Hjemmetjenester er et samlebegrep som omfatter både hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Tidligere studier om hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester antyder en forskjell på henholdsvis hjemmehjelps- og hjemmesykepleiemottakeres oppfatninger når det gjelder betydningen av kontinuitet - i betydningen få hjelpere (Helset, 1998; Næss, 2003; Thorsen, 1998). Denne studien fokuserer på kontinuitet for hjelpetrengende gamle mottakere av hjemmesykepleie.

Bakgrunn

Mer enn 200 000 mennesker mottar for tiden hjemmebaserte tjenester i Norge. Av disse er 123 000 pasienter i hjemmesykepleien (SSB, 2007). Det har vært en betydelig økning i andelen mottakere av hjemmesykepleie de siste 10-15 år. Nesten halvparten er mennesker over 80 år (ibid.), men den sterkeste veksten har vært i aldersgruppene under 67 år (Romøren, 2007). I hovedsak er det politiske reformer satt i verk for å effektivisere og modernisere helsetjenestene som har ført til at hjemmebaserte tjenester nå

utgjør et tyngdepunkt i norsk helsevesen (Hofseth & Norvoll, 2003; Kalseth, Midttun, Paulsen, & Nygård, 2004; Paulsen & Grimsmo, 2008). Med de siste års utvikling innen helse- og omsorgssektoren har kommunene fått et betydelig ansvar for behandling, pleie og omsorg for mennesker med behov for omfattende tjenester. Sykehusene blir mer og mer rene behandlingsinstitusjoner, mens pleie- og omsorg under sykdomsforløpet utføres i større grad av kommunale tjenester (Kalseth, Midttun, Paulsen, & Nygård, 2004; Romøren, 2007). Parallelt har det pågått en avinstitusjonalisering med det formål at flest mulig hjelpetrequende skal kunne bo i eget hjem ved hjelp av hjemmebaserte tjenester (Regjeringen, 2005). Presset på de kommunale hjemmetjenestene har følgelig økt (Hofseth & Norvoll, 2003; Kalseth, Midttun, Paulsen, & Nygård, 2004; Romøren, 2007).

Det er grunn til å tro at helhetlige pasientforløp er vanskelig å oppnå til tross for at dette er et uttalt politisk og faglig mål (NOU, 2005:3; Regjeringen, 2005). Med pasientforløp menes her pasienters møte med, og forhold til helsetjenesten fra første kontakt for én eller flere helserelaterte tilstander til tjenesten er avsluttet.

Opplevelse, oppfatning og vurdering av kontinuitet vil variere med person, situasjon, organisasjon og tjenester. Vi forholder oss til to overordnede perspektiver på kontinuitet:

1. Det *individuelle perspektivet*, dvs. at pasienten som person skal oppleve kontinuitet i forholdet til tjenesteyter, og
2. *Tjenesteperspektivet*, dvs. at tjenestene som sådan er helhetlige og koordinerte (Hellesø & Lorensen, 2005).

I denne delen av prosjektet vil vi i tillegg ta utgangspunkt i grunnlaget for Norsk Pensjonistforbunds henvendelse til Senter for omsorgsforskning, nemlig en antakelse om mangel på kontinuitet som bygger på erfaringene til enkelte mottakere av hjemmetjenester og deres pårørende.

Vil vi i denne undersøkelsen:

- Kartlegge omfanget av mangel på kontinuitet for mottakere av hjemmesykepleie

- Kartlegge hvilke konsekvenser mangel på kontinuitet kan ha for tjenestemottakerne
- Avdekke mulige årsaker til mangel på kontinuitet
- Undersøke hva hjemmetjenesteledere gjør for å sikre kontinuitet for tjenestemottakerne

Prosjektet er lagt frem for Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) og Personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Begge instanser har tilrådet gjennomføring av prosjektet.

2. UTFORMING OG GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN

Utvalg og rekruttering

Vi har valgt å gjennomføre intervjuer med pasienter, pårørende og ledere i et lite, men variert utvalg norske kommuner. Det er et ideal innen forskningen å ha et representativt utvalg. I denne sammenhengen vil det si å inkludere så mange norske kommuner med tilhørende intervjupersoner at en kan si at resultatene er representative for alle kommuner og alle mottakere av hjemmesykepleie, deres pårørende og tjenestenes ledere. Dette er imidlertid en meget ressurskrevende strategi som ikke er mulig å oppnå innenfor dette prosjektets rammer. Med utgangspunkt i de ressursene vi har til rådighet har vi valgt å sette sammen et mindre utvalg av kommuner som representerer viktige kontraster når det gjelder innbyggertall, næringsgrunnlag og topografi (SSB, 2008). Kommunestørrelse (folketall) har vist seg å være en grunnleggende variabel i forskningen knyttet til helse- og omsorgstjenestene i Norge (Romøren, 2006; Romøren, 2006, 2007; Valset & Romøren, 2006). Dette er derfor den avgjørende dimensjonen vi har trukket ut kommuner etter.

Kommunene

Vi har samlet data i små (mindre enn 6000 innbyggere), middels store (10-20000 innbyggere) og store kommuner (over 30000 innbyggere). I denne foreløpige rapporten har vi bare resultater fra to kommuner av hver type, dvs. til sammen seks kommuner. De små og middels store kommunene ligger i Oppland og Hedmark, innenfor nedslagsfeltet til Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik. De store kommunene er representert ved bydeler i Oslo og Bergen.

Vi har hatt én til to kontaktpersoner i hver kommune. Kontaktpersonene bisto i arbeidet med å rekruttere tjenestemottakere og pårørende, samt registrering av tilleggsopplysninger. Kontaktpersonene var for det meste tjenesteledere, én var fagsykepleier.

Materiale

Rapporten baseres på følgende typer informasjon:

1. Strukturert personlig intervju med mottakere av hjemmesykepleie i seks kommuner.
2. Strukturert telefonintervju med pårørende til disse tjenestemottakerne.
3. Personlig intervju med ledere for tjenesteutøvere i hjemmesykepleien i de samme kommunene.

Intervjuskjemaene som ble benyttet ved intervjuer av tjenestemottakere og pårørende ble utviklet på bakgrunn av tidligere forskning og egne erfaringer. Skjema og fremgangsmåte ble testet i en pilotundersøkelse gjennomført i en bydel i Oslo. Nødvendige justeringer ble foretatt på bakgrunn av dette. Intervjuguiden som ble benyttet under intervjuer med lederne er utarbeidet på en liknende måte, men den har en mer åpen form.

Informanter

Tjenestemottakerne ble valgt ut av prosjektets kontaktperson på bakgrunn av følgende kriterier:

- alder over 70 år
- har hatt hjemmesykepleie i minst tre måneder
- har hjemmesykepleie daglig
- har ett eller flere ADL-tap; dvs. skårer 3-5 på minst ett av følgende IPLOS-variabler (Helsedirektoratet, 2008) (det betyr at pasienten trenger personbistand til én eller flere av disse funksjonene):
 - (16) Bevege seg innendørs
"Har behov for bistand/assistanse til å gå, bevege seg eller forflytte seg på ett plan innendørs; på flatt gulv, over terskler, ut og inn av seng, opp og ned av stol."

- (18) Vaske seg
"Har behov/assistanse til å vaske og stelle hele kroppen inkludert pusse tenner/munnhygiene."
- (19) Kle av og på seg
"Har behov for assistanse til å ta på og av seg klær og fottøy, finne fram og velge i overensstemmelse med årstid, vær og temperatur."
- (21) Spise
"Har behov for bistand/assistanse til å innta servert mat og drikke."
- (22) Gå på toalett
"Har behov for bistand/assistanse til å utføre toalettbesøk/funksjoner."
- Tjenestemottaker som skårer 3-5 på følgende IPLOS-variabler er *ikke* med i undersøkelsen:
 - (26) Hukommelse
"Har behov for bistand/assistanse til å huske nylig inntrufne hendelser. Finne fram i kjente omgivelser. Være orientert for tid og sted, gjenkjenne kjente personer, huske avtaler og viktige hendelser den siste uken."
 - (27) Kommunikasjon
"Har behov for bistand/assistanse til å kommunisere med andre personer. Med kommunikasjon menes å forstå og uttrykke seg verbalt/nonverbalt, evt. ved bruk av kommunikasjonsutstyr, tolk og teknikker."
 - (28) Styre adferd
"Har behov for bistand/assistanse til å styre egen adferd. Med dette mener å ha kontroll over impulser, verbal og fysisk aggresjon overfor seg selv og andre."

Tjenestemottakerne som fylte kriteriene for deltakelse i undersøkelsen fikk muntlig og skriftlig forespørsel om de ønsket å la seg intervjuet om deres erfaringer, opplevelser og meninger knyttet til kontinuitet i hjemmesykepleien. Skriftlig, informert samtykke ligger til grunn for det enkelte intervju og innsamling av tilleggsinformasjon. Arbeidet med gjennomføringen av datasamlingen ble delt mellom kontaktpersonen i kommunen, stipendiaten og deltidsansatte intervjuere.

Personlige intervjuer ble gjennomført ved hjelp av et strukturert intervjukjema, eller spørreskjema, som besto av både lukkede og åpne spørsmål. I tillegg fulgte vi opp respondentenes svar med utdypende spørsmål for å fange opp deres erfaringer slik de selv uttrykker dem.

Tabell 1 viser hvor mange pasienter vi så langt har intervjuet i de ulike kommunetyper, og tabell 2 (neste side) viser informantene fordelt etter kjønn og alder. Gjennomsnittsalderen var 86 år. Intervjupersonene mottar hjemmesykepleie daglig, fra én til seks ganger i døgnet og har hatt hjemmesykepleie fra fire måneder til 15 år, i gjennomsnitt tre år. De fleste (46 stykker) bor alene, ni bor sammen med ektefelle, og de resterende bor sammen med søsken eller andre.

Tabell 1. Antall intervjuede tjenestemottakere fordelt på kommunetype			
Kommunetype	Antall intervjuede kvinner	Antall intervjuede menn	Alle
Små (< 6000 innb.)	14	4	18 (31 %)
Middels store (10-20000 innb.)	14	7	20 (36 %)
Store (> 30000 innb.)	12	7	19 (33 %)
Totalt	40	18	58 (100 %)

Tabell 2. Undersøkelsens utvalg av tjenestemottakere fordelt på kjønn og alder		
Kjønn	Antall og prosent	Gjennomsnittsalder (spredning)
Kvinner	40 (69 %)	87 år (74-97 år)
Menn	18 (31 %)	83 år (72-95 år)
Begge	58 (100 %)	86 år (72-97 år)

Vi har også intervjuet den nærmeste pårørende til tjenestemottakere i de samme kommunene – til sammen 34 pårørende. Tabell 3 viser dem fordelt på alder og kjønn. Pårørende og tjenestemottaker er rekruttert uavhengig av hverandre. Vi var ikke ute etter opplysninger om tjenestemottakeren i samtalen med pårørende, men de pårørendes synspunkter i lys av deres egne erfaringer. Om en pårørende samtykket og tjenestemottaker ikke ønsket å bli intervjuet, intervjuet vi likevel pårørende – og omvendt. Pårørende og tjenestemottaker ble i informasjonsbrev gjort oppmerksom på at den andre også ble forespurt. I 28 tilfeller ble både tjenestemottaker og pårørende intervjuet. Seks pårørende ble intervjuet uten at tjenestemottaker ble det, og 30 tjenestemottakere er intervjuet uten at deres pårørende deltok i undersøkelsen.

