

Sykepleiefaglige utfordringer i hjemmetjenesten

– hvordan organiseres besøk hos brukere som får to eller flere besøk daglig?



Bakgrunn

At eldre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, legger føringer for hvordan kommunene bør organisere pleie og omsorgstjenesten (1-3). I 2011 fikk 1 av 5 over 67 år helsetjenester i hjemmet (4) administrert av hjemmetjenesten i kommunene og det tallet vil øke i årene som kommer.

Helsetjenester i hjemmet er en tjeneste innbyg-

gere kan søke om når de trenger det. Tjenesten innvilges som enkeltvedtak. Det oppgis hvor mye tid til hjemmesykepleie og eller praktisk bistand per uke som er innvilget for å gjennomføre vedtaket (5). På bakgrunn av tidsrammen gitt i vedtaket, organiserer hjemmetjenesten, ofte i samråd med bruker, når det passer best med besøk. I Forskrift kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (6) §3 står det at:

Sammendrag

Bakgrunn: 16 % av eldre over 67 år mottar hjemmetjenester fra det offentlige. Det er lite forskning som viser hvordan hjemmetjenesten planlegger og organiserer besøk hos brukere som får to eller flere besøk hver dag.

Metode: Deskriptiv, retrospektiv metode hvor data fra vedtak, og dagsprogram for en uke fra to kommuner ble samlet inn midtvinteren 2012. Det ble gjort en kvantitativ analyse dagsprogrammene og vedtakene. Geografiske informasjonssystem ble brukt for å visualisere og analysere data med en geografisk referanse.

Resultat: I kommune A mottar 33 % av brukerne to eller flere besøk per dag, i kommune B 30 %. Hjelp til morgenstell, tilrettelegging av frokost og utdeling av morgenmedisiner skjedde i perioden kl. 8.30–11.30. Hjelp til kveldsstell, tilrettelegging av kveldsmat og utdeling av kveldsmedisiner skjedde mellom kl. 18.00–22.30. Organiseringen av dagsprogrammet var slik at 3 brukere kunne oppleve nattfaste. Flere fikk sine medikamenter med for kort tidsintervall.

Konklusjon: Organisering av besøkene til denne gruppen medførte at døgnytmten ble forskjøvet hos brukerne. Organisering av dagsprogrammene har en geografisk dimensjon som det ikke alltid tas hensyn til.

Implikasjoner for praksis: Ansatte i hjemmetjenester må bli mer bevisst på å synliggjøre utfordringer knyttet til sykepleie og medisinsk faglig kunnskap relatert til hvor brukerne bor i kommunen.

Nøkkelord: hjemmetjenesten, geografiske informasjonssystem, ukeprogram, vedtak, nattfaste

Abstract

Background: There is little research showing how the home care services plan and organize visits with recipients receiving two or more visits each day.

Method: Descriptive, retrospective method, where data from decisions and weekly schedules from two municipalities were collected and recorded. Geographic information systems were used to analyze the nursing challenges related to time. It was performed a quantitative analysis of the weekly schedules and decisions. Geographic information systems were used to visualize and analyze data with a geographic reference.

Result: In municipality A receives 33 % of the recipients two or more visits per day, in the municipality B 30%. Help for morning care, preparation of breakfast and distribution of morning medications occurred in the period at 8:30 to 11:30. Help for evening care, preparation of supper and distribution of evening medication occurred between 6:00 p.m. to 10:30 p.m. The organization of the day-schedules resulted in three recipients experienced night fasting. Several got their drugs at intervals shorter than and some at intervals longer than the usual dose interval.

Conclusion: Organization of visits to this group resulted in circadian rhythm was displaced by the home care recipient. In planning the days schedules, there is a geographical dimension that is not always taken into account.

Implications for practice: Employees in home care services should be more aware of highlighting nursing challenges related to where home care recipients live in the municipality.

Keywords: home care services, geographic information, day-schedules, decisions, night fasting

Av Solrun G. Holm, cand. san., førstelektor/PhD student ved Universitetet i Nordland. FoU-ansvarlig i Hjemmetjenesten, Vestvågøy kommune



KVALITETSTID: Sykepleiere i hjemmetjenesten får mer tid til pasienten, hvis arbeidsdagen er organisert slik at det ikke brukes unødvendig mye tid til å kjøre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid.

Dette skal blant annet løses slik at brukere kan følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige sengeopphold (6). Planlagte ukeprogram i hjemmetjenesten viser hvordan kommunen legger forholdene til rette for at brukere får de tjenester de skal ha til rett tid i løpet av en uke. Hva som er rett tid vurderes individuelt i forhold til hvilke tjenester brukerne får. Det sees i sammenheng med hvor mange besøk brukere trenger og hvor de bor i kommunen.

Søk i Bibsys Oria, Helsebibliotekets databaser og Norart, viser at det er gjort flere studier hvor ulike sider ved hjemmetjenesten er belyst, som kontinuitet (7,8), pårørendes rolle (9), vedtak, prioritering og etiske dilemma (10-15), skjult arbeid (16), organisering (17), dokumentasjon (18, 19) legemiddelhåndtering (20-22), ernæring (23), velferdsteknologi (24) omsorg og kjønn (25)

Det foreligger ingen studier som har sett på hvordan ukeprogrammet med kjøreruter praktisk planlegges relatert til geografisk bosted til brukerne og hvilke tjenester de får.

Den sykepleiefaglige rammen for denne studien er Hendersons sykepleieteori om sykepleierens særegne funksjon (26,27)

Hendersons beskrivelse av sykepleierens enestående funksjon og hva hun forstår med grunnleggende sykepleie gir, sammen med nevnte forskrift, et godt bilde av hva sykepleierne har ansvar for. I hjemme-

tjenesten arbeider sykepleieren svært selvstendig, og hun har ofte mange fastleger å forholde seg til når det gjelder oppfølging av behandlingsforløp.

Hensikten med denne artikkelen er å vise hvilke sykepleiefaglige utfordringer hjemmetjenesten må ta hensyn til hos brukere som får to eller flere besøk daglig når ukeplanen/kjørerutene settes opp for at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid.

Metode

Dette prosjektet er en deskriptiv retrospektiv studie. Deltakere i studien er hjemmetjenesten i to større nordnorske kommuner, kommune A med 10800 innbyggere og et areal på ca. 400 km², og kommune B med 10100 innbyggere og et areal ca. 700 km². I tabell 1 vises hvor mange innbyggere det er i kommunene i alderen 60 år og eldre da dataene ble registrert. Kommune A har ca. 4 % flere eldre over 60 år enn kommune B.

Begge kommunene har fem sektorer for hjemmetjenesten. Med i denne studien er de sektorene hvor

■ Sykepleierens særegne funksjon

Sykepleierens særegne funksjon består i å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), som ha ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig.

I tillegg til dette hjelper hun pasienten med gjennomføring av den behandling som legen tar initiativ til. (25, 26)

Virginia Hendersons 14 gjøremål og Forskrift kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3. Oppgaver og innhold i tjenestene
Virginia Hendersons 14 gjøremål

1. Puste normalt
2. Spise og drikke tilstrekkelig
3. Kvitte seg med avfallsstoffer
4. Bevege seg og innta behagelige kroppstillinger
5. Sove og hvile
6. Velge passende klær – kle på og av seg
7. Opprettholde normal kroppstemperatur ved å velge passende klær og regulere omgivelsene
8. Holde kroppen ren og velpleid og beskytt hudoverflaten
9. Unngå farer i miljøet og å skade andre
10. Kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger
11. Dykke sin tro
12. Arbeid på en måte som styrker selvfølelsen.
13. Koble av eller delta i ulike former for rekreasjon

14. Lære, oppdage eller tilfreds stille den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og helse, og benytte de helsetjenester som fins.

Forskrift kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3. Oppgaver og innhold i tjenestene

- Oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- Selvstendighet og styring av eget liv
- Fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- Følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige sengeopphold

- Mulighet for ro og skjermet privatliv
- Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- Mulighet for selv å ivareta egenomsorg
- En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- Tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- Tilpasset hjelp ved av- og påklædning
- Tilbud og varierte og tilpassede aktiviteter

de ansatte primært bruker bil for å besøke brukerne, fire sektorer i kommune A og tre sektorer i kommune B. Geografien til kommunene er svært forskjellig. Kommune A har fem sektorkontorer på fem ulike steder i kommunen, mens kommune B har samlet sine sektorkontorer på samme sted.