Tabell 3. Pårørende etter kjønn og alder.		
Kjønn	Antall	Gjennomsnittsalder (spredning)
Kvinner	21	58 år (38-81 år)
Menn	13	60 år (43-80 år)

Flertallet av tjenestemottakernes nærmeste pårørende var deres barn, 12 døtre og ni sønner. To var søsken, to var niese eller nevø. Tre svigerdøtre ble intervjuet, og én venn. Fem av informantene var tjenestemottakerens

ektefelle. Tabell 4 viser fordelingen av intervjuede pårørende etter kommunetype.

Tabell 4. Antall intervjuede pårørende fordelt på kommunetype.	
Kommunetype	Pårørende – antall og prosent
Små (< 6000 innb.)	9 (27 %)
Middels store (10-20000 innb.)	15 (43 %)
Store (> 30000 innb.)	10 (30 %)
Totalt	34 (100 %)

Totalt 34 telefonintervjuer ble gjennomført ved hjelp av et strukturert intervju skjema med åpne og lukkede spørsmål. Svar på de åpne spørsmålene ble fortløpende skrevet ned av intervjuer så ordrett som mulig.

Antall ledere i hjemmetjenesten i en kommune varierer med kommunens størrelse og organisasjonsform. Vi har hatt som hovedregel å intervjué én leder per kommune. I en middels stor kommune deltok to avdelinger. Vi intervjuet leder i begge og har derfor informasjon fra i alt sju ledere i denne omgangen. Lederne som inngår i undersøkelsen er såkalte førstelinjeledere, dvs. nærmeste leder for utøvende ansatte i hjemmesykepleien. De ble rekruttert av stipendiaten ved personlig henvendelse etter samtykke fra kommunens ledelse. Lederne ble informert muntlig og skriftlig og ga informert, skriftlig samtykke til intervju. Alle lederne som er intervjuet i forbindelse med denne undersøkelsen er kvinner. Én av lederne har etterutdanning innen ledelse, én er under utdanning, mens én har søkt om opptak til slik utdanning. Lederne har i gjennomsnitt vært i nåværende stilling i to år og har jobbet i den enkelte kommune i gjennomsnittlig ni år. En mer åpen intervjuform gir viktige data fra en gruppe som utgjør nivået mellom pasient/ansatt og overordnet ledelse. Lederne har kunnskap og erfaring fra så vel utøvende som styrende praksis. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd.

3. FÅ ELLER MANGE PLEIERE

Vi har valgt å fokusere på fire faktorer knyttet til det individuelle perspektivet på kontinuitet i analysen som er forankret i tjenestemottakerne og deres pårørende: *Få eller mange pleiere, Å kjenne hverandre, Å vente, Å bli ivaretatt.* I det følgende viser vi først tjenestemottakernes svar, dernest pårørendes. Til slutt vil vi i et eget kapittel presentere informasjon fra lederne vi har intervjuet.

Tjenestemottakerne

På direkte spørsmål om tjenestemottakerne opplevde å ha få eller mange pleiere svarte 90 prosent av informantene at de hadde mange pleiere som hjalp dem. Vi vet ikke hva tjenestemottakerne mener med "mange", men deres vurdering av at hjelperne er mange samsvarer jo med en allmenn oppfatning som også er dokumentert gjennom andre undersøkelser (Næss, 2003). Næss (2003) fant at selv om hjemmeboende, hjelpetrengende eldre fikk hjelp av mange hjelpere, så syntes de fleste likevel at det var et passe antall, og ikke noe problem. Vi ønsket å finne ut om dette også gjaldt våre informanter, jf. tabell 5.

Tabell 5. Hva synes du om det antall pleiere som hjelper deg?			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet – for mange
Altfor mange	10	17	31 %
Litt for mange	8	14	
			Samlet – ikke for mange
Passe/ikke noe problem	39	67	69 %
Litt for få	0	0	
Altfor få	1	2	
Totalt	58	100	100

Vi ser av tabellen at to av tre tjenestemottakere mener antall pleiere er passe/ikke noe problem. Vi har tidligere sett at de har hatt hjemmesykepleie fra fire måneder til 15 år – i gjennomsnitt tre år. Vi har foreløpig ikke sett på om det er noen sammenheng mellom hvor lenge tjenestemottaker har hatt hjemmesykepleie og vurderingen av om antall pleiere er passe, men en kan anta at jo lenger en har mottatt hjemmesykepleie, jo bedre kjenner man pleierne. Å kjenne hverandre kommer vi mer inn på senere i den rapporten. Kjenner man pleierne som kommer, kan det kanskje veie opp for at de er mange. Vi spurte derfor informantene om de kunne fortelle oss hvor mange av de pleierne som hadde vært hos dem i løpet av siste uke, hadde vært hos ham/henne tidligere. Flertallet av informantene (69 %) oppga at alle eller de fleste pleierne hadde vært der tidligere. Femten prosent sa at noen av pleierne hadde vært hos dem før, mens seks informanter (10 %) oppga at de færreste eller ingen hadde vært der før. Tre informanter husket ikke.

Innen sykepleietjenesten har såkalt primærsykepleie, eller primærkontaktsystem, til hensikt å sikre kontinuitet og profesjonalitet ved at én fast sykepleier har særlig ansvar for én eller flere pasienter (Digernes, 1986; Næss, 2005). Vi spurte informantene om de hadde én fast pleier som hadde hovedansvaret for ham/henne – dvs. en primærkontakt, primærsykepleier, kontaktperson eller liknende (i det følgende bruker vi mest uttrykket primærkontakt). Totalt sju av 58 intervjupersoner (13 %) sier at de har én pleier som har et spesielt ansvar for dem. De som oppgir å ha primærkontakt bor i henholdsvis én stor kommune (seks) og i én mellomstor kommune (én), og alle oppgir at primærkontakten er sykepleier. To pasienter oppgir at de har mer kontakt med denne enn med andre pleiere, den ene har kontakt flere ganger i uken mens den andre har kontakt sjeldnere enn én gang per uke. De resterende fire pasientene som oppgir å ha primærkontakt har ikke noe mer kontakt med denne enn med andre pleiere. Fem (9 %) vet ikke om de har primærkontakt, mens 45 (78 %) sier at de ikke har det. Dette kan tyde på at bruk av primærkontaktsystem kanskje ikke er så utbredt i det kommuneutvalget vi benytter her. Vi har snakket med lederne om dette (se side 47), og noen viser til alternative former for organisering av pasientarbeid, for eksempel bruk av såkalte team, eller grupper.

Vi vet at eldre hjelpetrengende er en takknemlig pasientgruppe som nødvendig vil klage eller stille krav (Vabø, 1998), og at dette kan forklare hvorfor de er tilfreds med antall pleiere som hjelper dem til tross for at de er mange. For å utdype dette, spurte vi om det var viktig for dem å ha få pleiere å forholde seg til. Svarene er gjengitt i tabell 6.

Tabell 6. Spørsmål: Hvor viktig er det for deg å ha få pleiere å forholde deg til?			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet – mindre viktig
Ikke i det hele tatt	18	31	41 %
Litt viktig	6	10	
			Samlet - viktig
Ganske viktig	14	24	59 %
Veldig viktig	20	35	
Totalt	58	100	100

Hvis tjenestemottakerne er tilfredse med det antall pleiere som kommer for å hjelpe dem, hvorfor er det da viktig for dem å ha få pleiere å forholde seg til, som vist i tabell 6? Dette er et interessant spørsmål som vi ikke vil få svar på i denne omgang, men det skal følges opp videre i denne undersøkelsen.

Gjennomgående i intervjukjemaet stilte vi åpne spørsmål om konsekvenser knyttet til sentrale spørsmål om kontinuitet. Her er noen av spørsmålene og de svarene vi fikk:

”Kan du komme på en hendelse hvor dette (å ha for mange eller for få pleiere å forholde seg til) har hatt betydning (konsekvenser) for hjelpen du har fått?”

Sitater fra informanter som hadde opplevd lavere kvalitet på tjenestene som følge av antall pleiere:

”Rot med medisinen. Det er for mange som styrer med det.”

"Hadde tidligere hjelp av to pleiere tre ganger i døgnet. Dette var ille. Følte meg overkjørt. De tok makten både fra meg og [pårørende]."

"Det er stor forskjell på pleierne. Noen er flinke til å sette på støttestrømpene. Andre setter de på feil, og da blir det vondt. Dette varierer veldig."

"Det kunne med fordel vært færre. Noen kan ikke fylle opp O2-apparatet, for de har ikke hatt opplæring. Da må jeg gjøre det selv."

"Har sart hud. Blir ikke like godt fulgt opp når det er så mange."

Informanter som ikke oppga å ha opplevd negative konsekvenser ved å ha for mange pleiere å forholde seg til svarte slik:

"Det er bare positivt!"

"Ikke noe problem!"

"Det er bare spennende å se hvem som kommer!"

Vi stilte også spørsmål om konsekvenser ved å ha eller ikke ha primærkontakt:

"Kan du komme på en hendelse hvor dette (fast pleier eller ikke - primærkontakt) har hatt betydning for hjelpen (konsekvenser) du har fått?"

Sitater fra informanter som ikke har primærkontakt:

"Ikke direkte [konsekvenser], men det kunne være greit å ha noen i bakhånd."

"Kom fra sykehus. Ventet en time før noen kom fra hjemmesykepleien."

"Det hadde vært fint å ha en fast person å forholde seg til."

Informanter som hadde primærkontakt var positive til ordningen:

"Primærkontakten hjelper meg med alt, for eksempel å bestille utstyr."

"Gir trygghet og optimisme fordi han kan sakene sine godt."

Pårørende

Vi har stilt pårørende noen av de samme spørsmålene som tjenestemottakerne fikk. Tabell 7 viser pårørendes svar sammenliknet med tjenestemottakers vurdering av viktigheten av å ha få pleiere å forholde seg til.

Tabell 7. Pårørendes og tjenestemottakers vurderinger av viktigheten av å ha få pleiere å forholde seg til.			
Pårørendes svar		Pårørende	Tjenestemottaker
Svaralternativer	Antall (%)	Samlet – mindre viktig	Samlet – mindre viktig
Ikke i det hele tatt	4 (12 %)	21 %	41 %
Litt viktig	3 (9 %)		
		Samlet - viktig	Samlet - viktig
Ganske viktig	8 (23 %)	79 %	59 %
Veldig viktig	19 (56 %)		

Pårørende og tjenestemottaker er forholdsvis enige i at det er viktig at den gamle har få pleiere å forholde seg til. Men i motsetning til tjenestemottakerne, som i hovedsak var fornøyd med det antall pleiere som kom, var pårørende mer kritiske. En dobbelt så stor andel mente at antall pleiere var for mange – jf. tabell 8 på neste side.