Datainnsamling

Det ble registrert 420 dagsprogram og 477 vedtak fra de sektorene som er med i denne studien. Datainnsamlingen av vedtak og ukeprogram ble gjort for 1 uke midtvinteren 2012. Det var ikke samsvar mellom antall vedtak og antall brukere som fikk besøk. Grunnen til det var at flere bare var tildelt praktisk bistand, som ble gitt med 2 til 4 ukers mellomrom. For noen brukere var vedtakene ikke skrevet, da datainnsamlingen pågikk.

Dataanalyse

Det ble gjort en kvantitativ analyse av helsetjenester i hjemmet som vedtaket beskriver og de enkelte dagsprogram ved bruk av regneark. Dagsprogrammene ble også analysert ved bruk av geografisk informasjonssystem (GIS).

Geografisk informasjonssystem (GIS) er et verktøy til forvaltning, visualisering, og analysering av data med en geografisk referanse. Cromley og McLafferty (28) definerer GIS som:

a computerbased system for integrating and analyzing geographic data. The locations of features on earth's surface are stored so that neighborhood relationships among features can be analyzed and so that groups of different features sharing same locations can be identified (s. 17).

Innen helseforskning er GIS mye brukt til analyse og presentasjon av geografisk stedfestet informasjon som kan vise spredning av sykdommer, helse hos befolkningen og tilgang til helseinstitusjoner mm (29-35). Jeg har ikke funnet artikler som har brukt GIS i forskningsøyemed for å analysere dagsprogrammene i hjemmetjenesten, relatert til hvilke tjenester brukerne får. Det er skrevet en fagartikkel og noen rapporter som har tatt for seg optimalisering av kjørerutene i hjemmetjenesten ved bruk av GIS (36-38).

Alle dagsprogrammene ble lagt inn i GIS, for å kunne analysere mønsteret i de planlagte kjørerutene. I tillegg ble vaktplanen registrert, samt alle brukere som fikk besøk. Planlagt besøkstid ble også lagt inn. Resultatet ble kart for hvert dagsprogram som viste hvor mange kilometer den ansatte kjørte, hvor mye tid som gikk med til kjøring, antall besøk, samt hvor mye tid som var planlagt til besøk.

Utfordringene ved å bruke GIS er at ikke alle brukerne hadde adresser med vei-/gatenummer. Det medførte at brukerens adresse måtte legges inn manuelt med de riktige koordinatene. For å sikre at

Aldersgrupper	Kommune A (n=10800)		Kommune B (n=10100)	
60-69 år	1278	12 %	1077	11 %
70-79 år	759	7 %	545	5 %
80-89 år	508	5 %	345	3 %
≥90år*	97	1 %	93	1 %
Totalt	2642	25 %	2060	20 %

*Kommune A hadde 1 og kommune B 3 personer som var 100 år eller mer.

TABELL 1:
Antall eldre i kommune A og kommune B.

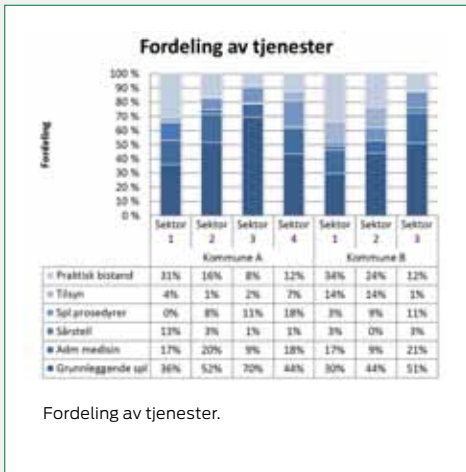
Sektor kontor	Kommune A			Kommune B		
	Besøk N(%)	Kjøreruter N(%)	Brukere N(%)	Besøk N(%)	Kjøreruter N(%)	Brukere N(%)
Sektor kontor 1	81 (29)	528 (20)	61 (23)	82 (45)	519 (35)	57 (38)
Sektor kontor 2	77 (28)	888 (33)	82 (31)	49 (27)	493 (34)	47 (31)
Sektor kontor 3	45 (16)	691 (26)	64 (24)	50 (28)	454 (31)	48 (32)
Sektor kontor 4	73 (26)	560 (21)	61 (23)			
Totalt	276 (99)	2667 (100)	268 (101)	181 (100)	1466 (100)	152 (101)

TABELL 2:
Oversikt over antall brukere, antall besøk pr uke og antall kjøreruter for å dekke besøkene.