Tabell 8. Pårørendes og tjenestemottakers vurderinger av antall pleiere.			
Pårørendes svar		Pårørende	Tjenestemottaker
Svaralternativer	Antall (%)	Samlet – for mange	Samlet – for mange
Altfor mange	14 (41)	65 %	31 %
Litt for mange	8 (24)		
		Samlet – ikke for mange	Samlet – ikke for mange
Passe/ikke noen problem	12 (35)	35 %	69 %
Litt for få	0 (0)		
Altfor få	0 (0)		

Tabell 8 viser at pårørende er mer kritiske til antall pleiere som hjelper tjenestemottakerne. Dette kan illustreres med eksempler på deres svar på følgende spørsmål:

”Kan du komme på en hendelse hvor dette (å ha for mange eller for få pleiere å forholde seg til) har hatt betydning (konsekvenser) for hjelpen din pårørende har fått?”

Pårørende forteller om uheldige konsekvenser av for mange pleiere:

”Når hun er deppa og blir liggende er det ingen som riktig tar tak i det.”

”I fjor da hun hadde feber måtte jeg hjelpe henne til mye mer. Måtte rettlede hva de fra hjemmesykepleien skulle gjøre.

”Det er så mange at beskjeder ikke kommer igjennom.”

”Problemet er ikke antallet, men at de ikke har oversikt over fars tilstand.”

"Mangler kontinuitet. Uro hos [tjenestemottaker]. Mye tid går med på å bli kjent og fortelle om, og avtale hva som skal skje."

"Hun får vanvittig mye spørsmål fra hjemmesykepleien; om tablett, medisiner."

"Hjemmesykepleien må ofte ringe til legen. Blodtrykket svinger, og de skal måle hver dag. Glemmer ofte blodtrykksapparatet. Kanskje sammenheng med for mange personer. De er hyggelige, men en del ting er ikke på plass."

"Oppfølging av personlig hygiene og støtte til bading ville lettere tilrettelegges og gjennomføres med færre pleiere."

Også pårørende fikk spørsmål om mulige konsekvenser for tjenestemottaker å ha eller ikke ha en fast pleier, eller primærkontakt.

"Kan du komme på en hendelse hvor dette (fast pleier eller ikke - primærkontakt) har hatt betydning for hjelpen (konsekvenser) din pårørende har fått?"

De pårørende viser gjennom utsagn at de er mer kritiske enn sine gamle også her:

"Må mase om hjelpemidler til far, ca. åtte forskjellige for å få, fordi det er ingen spesielle å forholde seg til. Ingen som sier at de tar ansvaret, henviser bare videre."

"Vet ikke hvem som kan spørres. Kommer ikke frem til de som skal sørge for at noe blir fulgt opp. Mange kokker, mye søl."

"Fikk drypp som ikke ble oppdaget/fulgt opp fordi pleierne skiftet fra gang til gang. Vikarer kan ikke nok til å oppdage endring."

"[Tjenestemottaker] var veldig sjuk av infeksjon, og det hadde vært betryggende med fast pleier som fulgte opp sårbehandling."

"Beskjeder kommer ikke fram. Dårlig rapportering videre. Lapper blir ikke fulgt opp."

”Medisinsk oppfølging blir ikke videreført og kontrollert. Feil ved fylling av dosett har i noen grad ikke blitt videreført og kontrollert.”

”Utrygghet – at det er mange pleiere å forholde seg til.”

Pårørende forteller om uheldige konsekvenser ved mangel på kontinuitet i betydningen mange pleiere å forholde seg til. De sier at når det ikke er én eller noen faste personer som har et avklart ansvar for den enkelte, kan oppfølgingen bli mangelfull. Manglende oppfølging kan få følger for tjenestemottakerens helsetilstand. Noen tjenestemottakere har også sagt litt om dette, men de virker likevel mindre kritiske enn de pårørende.

4. Å KJENNE HVERANDRE

Tjenestemottakerne

I et individuelt perspektiv er faktorer knyttet til informasjon, kommunikasjon og relasjoner sentralt både for tjenestemottakers opplevelse av kontinuitet og for tjenesteyters oppfølging (Hellesø & Lorensen 2005). De aller fleste informantene mente det var veldig viktig å kjenne pleierne, jf. neste tabell.

Tabell 9. Spørsmål: Hvor viktig er det for deg at du kjenner pleierne som kommer?			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet –mindre viktig
Ikke i det hele tatt	3	5	15 %
Litt viktig	6	10	
			Samlet - viktig
Ganske viktig	18	31	85 %
Veldig viktig	31	54	
Totalt	58	100	100

På spørsmål om informantene kjenner pleierne som kommer for å hjelpe dem, viser det seg at de aller fleste gjør det: 60 % av informantene kjenner alle eller de fleste, 26 % kjenner noen, mens åtte informanter (14 %) kun kjenner de færreste eller ingen. Vi ville også vite om tjenestemottakerne opplevde at pleierne kjente dem, i den forstand at de kjente sider ved deres situasjon som var relevant for tjenesteytingen. Tabell 10 på neste side viser svarene (én informant har ikke svart på dette spørsmålet).

Tabell 10. Spørsmål: I hvilken grad opplever du at pleierne som hjelper deg kjenner din situasjon?			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet – kjenner ikke situasjonen
Ikke i det hele tatt	0	0	5 %
I liten grad	3	5	
			Samlet – kjenner situasjonen
I noen grad	14	25	95 %
I ganske stor grad	21	37	
I stor grad	19	33	
Totalt	57	100	100

Dette samsvarer med svarene i et annet spørsmål som berører informasjon og kommunikasjon: må tjenestemottakerne gi mye av den samme informasjonen om og om igjen? Vi ønsket å spørre informantene om de opplevde det slik, jf. tabell 11 (neste side).

Tabell 11. Spørsmål: Må du informere pleierne om ting de burde vite før de kommer til deg?			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet –må informere
Ja, alltid	1	2	26 %
Som oftest	4	7	
Av og til	10	17	
			Samlet – må ikke informere
Sjelden	10	17	74 %
Aldri	33	57	
Totalt	58	100	100

Informasjonsutveksling er sentralt for helse- og omsorgsarbeid og er en forutsetning for helhet og kontinuitet i et pasientforløp (Hellesø, 2004). I hjemmesykepleien foregår informasjonsutveksling mellom helsepersonell på flere måter: mellom hvert vaktskifte, gjennom muntlige rapporter, og skriftlig gjennom journalføring (Moen, Hellesø & Berge, 2008).

Det er på bakgrunn av tjenestemottakernes svar grunn til å tro at tjenesteyternes informasjonsutvekslingsrutiner stort sett sikrer informerte pleiere. Men noen ganger glipper det når det gjelder detaljer som er viktige for tjenestemottaker – som for eksempel hvordan han eller hun ønsker sengen ordnet for en god natts søvn, eller at det bæres inn ved. Noen ganger kan mangelfull informasjonsutveksling også få konsekvenser for den faglige kvaliteten ved behandling og pleie. Dette illustreres ved utsagn fra tjenestemottakere og pårørende senere i dette kapitlet (neste side). Mulige årsaker til at slik informasjon kan glippe kan være at mindre kjente pleiere kommer for å gi hjelp, enten på grunn av sykdom hos ”de faste”, eller at det omrokkeres av andre årsaker. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 7 der vi presenterer informasjon fra lederne.

Selv om informantene mener det er viktig å kjenne pleierne som kommer, er det mindre viktig for dem å vite hvem som skal komme ved neste besøk. 14 % prosent mener det er veldig viktig, 21 % svarer ganske viktig, og like mange mener det er litt viktig. Resten av informantene (45 %) oppgir at dette ikke er viktig i det hele tatt. Kan det bety at de føler seg trygge på at de kjenner den som kommer, fordi de fleste har vært hos dem tidligere (jfr. side 15), også om det potensielt kan være en ny? Eller er årsaken at de likevel ikke vet hvem som kommer og tilpasser seg situasjonen? Tabell 12 viser at nesten ingen vet på forhånd hvem som kommer ved neste besøk.

Tabell 12. Spørsmål: Vet du på forhånd hvem av pleierne som skal komme og hjelpe deg?			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet –vet hvem som kommer
Ja, alltid	1	2	5 %
Av og til	2	3	
			Samlet – vet ikke hvem som kommer
Sjelden	4	7	95 %
Aldri	51	88	
Totalt	58	100	100

Tjenestemottakerne kan heller ikke i særlig grad påvirke hvem som skal komme for å hjelpe dem. Kun to av informantene (3 %) oppga at de kunne være med på å bestemme hvem som skulle komme for å gi hjelp (se også tabell 22 på side 39).

Vi stilte informantene noen åpne spørsmål også på dette området:

”Kan du komme på en hendelse hvor dette (å måtte gi informasjon de burde vite, eller at pleierne er godt informert) har hatt betydning (konsekvenser) for hjelpen du har fått?”

Her svarer de informantene som har svart direkte på spørsmålet som følger:

"Hadde vondt i ryggen. Fortalte dette til en pleier, og den neste pleieren som kom visste om det."

"Har fast dag til dusj hver uke, men det gikk likevel to uker før jeg fikk dusj."

"Må stadig forklare detaljer om private forhold. Om hvordan senga skal ordnes for å få en god søvn."

"Jeg forteller dem alltid med én gang at jeg har dårlig syn og hørsel."

Et annet spørsmål handlet om å vite eller ikke vite hvem som skal komme for å gi hjelp ved neste besøk:

"Kan du komme på en hendelse hvor dette (å på forhånd vite hvem som kommer eller ikke) har hatt betydning for hjelpen (konsekvenser) du har fått?"

Noen informanter hadde mer positive utsagn om dette:

"Nei, det har ikke noe å bety."

"De vet at jeg ikke vil ha menn til å hjelpe med dusj."

"Nei, jeg står på god fot med alle."

Flere snakket om uheldige konsekvenser av å ikke vite hvem som skulle komme:

"Spesielt sommerferier. Det kommer så mye rart. Ikke vasker de hender, og ikke vet de hva de skal gjøre."

"Vet ikke om det er noen som kan det, som kommer."

"Vet aldri hvem som kommer. De skifter for mye. De vet ikke selv hvem de skal gå til."

”Blir anstrengt og sliten når jeg ikke vet hvem som kommer.”

”Da en ny dukket opp, ble jeg forskrekket fordi han ikke ringte på. Et helt nytt ansikt gjorde meg skremt.

Tjenestemottakerne sier det er viktig for dem å kjenne pleierne, men samtidig er det ikke like viktig å vite hvem som skal komme på neste besøk. Dette kan ha sammenheng med at de så og si aldri vet hvem som skal komme neste gang. Utsagnene over viser at det kan være problematisk og kanskje stressende for den eldre å ikke vite hvem som skal komme. Én informant sier at ”De vet ikke selv hvem de skal gå til” og forklarer kanskje et viktig poeng – at hvem den enkelte pleier skal hjelpe bestemmes fra dag til dag, og at andre kriterier enn pleierkontinuitet ligger til grunn for fordelingen. Dette kommer vi tilbake til i kapitlet med stoff fra intervjuene med lederne.

Pårørende

Tjenestemottakerne mente altså i hovedsak at det var viktig å kjenne pleierne som kom for å hjelpe dem. Vi spurte pårørende om det samme – om de mente det var viktig at tjenestemottaker kjenner pleierne. Tabell 13 samler svarene fra både tjenestemottaker og pårørende og viser at de er ganske enige på dette punktet.