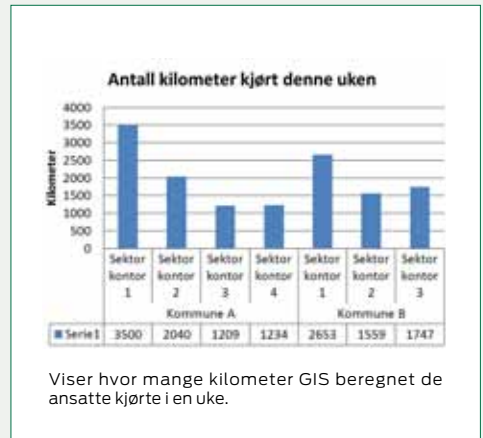
Antall besøkende	Kommune A				Kommune B		
	Sektor 1 N= 81 (100 %)	Sektor 2 N=77 (100 %)	Sektor 3 N=45 (100 %)	Sektor 4 N=73 (100 %)	Sektor 1 N=82 (100 %)	Sektor 2 N=49 (100 %)	Sektor 3 N=50 (100 %)
2 besøk	12 (15)	15 (19)	4 (9)	11 (15)	10 (12)	11 (22)	7 (14)
3 besøk	8 (10)	7 (9)	8 (18)	4 (5)	4 (5)	5 (10)	6 (12)
4 besøk		2 (3)	4 (9)	4 (5)	4 (5)	2 (4)	1 (2)
5 besøk		6 (8)	4 (9)			1 (2)	
6 besøk			1 (2)				
7 besøk							
8 besøk			1 (2)				
Sum	20 (25)	30 (39)	22 (49)	19 (25)	18 (22)	19 (38)	14 (28)
Besøk av 2 ansatte		4 (6)	2 (4)		2 (2)	1 (2)	

TABELL 3:
Antall brukere som får besøk to eller flere ganger pr dag. Tabellen viser også hvor mange som får besøk av to ansatte.

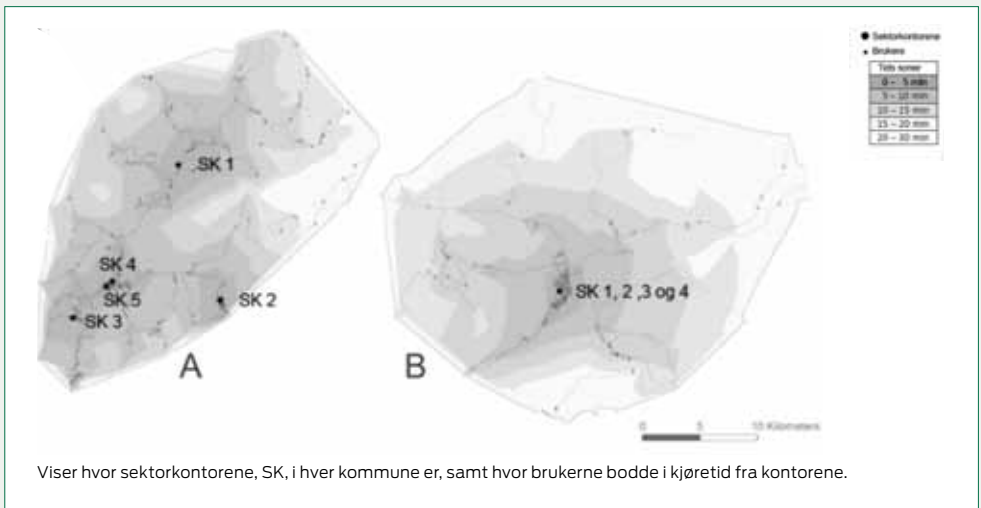
FIGUR 1:



FIGUR 3:



FIGUR 2:



de beregningene GIS-programmet gjorde, stemte med de faktiske forholdene, så ble noen av kjørerutene kontrollkjørt.

Forskningsetikk

Denne studien er en del av et brukerstyrt innovasjonsprosjekt *Utvikling og vedlikehold av kvalitative gode tjenestetilbud til brukere i åpen omsorg*. Prosjektet er godkjent av Regionaletisk komité, REK, Nord med registreringsnummer 2011/2457-6 og NSD med nr. 28643. Brukerne ble registrert med løpenummer. For å bruke GIS var det nødvendig å registrere alle brukernes adresser, slik at kjørerutene ble laget. Disse vises som ruter uten geografiske kjennetegn. Alle data vil bli slettet i henhold til tillatelsen som er gitt av REK.

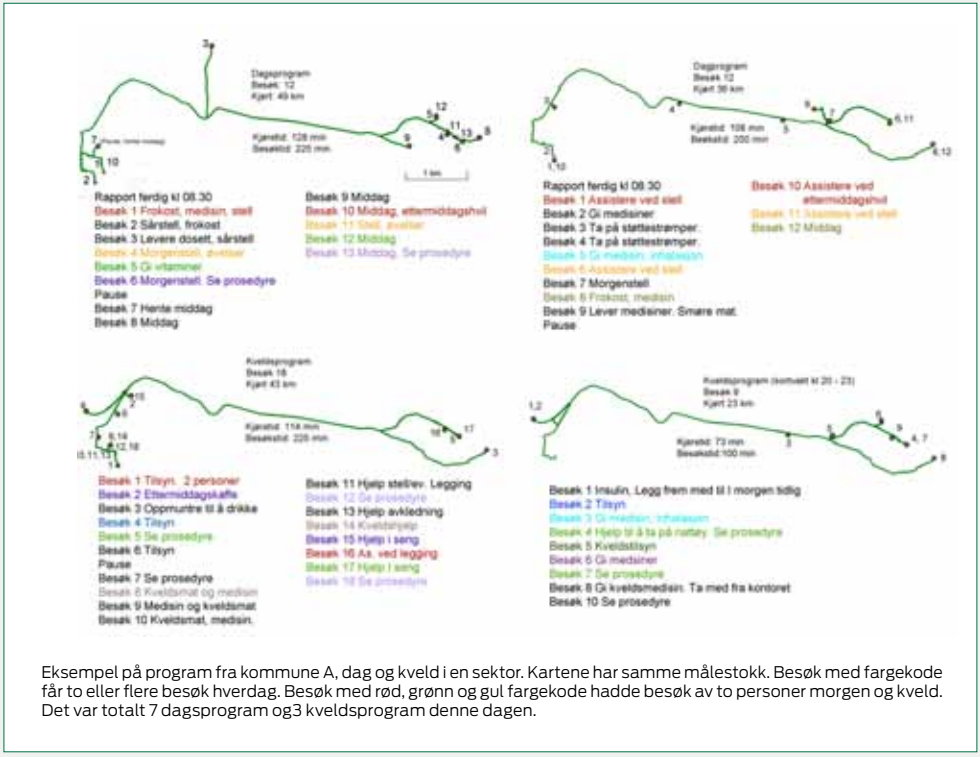
Funn

Kommune A har en større andel eldre enn kommune B, noe som også gjenspeilte seg i antall brukere som fikk vedtak. Funn fra vedtakene viste at tjenesten fordelte seg på grunnleggende sykepleie, administrering av legemidler, sårstell, andre sykepleieprosedyrer, tilsyn og praktisk bistand (figur 1).

Kommune A hadde 276 brukere og det ble gjennomført 2667 besøk. Antall besøk ble fordelt på 268 dagsprogram. I kommune B fikk 181 brukere 1466 besøk som var fordelt på 152 dagsprogram.