Tabell 13. Pårørendes og tjenestemottakers vurderinger av viktigheten av at tjenestemottaker kjenner pleierne.			
Pårørendes svar		Pårørende	Tjenestemottaker
Svaralternativer	Antall (%)	Samlet – mindre viktig	Samlet – mindre viktig
Ikke i det hele tatt	1 (3 %)	12 %	15 %
Litt viktig	3 (9 %)		
		Samlet - viktig	Samlet - viktig
Ganske viktig	5 (15 %)	88 %	85 %
Veldig viktig	25 (73 %)		

Pårørende ble stilt det samme spørsmålet som tjenestemottakerne om pleiernes kjennskap til tjenestemottakers situasjon. Se tabell 14.

Tabell 14. Pårørendes og tjenestemottakers svar på spørsmål om pleierne kjenner tjenestemottakers situasjon			
Pårørendes svar		Pårørende	Tjenestemottaker
Svaralternativer	Antall (%)	Samlet–kjenner ikke situasjonen	Samlet – kjenner ikke situasjonen
Ikke i det hele tatt	0 (0 %)	6 %	5 %
I liten grad	2 (6 %)		
		Samlet – kjenner situasjonen	Samlet – kjenner situasjonen
I noen grad	13 (38 %)	94 %	93 %
I ganske stor grad	13 (38 %)		
I stor grad	6 (18 %)		

Tabellen viser at både tjenestemottaker og pårørende opplever at tjenesteyterne er informert om mottakerens situasjon. Vi har sett at tjenestemottakerne i mindre grad opplevde å måtte informere pleierne om ting de burde vite, noe som langt på vei samsvarer med deres inntrykk av at pleierne kjenner deres situasjon.

Pårørende opplever imidlertid til en viss grad å måtte informere pleierne om ting de burde vite om tjenestemottaker, selv om de fleste opplever at pleierne er godt informert. Litt over halvparten (53 %) sier de ikke behøver å informere pleierne i det hele tatt (23 %), eller i liten grad (29 %), mens de resterende opplever i ulik grad å måtte informere; 23 % i noen grad, 15 % i ganske stor grad og 18 % i stor grad.

Vi stilte pårørende et åpent spørsmål om opplevde konsekvenser av å måtte informere/ikke informere pleierne om ting de burde vite:

”Kan du komme på en hendelse hvor dette (å måtte gi informasjon de burde vite, eller at pleierne er godt informert) har hatt betydning for hjelpen (konsekvenser) din pårørende har fått?”

De pårørende som svarte direkte på dette spørsmålet fokuserte på noen uheldige konsekvenser av å måtte gi informasjon pleierne burde vite:

”Mangler oppfølging etter sykehusinnleggelse. Har blitt tatt opp uten at noe skjer.”

”Folk fra en annen sone og vikarer (i sommerperioden) vet for lite om hvem de skal hjelpe. Må minnes på hva som skal gjøres, og hvordan. systemet er svakt.”

”Ikke fått hjelp til tann- og munnstell på lang tid. Kan ikke pusse tennene selv, men har ikke fått noe hjelp. Må spørre hver gang – ber ikke selv.”

”[Tjenestemottaker] er avhengig av at de bærer ved til han når det er kaldt ute. Dette er et oppdrag som ikke alle pleierne utfører.”

Pårørendes og tjenestemottakers svar er ganske sammenfallende. En noe større andel pårørende enn tjenestemottakere mener det er viktig for tjenestemottaker å kjenne pleierne, selv om begge i hovedsak mener det er viktig. Det handler kanskje om at pårørende ønsker trygghet for den gamle, og at de selv ønsker å føle seg trygge på at den gamle får god hjelp og omsorg. En større andel pårørende enn tjenestemottakere gir uttrykk for at de må informere pleierne om ting de burde vite om ham eller henne, og de har gitt oss eksempler på uheldige konsekvenser av mangelfull informasjonsutveksling.

5. Å VENDE

Tjenestemottakerne

Når det gjelder hjemmebaserte tjenester, spiller tid og tidspunkter en sentral rolle. Om det er forutsigbarhet med hensyn til tidspunkt for når hjelpen kommer, om tjenestemottaker kan være med på å bestemme tidspunktet, om tjenestemottaker må vente lenge, om tjenesteyter har nok tid til den enkelte, og hvilke konsekvenser dette kan ha for dem. Dette er forhold vi har stilt informantene våre spørsmål om. Vi presenterer en oversikt over svarene i det følgende.

Først presenteres informantenes vurdering av hvor viktig de mener det er å vite på forhånd *når* pleierne skal komme for å gi hjelp, jf tabell 15.

Tabell 15. Spørsmål: Hvor viktig er det for deg at du vet på forhånd når pleierne kommer for å hjelpe deg?			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet – mindre viktig
Ikke i det hele tatt	7	12	27 %
Litt viktig	9	15	
			Samlet - viktig
Ganske viktig	19	33	73 %
Veldig viktig	23	40	
Totalt	58	100	100

Informantene er tydelige på at det var viktig for dem å vite når pleierne skulle komme. Å ha kontroll over tiden gir forutsigbarhet og muligheter til å planlegge dagen. Vi spurte dem videre om hvordan dette var – kom pleierne til faste tider? Svarene presenteres i tabell 16.

Tabell 16. Spørsmål: Kommer pleierne for å hjelpe deg til faste tider?			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet – faste tider
Ja, alltid	8	14	66 %
Som oftest	19	33	
Av og til	11	19	
			Samlet – ikke faste tider
Sjelden	11	19	34 %
Aldri	9	15	
Totalt	58	100	100

Tabellen viser at pleierne stort sett kommer til faste tider. Intervjuernes notater fra intervjuene viser imidlertid at dette spørsmålet kanskje ble oppfattet annerledes enn forutsatt. Vi ønsket å spørre informantene om de hadde faste tidspunkt å forholde seg til, dvs. om de visste når pleierne skulle komme. Svarene må ses i lys av følgende: tjenestemottakerne får i følge intervjuernes notater en tidsramme, eller en *cirka-tidspunkt* å forholde seg til. Dette er tidligere beskrevet i annen forskning (Thorsen 1998; Vabø 1998). Skal tjenestemottaker få hjelp til for eksempel morgenstell, gir tjenesten beskjed om at tjenesteyter vil komme mellom kl. 9 og kl. 12. Til tross for at hjelpen ofte kommer innen et tidsrom på hele tre timer, kan det se ut til at dette tolkes av tjenesteyterne som "faste tider."

På spørsmål om tjenestemottakerne opplevde å måtte vente lenge på at pleieren skulle komme for å gi hjelp, sa litt over halvparten at de sjelden eller aldri måtte vente lenge på hjelp (55 %). Noen færre (43 %) opplevde å måtte vente – av og til (26 %), som oftest (15 %) eller alltid (2 %). Én informant har ikke besvart dette spørsmålet. Vi spurte alle et annet spørsmål om venting – hvor lenge de på det meste har måttet vente. Mange hadde ikke måttet vente i det hele tatt (41 %), mens én informant sa at hun hadde ventet i seks timer på det meste. Gjennomsnittlig ventetid var halvannen time.

Informantene kan bare i begrenset grad bestemme *tidspunkt* for hjelp, jf. tabell 17 (vi ser nærmere på medbestemmelse i kapittel 6).

Tabell 17. Spørsmål: I hvilken grad kan du være med å bestemme når de skal komme fra hjemmesykepleien for å hjelpe deg?			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet – kan ikke bestemme
Ikke i det hele tatt	33	57	76 %
I liten grad	11	19	
			Samlet – kan bestemme
I noen grad	7	12	24 %
I ganske stor grad	5	9	
I stor grad	2	3	
Totalt	58	100	100

Ved hjelp av åpne spørsmål knyttet til faste tider og venting fikk vi innblikk i hvordan noen informanter hadde opplevd at dette fikk uheldige konsekvenser for dem:

Pårørende må gi hjelpen i stedet for hjemmesykepleien:

”Mannen min hjelper meg med kveldsstellet om de er sene.”

”Konen min må da hjelpe meg når de kommer sent.”

Gjøremål utsettes eller avlyses:

”Jeg kommer ikke ut fordi jeg må sitte og vente.”

”Vanskelig å ha avtaler som lege og frisør. Vet aldri når de kommer.”

”Måtte ringes etter og kom først klokken 12. Fikk ikke hjelp til å kle på meg.”

”Sitter lenge passivt og venter. Tør ikke gå i gang med arbeid.”

”Det har hendt at de ikke kommer.”

”Blir så sen frokost.”

”Jeg kommer ikke ut når jeg vil.”

Noen blir urolige:

”Når hjelpen ikke kommer om kvelden kl. 22.15, blir jeg engstelig om noe har skjedd med dem.”

”Blir urolig i magen hvis de ikke kommer til fast tid.”

”Det gir litt mye spenning i hverdagen.”

Noen forteller om helse- eller behandlingsmessige konsekvenser:

”Synes det hadde vært best om de fikk kommet tidlig med frokostmedisin, og ikke når det er langt på dag.”

”Blir sår i baken (grunnet medisinsk tilstand).”

”Problematisk ved skifte av smerteplaster.”

”Falt, kom ikke opp, lå på badegulvet. Hjemmesykepleien hadde glemt nøkkel. Jeg sendte bud på dem, og de hjalp meg opp.”

”Jeg avviser hjelp om de kommer etter 11.”

”Må stå opp uten å få tatt på [kompresjons]strømper først. Beina hovner opp. Det gjør det vanskeligere å få på strømper, og det gjør vondt.”

Andre informanter tilpasser seg eller sier det ikke er viktig for dem:

”Har ikke betydning. De kommer alltid før leggetid.”

”Hvis jeg skal ut på noe annet gir jeg bare beskjed.”

”Sjelden gang når jeg skal bort må jeg ringe og si fra, så kommer de etter avtale.”

”Det har ikke noe å bety.”

”Har ikke betydning fordi jeg alltid er hjemme.”

”Nei, er ledig støtt.”

”Nei, sitter her lell.”

”Nei, vi må bare innordne oss.”

Å ikke vite når pleierne skal komme, å vente og å ikke kunne bestemme tidspunkt, er det som griper mest inn i informantenes hverdag. For noen påvirker ventingen livskvaliteten ved at de blir sittende passive og vente eller ikke kan planlegge dagen sin. For andre får ventingen direkte konsekvenser for kvaliteten av den hjelpen de får.

Pårørende

Vi spurte pårørende om de mener det er viktig at tjenestemottaker vet på forhånd når pleierne skal komme (tabell 18), og om de selv mener det er viktig å vite det samme (tabell 19).

Tabell 18. Pårørendes og tjenestemottakers vurderinger av viktigheten av at tjenestemottaker på forhånd vet når pleierne kommer for å gi hjelp.			
Pårørendes svar		Pårørende	Tjenestemottaker
Svaralternativer	Antall (%)	Samlet – mindre viktig	Samlet – mindre viktig
Ikke i det hele tatt	1 (3 %)	12 %	27 %
Litt viktig	3 (9 %)		
		Samlet – viktig	Samlet - viktig
Ganske viktig	11 (32 %)	88 %	73 %
Veldig viktig	19 (56 %)		

Vi ser at pårørende mener det er viktigere at tjenestemottaker på forhånd vet når pleierne skal komme enn det tjenestemottakerne selv synes.