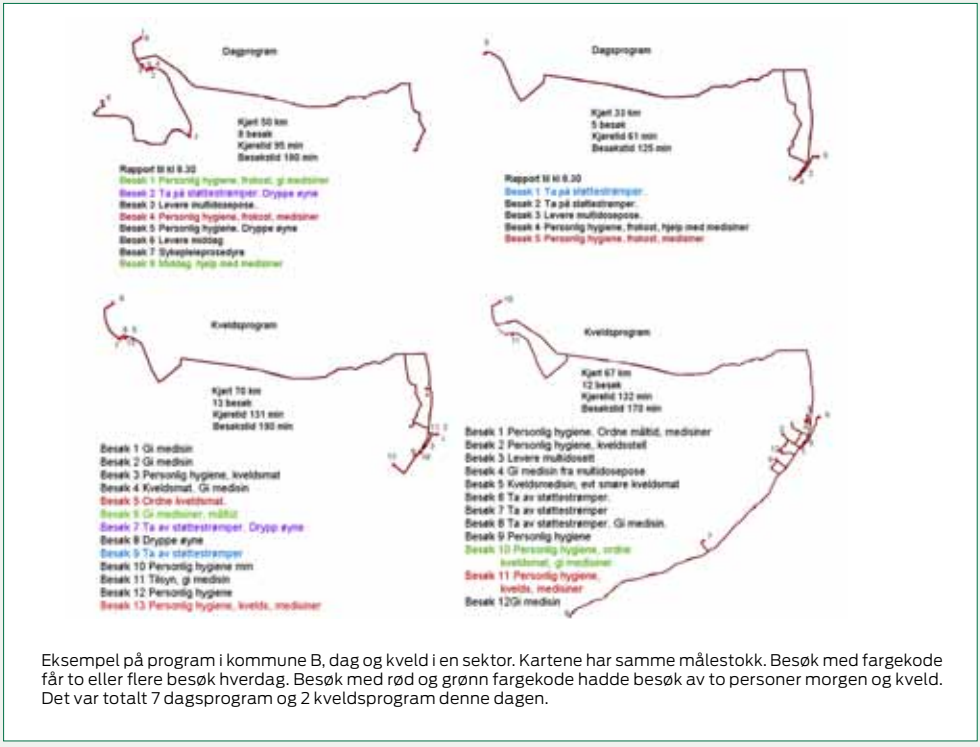
Tabell 2 Viser oversikt over antall bruker, antall besøk per uke og antall ruter for å dekke besøkene.

De fleste dagvaktene begynte ute hos brukerne kl. 08.30 i begge kommunene, og seinvaktene i kommune A sluttet kl. 22.30 og i kommune B kl. 22.00.



FIGUR 4:

Eksempel på program fra kommune A, dag og kveld i en sektor. Kartene har samme målestokk. Besøk med fargekode får to eller flere besøk hverdag. Besøk med rød, grønn og gul fargekode hadde besøk av to personer morgen og kveld. Det var totalt 7 dagsprogram og 3 kveldsprogram denne dagen.



FIGUR 5:

Eksempel på program i kommune B, dag og kveld i en sektor. Kartene har samme målestokk. Besøk med fargekode får to eller flere besøk hverdag. Besøk med rød og grønn fargekode hadde besøk av to personer morgen og kveld. Det var totalt 7 dagsprogram og 2 kveldsprogram denne dagen.

TABELL 4:
Tidsramme be-
søkene skjer inn-
enfor.

Tidsramme	Kommune A				Kommune B		
	Sektor 1 N= 81 (100 %)	Sektor 2 N=77(100 %)	Sektor 3 N=45 (100 %)	Sektor 4 N=73(100 %)	Sektor 1 N=82 (100 %)	Sektor 2 N=49 (100 %)	Sektor 3 N=50 (100 %)
5 timer				1 (1)			1 (2)
6 timer					2 (2)		
7 timer	1 (1)				3 (4)		
8 timer	3 (4)			5 (7)	6 (7)	1 (2)	
9 timer	4 (5)	4 (5)		3 (4)	5 (6)	3 (6)	4 (8)
10 timer	3 (4)	5 (7)	1 (2)	3 (4)		5 (10)	3 (6)
11 timer	2 (2)	10 (12)	7 (9)	5 (6)	2 (2)	7 (14)	1 (2)
12 timer	3 (4)	6 (8)	8 (18)	2 (3)		3 (6)	1 (2)
13 timer	4 (5)	3 (4)	5 (11)				3 (6)
14 timer		2 (3)	1 (2)				1 (2)
Sum	20 (25)	30 (39)	22 (49)	19 (25)	18 (22)	19 (38)	14 (28)

To sektorer i kommune A hadde en kortvakt på kveldene alle ukedagene, en kortvakt fra kl. 17.00 til kl. 22.30 og en fra kl. 20.00 til kl. 23.00. Kommune B hadde ingen kortvakter på kvelden. Tidsperioden besøkene skjedde innenfor var 13–14 timer. De ansatte kjørte som regel ut fra sektorkontorene kl. 8.30 etter rapport. Hjelp til morgenstell, tilrettelegging av frokost og utdeling av morgenmedisiner hos dem som får det daglig, skjedde i perioden kl. 8.30–11.30. Hjelp til kveldsstell, tilrettelegging av kveldsmat og utdeling av kveldsmedisiner skjedde mellom kl. 18.00 og 22.30.

Tabell 3 viser hvor mange som fikk to eller flere besøk hver dag. I kommune A fikk 33 % av brukerne to besøk eller flere hver dag. Splittet opp på sektorene så fikk 25 % av brukerne i sektorene 1 og 4 to eller flere besøk hver. I sektor 2 fikk 39 % to besøk eller flere, mens sektor 3 fikk 49 % av brukerne det. Når det gjelder kommune B, fikk 30 % to besøk eller flere, fordelt sektor 1 med 25 %, sektor 2 med 38 % og sektor 3 med 28 %.

Fra GIS, ble det i tillegg til kjørerutene også tatt ut et kart som viste hvor brukerne bodde relatert til avstand i tid fra sektorkontorene (SK) (figur 2). Kartet viste hvor forskjellig bosettingsmønsteret er i to sammenliknbare kommuner når det gjelder areal og antall innbyggere. I kommune A er det tydeligere grense mellom sektorene enn i kommune B. Siden sektorkontorene er på samme sted, er det et

samarbeid mellom sektorene om å besøke brukere i sentrum.

Kartet viste at mange brukere bodde i kommunenes utkant, noe som gjenspeilet seg i hvor mange kilometer de ansatte kjørte i løpet av uken. I begge kommunene er det en sektor som har lange avstander til brukerne (figur 3).

For kommune A beregnet GIS at de ansatte i sektor 1 kjørte 3500 km hvis de fulgte dagsprogrammene slik de var satt opp. I de andre sektorene var det henholdsvis 2040 km, 1209 km og 1234 km. I kommune B var det også en sektor som kjørte mye, sektor 1, med 2653 km i løpet av uken. I de to andre sektorene kjørte de henholdsvis 1559 og 1747 km.

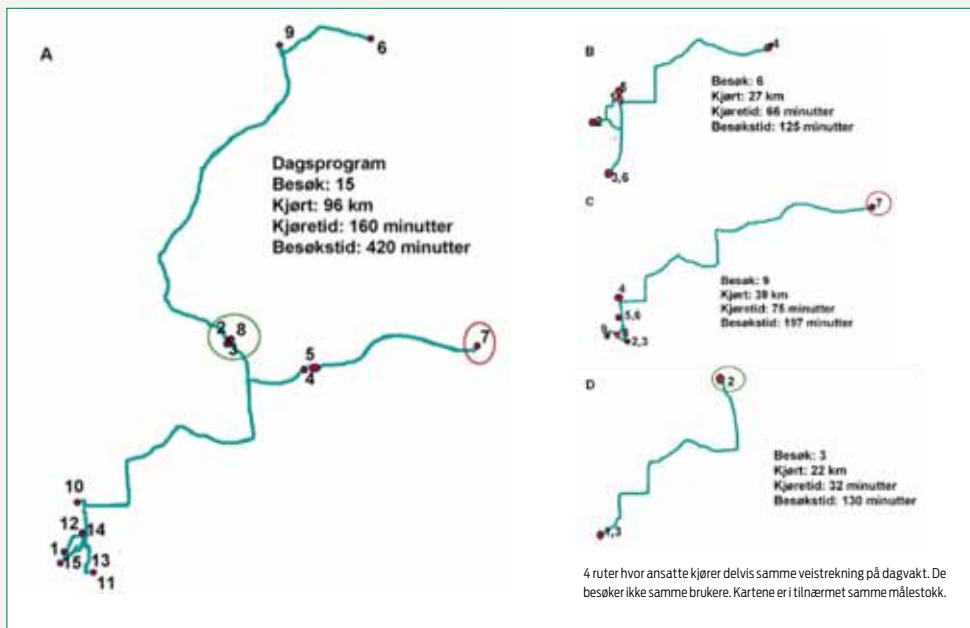
De fleste kjørerutene utenfor tettbygd strøk følger hovedveiene fram og tilbake til kontoret med avstikere som figur 3, 4, og 5 gir eksempler på.

Det var til sammen 9 brukere hvor det var behov for 2 ansatte ifb med stell. Figur 4 og 5 viser eksempel fra kommune A og B hvordan dags- og kveldsprogram ser ut med kart. Besøk kodet med rødt, gult og grønt var hos brukere hvor de måtte være to for å gjennomføre tjenesten ved hvert besøk.