Tabell 19.			
Påstand: Det er meget viktig at jeg som pårørende vet på forhånd når pleierne kommer for å hjelpe ham/henne (En informant har ikke svart på dette spørsmålet)			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet –mindre viktig
Ikke i det hele tatt	3	10	45 %
Litt viktig	11	35	
			Samlet - viktig
Ganske viktig	9	29	55 %
Veldig viktig	18	26	
Totalt	33	100	100 %

Et flertall av de pårørende mener det er viktig at de vet når deres gamle skal få hjelp. Dette kan nok ha betydning for dem når det gjelder å ha kontakt med ham eller henne – å vite når de kan komme på besøk eller ringe, eller kanskje for å kunne ta kontakt med tjenesteyter som kommer. Det å vite når tjenestemottaker får hjelp er altså viktig for dem begge.

6. Å BLI IVARETATT

Tjenestemottakerne

Å motta hjemmebaserte tjenester betyr at hverdagen endres. Tjenestene griper direkte inn og påvirker muligheten til å leve som før. Det er viktig at tjenestemottakerne får virksom behandling og pleie som dekker grunnleggende behov – utført på en god måte, og til rett tid. Det er vanskeligere å definere og måle opplevelsen av å bli ivaretatt – noe som er viktig når eget hjem også blir andres arbeidsplass.

Vi stilte informantene noen spørsmål om dette; om de opplever at pleierne har tid til, og omsorg for dem, og om de selv kan være med å bestemme.

Tabell 20 viser fordelingen av svar på spørsmål om opplevelsen av omsorg.

Tabell 20. Spørsmål: I hvilken grad opplever du at pleierne har omsorg for deg?			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet – har ikke omsorg
Ikke i det hele tatt	0	0	12 %
I liten grad	7	12	
			Samlet – har omsorg
I noen grad	9	15	88 %
I ganske stor grad	16	28	
I stor grad	26	45	
Totalt	58	100	100

Å ha nok tid til tjenestemottakerne kan være vanskelig i hjemmebaserte tjenester. Vi kan anta at de ansatte er presset, og at de må gi hjelp til mange i løpet av kort tid. Dette kan medføre at tjenestemottakere opplever at tjenesteyterne "snur i døra" og ikke gir god nok tid til omsorg. Tabell 21 viser spørsmål og svar om tid nok eller ikke.

Tabell 21. Spørsmål: I hvilken grad opplever du at pleierne har nok tid til deg?			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet – har ikke nok tid
Ikke i det hele tatt	7	12	31 %
I liten grad	11	19	
			Samlet – har nok tid
I noen grad	13	22	69 %
I ganske stor grad	16	28	
I stor grad	11	19	
Totalt	58	100	100

Medbestemmelse, eller brukervedvirkning har stort fokus i dagens helsevesen. Vi stilte informanten noen spørsmål om dette, som vist i tabell 22, 17 (s. 33) og 23.

Tabell 22. Spørsmål: I hvilken grad kan du være med å bestemme hvem som skal komme hjem til deg?			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet – kan ikke bestemme
Ikke i det hele tatt	52	90	97 %
I liten grad	4	7	
			Samlet – kan bestemme
I noen grad	0	0	3 %
I ganske stor grad	0	0	
I stor grad	2	3	
Totalt	58	100	100

Tabell 23. Spørsmål: I hvilken grad kan du være med å bestemme hva du skal ha hjelp til?			
	Antall	Prosent	Samlet – kan ikke bestemme
Ikke i det hele tatt	10	18	35 %
I liten grad	10	17	
			Samlet – kan bestemme
I noen grad	11	19	65 %
I ganske stor grad	10	18	
I stor grad	16	28	
Totalt	57	100	100

Tjenestemottakernes egne preferanser skal veie tungt når beslutninger tas, og det er sentralt i kvalitetsforskriften (HOD, 2003) at en skal ivareta det enkelte mennesket. Helsetjenestene skal utformes og planlegges i samspill med tjenesteyter, som skal bidra aktivt om mulig. Vi ser av tabellene 17 (s. 33) og 22 at informantene i liten grad ser ut til å kunne være med å bestemme hvem som skal komme, og tidspunkt for når de skal komme. De opplever imidlertid større grad av medbestemmelse når det gjelder innholdet i hjelpen (tabell 23). Dette gjenspeiler nok dagens situasjon hvor lederne - av ulike årsaker vi kommer inn på i kapittel 7 – har vanskeligheter med å sikre forutsigbarhet når det gjelder hvem som skal gi hjelp til den enkelte, og når de skal gi den.

Pårørende

For pårørende er det selvsagt viktig at deres gamle blir ivaretatt. Pårørendes involvering anses også å være sentralt for å sikre gode tjenester, spesielt til de skrøpelige tjenestemottakerne (Eika, 2006).

Tjenestemottakerne ga inntrykk av at de i stor grad opplevde omsorg når de mottok tjenester. Vi stilte samme spørsmål til pårørende – om de opplevde at pleierne hadde omsorg for tjenestemottakerne. Tabell 24 viser deres svar og samtidig en oversikt over tjenestemottakernes svar.

Tabell 24. Pårørendes og tjenestemottakernes svar på spørsmål om pleierne har omsorg for tjenestemottaker.			
Pårørendes svar		Pårørende	Tjenestemottaker
Svaralternativer	Antall (%)	Samlet – har ikke omsorg	Samlet – har ikke omsorg
Ikke i det hele tatt	1 (3)	6 %	12 %
I liten grad	1 (3)		
		Samlet – har omsorg	Samlet – har omsorg
I noen grad	6 (18)	94 %	88 %
I ganske stor grad	11 (32)		
I stor grad	15 (44)		

Både pårørende og tjenestemottakere mener at pleierne har omsorg for mottaker. I motsetning til flere andre forhold ved hjemmesykepleien, er de enige om dette

Vi ville også vite om pårørende opplevde at pleierne hadde omsorg også for *dem* når de hadde behov for det. Pårørende er en viktig ressurs, både for tjenestemottaker og tjenesteyter, og de kan kanskje selv ha behov for omsorg når hverdagen blir krevende (Vabø, 1998). Like mange pårørende opplevde at pleierne hadde omsorg for dem (44 %), som de som ikke opplevde dette (44 %). Resten (12 %) mente dette ikke var aktuelt for dem. Vi har i denne omgang ikke sammenliknet svarene mellom de pårørende som oppgir å bo sammen med eller nært, med de som bor lengre unna tjenestemottaker. Trolig har det mer betydning for en pårørende som bor sammen med eller nært tjenestemottaker og/ eller har ofte kontakt å oppleve omsorg og tid, enn de som involverer seg i mindre grad.

Om pleierne har nok tid til tjenestemottaker eller ikke, fikk også pårørende spørsmål om. Tabell 25 viser deres svar sammen med tjenestemottakers.

Tabell 25. Pårørendes og tjenestemottakers svar på spørsmål om pleierne har nok tid til tjenestemottaker.			
Pårørendes svar		Pårørende	Tjenestemottaker
Svaralternativer	Antall (%)	Samlet – har ikke tid	Samlet – har ikke tid
Ikke i det hele tatt	3 (9 %)	27 %	31 %
I liten grad	6 (18 %)		
		Samlet – har tid	Samlet – har tid
I noen grad	10 (29 %)	73 %	69 %
I ganske stor grad	7 (21 %)		
I stor grad	8 (23 %)		

Også her viser svarene godt samsvar mellom pårørendes og tjenestemottakernes oppfatninger.

Pårørende fikk spørsmål om de opplevde at pleierne hadde tid også til dem, dersom de hadde behov for det; 32 % svarte ”i stor grad”, 21 % ”i ganske stor grad” og 12 % ”i noen grad”. Få opplevde at pleierne ikke hadde tid: 3 % opplevde at pleierne ikke hadde tid i det hele tatt, mens 12 % oppga at pleierne i liten grad hadde tid til dem. Tjue prosent mente dette ikke var aktuelt for dem.

Det er som nevnt stort fokus på bruker- eller pasientmedvirkning i dagens helsevesen. Pårørendes medvirkning har ikke i like stor grad vært gjenstand for oppmerksomhet (Hegli, 2007). Hvordan opplever pårørende å kunne medvirke i planlegging og utføring av tjenester til tjenestemottakeren?

Vi spurte pårørende hvor viktig det var for dem å kunne være med på å bestemme *hvem* som skal komme for å hjelpe tjenestemottaker, *når* de skal komme, og *hva* han eller hun skal ha hjelp til. Pårørende svarte som følger:

Tabell 26. Spørsmål: Hvor viktig er det for <u>deg</u> å kunne være med å bestemme:			
Spørsmålsalternativer	Hvem som skal komme hjem til ham/henne for å hjelpe ham/henne	Når de skal komme fra hjemmesykepleien for å hjelpe ham/henne	Hva han/ hun skal ha hjelp til
Svaralternativer	Antall (%)	Antall (%)	Antall (%)
Ikke i det hele tatt	14 (41 %)	12 (35 %)	8 (24 %)
Litt viktig	11 (32 %)	5 (15 %)	6 (18 %)
Ganske viktig	5 (15 %)	8 (24 %)	9 (26 %)
Veldig viktig	4 (12 %)	9 (26 %)	11 (32 %)
Totalt	34 (100 %)	34 (100 %)	34 (100 %)

Vi ser av svarene at pårørende mener det er viktigst å kunne påvirke innholdet i hjelpen, noe mindre viktig å kunne påvirke tidspunkt for hjelpen og minst viktig hvem som skal komme for å gi hjelp.

Pårørendes *samarbeid* med tjenesten virker å være forholdsvis godt. Tabell 27 og 28 viser to ulike spørsmål om dette.

Tabell 27. Spørsmål: Hvordan snakker du og hjemmesykepleien sammen?			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet – god kommunikasjon
Veldig godt	13	39	85 %
Godt	15	46	
			Samlet – mindre god kommunikasjon
Verken/eller	4	12	15 %
Dårlig	0	0	
Veldig dårlig	1	3	
Totalt	33	100	100 %

Tabell 28. Spørsmål: Hvordan opplever du som pårørende samarbeidet med hjemmesykepleien?			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet – godt samarbeid
Svært godt	9	27	65 %
Nokså godt	13	38	
			Samlet – mindre godt samarbeid
Verken/eller	8	23	35 %
Dårlig	0	0	
Svært dårlig	4	12	
Totalt	34	100	100 %

Samarbeid mellom pårørende og tjeneste/tjenesteyter er viktig for å sikre gode tjenester til tjenestemottaker (Hegli, 2007). Vi spurte informantene om de mente et slikt samarbeid hadde betydning for kvaliteten på tjenesten som ble gitt. Svarene presenteres i tabell 29.

Tabell 29. Spørsmål: Har samarbeidet mellom deg og tjenesten betydning for kvaliteten på pleien til din pårørende?			
Svaralternativer	Antall	Prosent	Samlet –har ikke betydning
Nei, ikke i det hele tatt	9	26	35 %
I liten grad	3	9	
			Samlet – har betydning
I noen grad	12	35	65 %
Ja, stor grad	10	30	
Totalt	34	100	100 %

Vi stilte et åpent spørsmål om opplevde konsekvenser ved godt eller mindre godt samarbeid:

”Kan du komme på en hendelse hvor dette (godt eller mindre godt samarbeid) har hatt betydning (konsekvenser) for hjelpen din pårørende har fått?”

Informantene som har svart på dette spørsmålet viser til at deres innsats har ført til bedre kvalitet på tjenesten:

”Bidratt til å vise det pleiebehovet hun har behov for. Fungerte dårlig i startfasen, men bedre nå etter mye pågang fra meg.”

”Fikk til ordning med rasjonering av (medikamenter) som holder abstinenser unna.”

”Avtale om hvordan firing skal følges opp av hhv svigerdatter og hjemmesykepleien i kalde perioder, så det ikke slukker ut.”

”Etter kontakt i forbindelse med sårstell – [tjenestemottaker] har opplevd at enkelte har endret seg til det positive.”

”[Tjenestemottaker] ble akutt dårlig og fikk lege hjem. Ingen informasjon mellom lege og hjemmesykepleie. Jeg måtte ta kontakt med hjemmesykepleien [utstyr]. Tok lang tid før alt kom i et system. Jeg hadde ansvar for alt dette før det kom i stand.”

”Helt i begynnelsen var det viktig. Nå er hun blitt bedre, og hjemmesykepleien fungerer noenlunde.”

Noen er usikre på hvordan det hadde vært om de hadde klaget:

”Jeg mistenker at det [at samarbeidet er godt] er fordi jeg ikke har klaget og mast så mye enda. Vet ikke hvordan det hadde blitt hvis jeg hadde ”satt inn støtet.”

Svarene fra pårørende viser at deres innsats har vært avgjørende for at deres gamle har fått den hjelpen han eller hun hadde behov for. Pårørendes innsats har også sørget for at hjelpen ble gitt på en - etter deres syn - riktig måte. Det å ha aktive pårørende – og samarbeid mellom pårørende og tjenesten - kan med andre ord være meget viktig for at tjenestemottakeres behov blir ivaretatt.

7. MULIGE ÅRSAKER TIL MANGEL PÅ KONTINUITET SLIK LEDERNE SER DET, OG HVA DE GJØR FOR Å BEDRE DEN

Vi har intervjuet til sammen sju ledere fra seks kommuner – to store, to middels store og to små kommuner. Lederne er såkalte førstelinjeledere, det innebærer at de er nærmeste leder til utøvende helsepersonell. Vi gjennomførte halvstrukturerte intervjuer med lederne, dvs. at vi hadde åpne spørsmål som var like for alle ledere. I denne rapporten velger vi å fokusere på to av spørsmålene vi stilte:

- 1) Hva lederne mener kan være årsakene til mangel på kontinuitet og
- 2) Hva de gjør for å sikre kontinuitet.

Mulige årsaker til mangel på kontinuitet

Ressurser

Ressursmangel i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er en kjent problemstilling som også lederne vi intervjuet trakk frem. Det var særlig de store og middels store kommunene som fokuserte på ressursproblematikk når de snakket om mulige årsaker til mangel på kontinuitet.

Eksempler fra de to middels store kommunene viser at hensynet til økonomi veier tungt når arbeidshverdagen i hjemmesykepleien skal organiseres. Begge kommunene har delt tjenesten inn i geografiske soner:

” Vi har én felles turnus, og alle skal kunne jobbe over alt, men vi har en fast kjerne som ”hører til” på den ene sonen. Hvilken sone den enkelte jobber i kan variere daglig. Ideelt sett burde det være én fast gruppe på sone 1 og én fast gruppe på sone 2, men så kommer hensynet til økonomi inn. Det handler om at personalet må være fleksibelt og steppe inn når noen er borte, for vi er avhengig av å bruke personalet der det trengs. Det tas derfor ikke spesielt pasienthensyn når det gjelder fordeling. De fleste pleierne har vært innom de fleste pasientene.”

”Vi ser om sonene er pressa, og vi må da enten omrokkere på personalet eller pasientene. Noen ganger velger vi å flytte pasienter til

en annen sone på grunn av ressursmangel. Vi velger de som er klare i hodet og som har lettere besøk - som å sette på støttestrømper, lage mat – de som ikke krever den kontinuiteten rent faglig.”

I en stor kommune spiller også pris på tjenestene inn når det gjelder organisering:

”Det er jo økonomi inne i bildet også – i forhold til vedtak, at for eksempel praktisk bistand overtar enkelte besøk fordi de har lavere timepris: Mat, dusj, slike ting. Vi går igjennom alle brukerne innimellom og flytter noen over til praktisk bistand fordi det er enkle oppgaver. Noen flyttes tilbake ved behov for sykepleie, for eksempel ved sår og slikt.”

En leder i en stor kommune forteller at det forventes effektivitet – noe som kan påvirke kontinuiteten ved ressursmangel:

”Vi skal ha 55 % effektiv brukertid. Det vanskeliggjør møter og faglige diskusjoner. Vi har tre-fire som er langtidssykemeldte til enhver tid og får da ofte inn ekstravakter som er ufaglærte. Da må fagfolket fordeles på flere. Sonene er store – det er mange ansatte og mange brukere”

Den andre store kommunen nevner også bemanning som en årsak til mangel på kontinuitet:

”Særlig i helgene er vi få på vakt, og man må prioritere der det trengs hjelp først. De som har nødvendige pleiebehov, og som trenger hjelp til faste tider, får det til noenlunde faste tider. De som kun har hjelp til strømper og frokost, for eksempel, må man dessverre nedprioritere når det er få folk på jobb.”

Organisering

Kommunene organiserer tjenestene på ulike måter. Vi skal ikke se på detaljene rundt kommunenes organisasjonsformer i denne omgang. Vi vil ha fokus på den daglige organisering av tjenesten og ikke den overordnede, politisk bestemte organiseringen. De enkelte kommunetyperne kan sies å ha noen likhetstrekk når det gjelder organisering av den daglige driften, med ett

unntak, som vi skal omtale noe senere i dette kapitlet. Organisering av tjenesten ser ut til å både kunne tilrettelegge for og svekke kontinuiteten for tjenestemottakeren.

Begge de to store, og én av de middels store kommunene i vårt utvalg har "primærkontaktsystem". Det er et velkjent system for å sikre kontinuitet og profesjonalitet innen helse- og omsorgstjenester. Det viser seg at selv om kommunen oppgir å ha primærkontaktsystem, er det ikke gitt at denne ordningen sikrer opplevelsen av kontinuitet for tjenestemottaker. Det er nemlig ikke gitt at tjenestemottaker vet at han eller hun har en primærkontakt. Dette kan forklare at kun sju av 58 informanter oppga å ha primærkontakt (side 15). Mange visste altså ikke at de faktisk *hadde* én pleier med et særskilt ansvar for dem. Lederne som oppga at de hadde primærkontaktsystem (tre kommuner) svarte som følger på spørsmål om tjenestemottakerne visste hvem primærkontakten var:

"Noen av brukerne vet det vel, men så lenge de ikke spør, har vi ikke gitt informasjon om det."

"Noen vet det sikkert, men ikke alle. De blir ikke informert direkte, men jeg er sikker på at den som er det sier fra om det."

"Ja, de får vite det når de ansatte bytter sone."

Lederen i den andre store kommunen sier at det i følge rutinene skal informeres om hvem som er primærkontakt. Seks av sju informanter som oppga å ha primærkontakt bor i denne kommunen.

"Når vi får en ny bruker, lager vi en brukermappe. Det står ikke i brukermappen hvem primærkontakten er når brukeren får den, for det er ikke alltid teamsykepleier har sagt hvem som skal være primærkontakt. Den som er primærkontakt må si fra til pasienten. Om det alltid blir gjennomført vet jeg ikke, men jeg tror de fleste er oppmerksomme på det. De har omsorg for brukerne sine."

Én middels stor kommune og begge de små har valgt å ikke ha primærkontaktsystem.

De to middels store kommunene har organisert hjemmesykepleien etter geografiske soner. Den ene av dem har noe de kaller faste team som består av to eller flere personer som har én fast gruppe pasienter å forholde seg til over en periode på tre måneder. Dette betyr at tjenestemottakerne som tilhører den enkelte sone må forholde seg til nye team med jevne mellomrom. Det er flere årsaker til at det "rulleres" - som lederne kaller ordningen med å bytte sone etter tre måneder:

"Vi tenker på det, dette med kontinuitet. På den annen side så rullerer vi da. Vi har primærkontakt og sekundærkontakt som har ansvar for et visst antall pasienter. De har noen pasienter på hver rute. Vi prøver å rullere hver tredje måned, så sann sett er det imot kontinuitet. Teamet rulleres – de får en ny rute. Vi ser det som positivt å komme med nye øyne, gjøre nye vurderinger. Vi har også noen [pasienter] som er så krevende og tunge at vi rullerer hver måned. Faglig sett er det godt å bytte. Noen [ansatte] vil bytte tidligere, andre vil ikke bytte i det hele tatt.

Den andre lederen i samme kommune peker på både fordeler og ulemper med et slikt system.

"Området er delt i fire soner med like mange årsverk på alle sonene og lik fordeling av kompetanse. Fordelen med en slik organisering er at vi forsøker å få til en viss kontinuitet. Det gir bedre kontinuitet at ikke 40 ansatte behøver å blande seg i alt. Men det fungerer dårlig når det er fravær, da må alle hjelpe til på tvers av sonene.

De små kommunene organiserer tjenestene ulikt. Den ene kommunen har integrert hjemmebaserte tjenester og sykehjem. Dette kalles "den store integrasjonsmodellen" og innebærer at institusjons- og hjemmebaserte tjenester er helt integrert. Det betyr at alle ansatte jobber både ute i hjemmebaserte tjenester og inne på sykehjemmet (Helset 1998). Lederen i denne kommunen beskriver mulige ulemper med en slik organisering i lys av spørsmål om kontinuitet:

”Tidsklemma. De som jobber ute [i hjemmesykepleien] kjenner på at det er travelt inne [i sykehjemmet] og kan kjenne stress fordi de må skynde seg slik at de kan hjelpe til. Vi har også fått reaksjoner fra pasienter i hjemmesykepleien at det er for mange å forholde seg til.”

Den andre av de små kommunene i utvalget har som de middels store kommunene delt tjenesten inn i geografiske soner – her delt i to. Lederen forteller at hun gjerne skulle sett at det var fast personell på hver sone, men at personalet hennes ønsker det annerledes:

”At det ikke er faste folk på sone 1 og sone 2. Vi prøver å få til at noen kanskje går på samme sone to dager på rad. Jeg skulle gjerne ønsket at det var faste grupper, men de [personalet] vil ha mer forandring. De synes det blir for ensformig å bare være på én sone. Det kan skje at det å følge opp tiltak ikke blir så godt som når det er faste som følger opp til enhver tid. Det kan bli mer rot. Noen brukere sier fra og vil ikke ha for mange inn til seg.”

Informasjonsutveksling

Dokumentasjon i pasientjournalen er et viktig verktøy for informasjonsutveksling. Med oppdatert, skriftlig dokumentasjon følges pasientforløpet i pasientens journal og medvirker til at pasientens sikkerhet ivaretas. Informasjonsutveksling er en viktig faktor for å oppnå kontinuitet i pasientforløpet (Hellesø & Lorensen 2005). I kapittel 4 (side 22) så vi at tjenestemottakerne i hovedsak opplevde at tjenesteyterne var godt informert om deres situasjon, noe som kunne tyde på god kommunikasjon innad i tjenesten. Muntlig informasjonsutveksling gjennom muntlige rapporter har lang tradisjon innen sykepleietjenestene (Moen m.fl). Dette kan være en sannsynlig årsak til at personalet i hovedsak er informert om tjenestemottakers situasjon når de kommer til ham eller henne. De fleste lederne påpeker imidlertid at tjenesten kan bli bedre til å dokumentere skriftlig i pasientjournal. Dette kan illustreres ved følgende utsagn:

”Det har ikke vært kultur for å skrive i elektronisk pasientjournal, kanskje på grunn av dataskrekk. Det har vært tradisjon for muntlig rapport.”

”Vi er ikke flinke nok til å dokumentere etter hver vakt. Nå skjer informasjonsutvekslingen ved muntlige rapporter ved vaktskiftet.”

Hva lederne gjør for å sikre kontinuitet

Opplæring og oppfølging av personalet

Det ble nevnt over at de fleste lederne ønsket at de ansatte ble bedre til å dokumentere i pasientjournalen. Ved direkte spørsmål om hva de gjorde for å sikre eller bedre kontinuiteten, svarte de fleste at de arbeidet med å bedre kvaliteten på journalføringen i avdelingen gjennom opplæring og oppfølging av personalet:

”Vi har gjort kompetansekartlegging og satt i gang opplæring på data. Vi skal bli flinkere til å oppdatere IPLOS – at alle primærkontakter skal lære seg å gjøre dette slik at dette blir gjort.”

”Dokumentasjon. Vi har lagt om rapportsystemet vårt og har en prosess på dette. Satser på å bedre dokumentasjonen, blant annet å skrive ned heller enn å rapportere alt muntlig. Nå har vi begynt å ta ut all dokumentasjon daglig og leser igjennom. Vi har innført tiltaksplan.”

”Dokumentasjon er viktig for å sikre kontinuitet. Er dokumentasjonen i orden, så gjør det ingen ting om det er mange mennesker på jobb. Det skal stå klart og tydelig hva som har skjedd, og hva de skal gjøre. Vi jobber nå med forbedring av dokumentasjonen ved bruk av tiltaksplaner. Det kommer til å gi bedre tjenester.”

”Vi skal kurse ansatte på elektronisk pasientjournal og dokumentasjon. Jeg krever at de ansatte går inn og leser i journalen og ikke bare stoler på muntlig rapport.”

Lederne har ansvar for å følge opp de ansatte, både når det gjelder sykefravær og å sørge for at de utfører gode tjenester. Én leder mener sykefraværsoppfølging er viktig, og at de ekstravaktene og vikarene som benyttes kjenner tjenestemottakerne godt. En annen arbeider med å ansvarliggjøre sine ansatte, særlig når det gjelder å gjøre de oppgavene de skal som primærkontakter. Hun forteller om primærkontakter som ikke følger opp sitt ansvar, som å ha kontakt med pårørende, bestille nødvendig utstyr og sørge for å være ofte hos "sine" tjenestemottakere.

Organisering

Vi har sett at halvparten av kommunene i utvalget hadde primærkontaktsystem. Den middels store kommunen som valgte å ikke ha primærkontaktsystem, mener å ivareta kontinuitet ved hjelp av to fagsykepleiere som skal ha oversikt over alle tjenestemottakerne og all relevant informasjon om dem. De leser rapporten daglig, har kontakt med bestillerenheten, lege, sykehus, sykehjem og andre faginstanser. De har tett kontakt med leder, og de veileder personalet. De sitter i ansvarsgrupper og revurderer tjenestene til den enkelte mottaker i samarbeid med øvrig personale. De ser ut til å ha mange av de samme oppgavene som en primærkontakt har, med unntak av at disse har ansvar for å følge opp *alle* tjenestemottakerne og ikke bare noen få – i samarbeid med leder og tjenesteyterne. Dette er imidlertid administrative stillinger, og ikke en del av det utøvende personalet. En stor kommune har en liknende ordning, i tillegg til primærkontaktsystem. Fagsykepleierne har det daglige fagansvaret - som er likt det som beskrives over - mens primærkontaktene har en mer praktisk funksjon. Lederne for kommunene med fagsykepleiere som har det daglige fagansvar mener denne ordningen bedrer kontinuiteten:

"Fagsykepleier har daglig fagansvar. Koordinerer og har oversikt. Tar ut rapport og går igjennom dette, gir rapport til dagvakt og går igjennom beskjeder. Ordner opp når pasient kommer fra sykehus. Er av og til ute hos brukerne, alt etter behov og kapasitet. Har møte med [bestillerenheten] hvor brukerne diskuteres og faste møter med leder. Fagsykepleier vurderer hvor kompetansen skal plasseres."

I en av de små kommunene har lederen delt sine arbeidsoppgaver og sin arbeidstid mellom å være utøvende sykepleier og leder. Hun har det daglige fagansvar – har avdelingsmøter og morgenrapport, koordinerer og følger opp, samtidig som hun også er utøvende sykepleier i hjemmesykepleien. I denne kommunen er det altså lederen som ”er kontinuiteten”. I andre kommuner, én liten og én middels stor, er det også lederen som har det daglige fagansvar, men hun er ikke utøvende. I en stor kommune har de valgt å ha en assisterende leder som har dette ansvaret. Kommunene sikrer altså at det er én person, eller et ”team” som har ansvar for faglig oppfølging og sikring av tjenestekontinuitet.

Vi beskrev tidligere dette kapitlet at det å ha primærkontaktsystem ikke nødvendigvis sikrer at tjenestemottakerne opplever kontinuitet, blant annet fordi ikke alle er klar over at de har en primærkontakt. Intensjonen med primærkontaktsystem er likevel kontinuitet. Vi skal se litt nærmere på hvordan lederen beskriver bruken av primærkontaktsystemet i praksis.

Tre kommuner har, som nevnt, primærkontaktsystem. De fikk spørsmål om hvordan primærkontaktene ble tildelt – om det var etter bestemte kriterier. I den ene store kommunen og den middels store kommunen fordeles primærkontakt i hovedsak etter geografi. Vi så tidligere i kapitlet at den middels store kommunen delte personalet inn i soner som ble ”omrokkert” etter tre måneder. En slik sone består av et visst antall tjenestemottakere og to ansatte eller flere, hvor leder forsøker å sørge for at primærkontakt og sekundærkontakt går i motsatt turnus, slik at den ene alltid er på jobb. I den andre store kommunen har de opprettet en egen gruppe som består av en sykepleier, en hjelpepleier og en omsorgsarbeider som sammen med leder fordeler primærkontakt etter flere kriterier:

”De fordeler primærkontaktene. Litt etter geografi. Litt etter kompetanse. Ofte geografisk, men vi prioriterer selvsagt de som trenger kreftsykepleier, psykiatrisk kompetanse og liknende, selv om det går på tvers av [geografiske] grupper. De fordeler nye hver 14. dag. Gruppeleder skriver nye pasienter inn i en bok og foreslår av og til hvem som bør være kontakt.”

Lederne ble bedt om å beskrive primærkontaktens oppgaver. Svarene viser at lederne ser på primærkontaktene som viktig for kontinuiteten:

”Følge opp pasienten. Ta ansvar for å gå dit med jevne mellomrom. Se når diverse må bestilles, som bleier og medisiner. Observere ved forandringer. Viktig å kjenne pasienten.”

”Oppfølging, bestilling, observasjoner og oversikt. Ansvar for å gå dit et par ganger per uke.”

”Er alltid sykepleier. Har det totale ansvaret for pasientene sine. Har kontakt med lege, pårørende, tjenestekontor, medisinansvar. Har hovedansvaret for at det skal fungere.”

Som både pasienter og pårørende har gitt uttrykk for, mener også lederne det er viktig at tjenestemottaker og tjenesteyter kjenner hverandre. Én leder beskriver det slik:

”Kan ikke se at det kan fungere uten primærkontakter. Det er ofte mange meninger om ting, og det er derfor viktig at en primærkontakt har oversikt og kjenner sine pasienter. Hvis det er noe en lur på, så kan de spørres.”

Det individuelle perspektivet vs. tjenesteperspektivet

Vi har i innledningen introdusert to ulike perspektiver på kontinuitet – *det individuelle perspektivet* og *tjenesteperspektivet* (s. 6). Følgende utsagn er dekkende for antagelsen om at disse perspektivene kan være motstridende:

”Nei jeg har aldri vært forkjemper for det [primærkontaktsystem]. Jeg liker variasjon selv. Én ting er hvordan vi som ansatte jobber ut mot pasienten. På den annen side er det pasientens opplevelse, og jeg ser helt klart klare motsetninger og forskjellige behov der. Jeg har problemer med å se hvordan vi skal organisere primærkontaktsystem, mye på grunn av pasientmengden. Feilen med primærkontaktsystemet er at dårlige vaner kan gjentas, og ved å tørre rullering kan man unngå det. Med den personalstaben jeg har mener jeg de tar så mye ansvar – vi har høy kompetanse og høyt faglig nivå. Da ser jeg ikke helt behovet

for primærkontaktsystem. Men jeg ser jo at pasienten ønsker færre pleiere å forholde seg til.”

Lederne fikk ett direkte spørsmål om hva de la i begrepet kontinuitet. Svarene fordelte seg mellom de to ulike perspektivene på kontinuitet.

Tjenestekontinuitet:

”Det er en sammenheng. At det blir fulgt opp på et vis. At informasjonen når nestemann, og at det er samsvar med det som skjer rundt pasienten. At man ikke må forklare hva som skal gjøres gang på gang. Ikke nødvendigvis at samme person kommer fra gang til gang.”

”Behandlingen fortsetter til vi har nådd et mål, uten opphold. Ikke nødvendigvis bare personrelatert. Avhengig av behandlingsforløp, for eksempel et sårskift – det er ikke viktig at det er samme person som går dit, bare de gjør det samme. Men går du til psykolog er det selvsagt viktig at det er samme person. I hovedsak synes jeg det er viktigst at det er kontinuitet i behandlingen.”

”Trenger ikke nødvendigvis å bety at det er den samme personen du møter, men at det du blir møtt med er likt. Kommer inn i et system og blir ivaretatt og får oppfølging. Får de tjenestene han/hun har behov for – får informasjon om hvilke tjenestetilbud vi har. Forutsigbarhet – å vite at man får hjelp når man har behov.”

Individuelt:

”Et noenlunde fast opplegg. At man skal vite hvem som kommer, når man kommer. At det er en plan og noenlunde fast personell. Rett og slett å vite hvem og når. En samhandling som gjør at det blir en struktur. Jeg tenker med kontinuitet at det kommer noenlunde faste personer til noenlunde faste tider. At de [tjenestemottaker] vet noe om tider og personell.”

”De skal få en god oppfølging over tid. At det skal være jevn kvalitet, at de får den hjelpen de trenger på en god måte. Vi vet jo at når det er ferie, er det mye ekstravakter – at det er mange som er innom. Vi får

tilbakemelding om at de synes det er slitsomt med mange nye ansikter. Ikke klager, men mer hjertesukk. Spesielt dem de går to stykker til – de har gjerne mange besøk, og da blir det mange ansikter. I hvert fall seks personer i løpet av én dag, og det får vi ikke gjort så mye med. Vi prøver å få til at den som er der på morgenen så langt det lar seg gjøre også skal gå på middagsbesøk.”

Lederne har gitt uttrykk for at det kan være vanskelig å sikre at den enkelte tjenesteyter opplever kontinuitet, særlig når det gjelder antall personer som kommer for å gi hjelp. De er imidlertid klare på at det i noen spesielle tilfeller er viktig å sikre at tjenestemottakerne får færrest mulig pleiere å forholde seg til. Lederne vurderer og prioriterer, og de er ganske samstemte på dette området:

”Vi har helt spesielle pasientsituasjoner hvor pasienter har tettere oppfølging av én pleier. For eksempel en pasient som trenger hjelp til absolutt alt. Der har vi ei som har fulgt opp pasienten over flere år – hun er nærmest som en pårørende å regne.”

”Vi har ansvarsgrupper rundt enkelte hvor det er psykiatri, demens, kreft. Gruppeleder ute har spesielt ansvar for å ”sy sammen” tilbudene.”

”For enkelte som krever tverrfaglig samarbeid og ansvarsgrupper, har vi kontaktperson. Det gjelder også for pasienter som er døende. For noen betyr det ingen ting, men andre er avhengig av at det kommer faste.”

”De samarbeider omkring opplegget rundt pasienter sammen med gruppeleder. Dette gjøres særlig om pasienten er dement, og med de som trenger mye hjelp, der hvor det er behov for tett samarbeid med pårørende, krevende situasjoner, veldig mye hygieniske tiltak - kort sagt: spesielt krevende tilfeller.”

”De som er flinke på sår går til sårpasienter. Vi strekker oss langt når det gjelder hva pasientene ønsker, for eksempel de som ikke vil dusjes av menn. Psykiatriske pasienter prioriteres i forhold til å få færre

pleiere, og andre med behov for få personer, som rusmisbrukere. Demente bør ha færrest mulig. Døende er øverst på lista – vi etablerer et palliativt team som går fast til døende personer.”

Våre informanter blant tjenestemottakerne i hjemmesykepleien representerer ikke de spesielle gruppene som er nevnt over – som døende, mennesker med demens eller psykiske lidelser, eller rusmisbrukere. Men de representerer de som mottar langvarige tjenester på grunn av kroniske tilstander, altså flertallet av tjenestemottakere i hjemmesykepleien. Informasjon fra lederne, som vi har sett dette kapitlet, viser at det nok kan være vanskeligere å sikre den mellommenneskelige kontinuiteten mellom tjenestemottaker og tjenesteyter enn å sikre at tjenestene som sådan er koordinerte og helhetlige.

8. OPPSUMMERING

Denne rapporten er foreløpig - og i hovedsak beskrivende. Rapporten må leses med forbehold siden vi ikke har et fullstendig datagrunnlag.

Det generelle inntrykk vi sitter igjen med er at tjenestemottakerne i hovedsak virker fornøyd med tjenestene de mottar, men at de pårørende er noe mer kritiske til det samme. Det er en allmenn oppfatning at mottakere av hjemmesykepleie har mange pleiere å forholde seg til – ofte mange forskjellige i løpet av kort tid. Dette bekrefter informantene. Det er derfor overraskende at de fleste informantene ser på antallet pleiere som uproblematisk. De fleste pårørende mener derimot at tjenestemottaker har for mange pleiere å forholde seg til, så her har de to gruppene ulikt syn på saken. Et flertall av begge mener likevel det er viktig å ha få pleiere å forholde seg til.

Tjenestemottakernes vurdering av antall pleiere som uproblematisk kan ha sammenheng med at alle er langtidsmottakere av hjemmesykepleie, og at de har truffet de fleste pleierne før. Det å kjenne pleierne veier opp for det faktum at de er mange. Både tjenestemottakere og pårørende gir uttrykk for at det er viktig å kjenne pleierne, og at pleierne kjenner tjenestemottakernes situasjon. Når det gjelder dette, har de noenlunde sammenfallende svar .

Tjenestemottakerne er mest kritiske til det å vente på at hjelpen skal komme. De fleste oppgir at det er viktig å kunne vite når pleierne kommer for å gi hjelp. Et flertall angir at pleierne kommer til "faste tider", men disse faste tidene viser seg å være innenfor et tidsrom på hele tre timer, oftest mellom kl. 9-12 om morgenen. Informantene oppgir på det meste å ha ventet i gjennomsnitt halvannen time. Få informanter sier de kan være med på å bestemme tidspunkt for når de skal ha hjelp.

De aller fleste informantene sier de opplever at pleierne har omsorg for dem, noe de fleste pårørende bekrefter. Omsorg og tid til den enkelte henger sammen, og også her er de fleste tjenestemottakere fornøyd. To tredjedeler sier at pleierne har nok tid til dem når de kommer. Å kunne ha medbestemmelse er en viktig faktor for at man skal få tjenester av god kvalitet og oppleve å bli ivaretatt. Informantene oppgir at de i forholdsvis liten grad

kan være med på å bestemme *hvem* som skal gi hjelp, *når* de skal ha hjelp, men i noe større grad *hva* de skal ha hjelp til. Når det gjelder å ivareta tjenestemottaker, spiller pårørende en viktig rolle. Pårørende opplevde i hovedsak at de hadde en god kommunikasjon med hjemmesykepleien. Samarbeidet med hjemmesykepleien ble vurdert å være noe dårligere, men mer enn halvparten av de pårørende mente dette var forholdsvis godt. Et flertall av de pårørende mente at samarbeidet mellom dem og tjenesten hadde betydning for kvaliteten på tjenestene som ble gitt tjenestemottaker.

Lederne fikk spørsmål om hva de anså som mulige årsaker til mangel på kontinuitet og oppga flere:

- Ressurser: Hensyn til økonomi spiller en rolle på flere måter. Ved sykefravær må ansatte fordeles etter hvor det er behov for dem. Fleksibilitet blant ansatte blir viktig ved ressursknapphet – at de kan jobbe hvor som helst i kommunens hjemmesykepleietjeneste. Dette svekker forutsigbarheten for tjenestemottaker ved at det stadig kommer nye, kanskje ukjente pleiere for å gi hjelp.
- Organisering av tjenesten kan, avhengig av hvilket perspektiv man inntar, både styrke og svekke kontinuiteten.
- Informasjonsutveksling er en viktig faktor for å sikre kontinuitet. Lederne er opptatt av dette og oppgir at tradisjonell muntlig rapportering ikke er tilstrekkelig for å sikre kontinuiteten, og at den skriftlige dokumentasjonen i pasientjournalen må bli bedre.

Lederne arbeider i følge dem selv aktivt for å sikre kontinuitet. Lederne synes imidlertid ikke å være mest opptatt kontinuitet knyttet til det mellommenneskelige, eller det individuelle. De organiserer hverdagen og fordeler oppdrag ut fra hvilke faglige begrunnede behov tjenestemottaker har. Et eksempel er bruk av primærkontaktssystem. Halvparten av kommunene praktiserer bruk av primærkontakt til den enkelte tjenestemottaker. Kun et fåtall av tjenestemottakerne i denne undersøkelsen visste at de hadde en primærkontakt. De fleste av disse tilhørte den kommunen som hadde rutiner for å informere tjenestemottakerne om hvem deres primærkontakt var. Én

kommune informerte ikke om dette, mens det i en annen var tilfeldig om mottaker fikk slik informasjon. De kommunene som ikke hadde primærkontaktsystem praktiserte ulike former for gruppe- eller teamarbeid. To kommuner hadde egne fagsykepleiere med daglig fagansvar. De sikret kontinuitet i betydningen å ha oversikt over tjenestemottakerne, kommunisere med aktuelle instanser og sørge for informasjonsflyt innad i tjenesten. Alle lederne sa at de prioriterte personer med særlige behov når det gjaldt å sørge for kontinuitet knyttet til antall pleiere, og hvem disse er. Kreftpasienter som er dødssyke, personer med demens, personer med psykiatriske lidelser og rusmisbrukere er eksempler på disse. Lederne understreker også betydningen av oppfølging og opplæring av de ansatte som tiltak for å sikre kontinuitet.

Denne rapporten viser at de to overordnede perspektivene på kontinuitet kan være vanskelige å forene. Å arbeide for det ene kan gå på bekostning av det andre. I det videre arbeidet med denne studien vil vi forsøke å forstå hvordan dette gir seg utslag i praksis, og hvordan en kan oppnå kontinuitet i hjemmesykepleien til tross for de motsetningene vi har fått en pekepinn om her.

REFERANSER

- Digernes, A. S. (1986). Primærpsykepleie - en organisasjonsmodell for profesjonell praksis. In Digernes, Areklett & Botnen (Red.), *Primærpsykepleie i praksis - fra ide til virkelighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eika, K. H. (2006). *The difficult quality: essays on human services with limited consumer sovereignty*. Department of Economics, Faculty of Social Sciences, University of Oslo.
- Hegli, T. (2007). *Eldre ektefellers erfaringer med medvirkning i møtet med hjemmesykepleien*. Masteroppgave, Seksjon for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo.
- Hellesø, R., & Lorensen, M. (2005). Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: a concept development. *International journal of nursing studies*, 42(7), 807.
- Helsedirektoratet. (2008). IPLOS. from <http://www.helsedirektoratet.no/iplos>
- Helset, A. (1998). *En god hjemmehjelpstjeneste for eldre?: brukernes og hjemmehjelpenes syn på kvalitet*. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, aldring og velferd (NOVA).
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., http://www.lovdatabank.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/for/sf/ho/ho-20030627-0792.html&emne=kvalitet*&
- Hofseth, C., & Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. Trondheim: SINTEF, Unimed.
- Kalseth, B. B., Midttun, L., Paulsen, B., & Nygård, L. (2004). *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill*.
- Moen, A., Hellesø, R., & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring: dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.
- Moen, A., Hellesø, R., Quivey, M., & Berge, A. (2002). *Dokumentasjon og informasjonshåndtering : faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere*.
- NOU (2005:3). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*.
- Næss, S. (2003). *Ikke helt etter planen. Dokumentasjonsrapport om hjelpetrengende Eldres erfaringer før og etter Handlingsplan for eldreomsorgen*. Bergen: Rokkansenteret.
- Næss, S. (2005). *Omsorgens vilkår i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene*. Bergen: Rokkansenteret.
- Paulsen, B., & Grimsmo, A. (2008). *God vilje - dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre*. Trondheim: SINTEF.
- Regjeringen. (2005). *Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer*.
- Romøren, T. I. (2006). Omsorgsboliger: Bruk og utviklingstendenser. *Aldring og livsløp*, 4, 8-13.

- Romøren, T. I. (2006). Organisering av pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. *Aldring og livsløp*, 2-9.
- Romøren, T. I. (2007). Kommunale hjemmetjenester - fra eldreomsorg til "yngreomsorg"? . *Aldring og livsløp*, 4, 2-10.
- Statistisk Sentralbyrå (SSB). (2007). Kommunal pleie- og omsorgsstatistikk. from <http://ssb.no/emner/03/02/pleie/>
- Statistisk Sentralbyrå (SSB). (2008). Kommunefakta. <http://www.ssb.no/kommuner/>
- Thorsen, K. (1998). *Den pressede omsorgen. Kvaliteter i hjemmehjelpstjenesten for eldre i lokal kontekst*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Vabø, M. (1998). *Hva er nok? Om behovsfortellinger i hjemmetjenesten*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Valset, k., & Romøren, T. I. (2006). *Helse og bosted. Eldre år, lokale variasjoner. Resultater fra en norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG)*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).