Kommune B hadde to brukere som krevde besøk av to ansatte ifb med morgen- og kveldsstell.

Veinettet i begge kommune er slik at det er flere som kjører delvis samme veistrekning. Figur 6 viser et eksempel uhensiktsmessig programoppsett.

Den som kjørte rute A, besøkte 15 brukere. Tiden



FIGUR 6:

hos brukerne var planlagt til 7 timer. Kjøring, samt tid inn og ut av hus ble beregnet til 2 timer og 40 minutter. Som det går fram av figur. 6, så ble deler av kjøreruten kjørt dobbelt opp. Arbeidsoppgavene på ruten var utdeling av medisiner, morgenstell, tilrettelegging av måltid, sårstell og tilsyn. De tre andre som kjørte delvis samme strekningen hadde henholdsvis 6, 9 og 3 besøk, og de holdt seg godt innenfor arbeidstiden.

Tiden mellom første og siste besøk i løpet av dagen varierte fra 5 til 14 timer (tabell 4) i begge kommunene.

Tjenestene som ble gitt til de som fikk to eller flere besøk, er alt fra enkle tjenester som tar 10 minutter til svært komplekse tjenester som kan opptil en 1,5 time på formiddagen og 30 minutter til tre kvarter på ettermiddag- og kveldstid.

Brukere som fikk hjelp til morgenstell, kveldsstell/hjelp til legging og tilrettelegging av alle måltidene fikk det innenfor 9 til 14 timer i kommune A, og 10 til 12 timer i kommune B. Hos en delvis sengeliggende bruker gikk det ca. 14 timer fra han fikk kveldsmat til frokost neste dag. Hos to andre som trengte mye tilrettelegging, gikk det 13 timer. Dette var brukere som fikk 4 besøk hver dag. Analyse av kjørerutene på kveldsvakt viste at om besøksrekkefølgen ble endret, så ble nattfasten kanskje en time kortere, men det ble mer kjøring og det gikk utover utdeling av medisin til en annen bruker.

Oppfølging av behandlingsopplegg

De fleste som fikk hjelp med å ta på elastiske strømper, fikk besøk mellom kl. 10 og 11. Da var brukerne stått opp og påkledd. Det kom fram under innsamling av dagsprogrammene. Tidsperioden brukerne hadde strømpene på varierte mellom 8 og 10 timer.

Øyendråper som gis x 2 eller oftere, ble hos de fleste brukerne gitt innenfor et tidsintervall på 8 til 9 timer.

Ansatte i hjemmetjenesten delte ut medisin hos 30 % av dem som fikk 2 besøk eller flere i kommune A og til 39 % i kommune B. Tiden mellom første og siste utdeling varierte mellom 7 og 12 timer i kommune A, og 8 og 12 timer i kommune B.

Diskusjon

Vedtakene viste at hjemmetjenesten denne uken brukte mest tid på grunnleggende sykepleie og praktisk bistand.

Den største utfordringen så ut til å være organisering av kjørerutene, slik at brukerne fikk tjenestene til rett tid, samt ha normal livs- og døgnrytme. Ved å bruke kart for å analysere organisering av kjørerutene, ble utfordringer som oppsto vedrørende planlegging av rekkefølgen av besøk tydeliggjort. Lange avstander, og kartet avdekket fram og tilbake kjøring på deler av veistrekningen på flere ruter, særlig i kommune B (se figur 5).



MINDRE TID I BIL: God planlegging kan redusere antall timer sykepleierne bruker bak rattet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Kontinuitet

Forskriften (6) sier at det skal være kontinuitet i tjenesten. Men hva som ligger i det, er opp til den enkelte hjemmetjeneste å vurdere. Kontinuitet er for eksempel at brukere bør ha færrest mulig ansatte å forholde seg til (7,8). Kontinuitet kan også være at brukerne får tjenesten slik den er planlagt. Kommunene i

«Optimalisering av kjørerutene vil gi bedre tid til brukerne.»

dette prosjektet hadde ulik oppfatning av kontinuitet. I kommune B var målet at brukere fikk et fast personale å forholde seg til. Når brukeren flyttet fra utkanten og inn til sentrum, så endret det organiseringen av dagsprogrammet vedkommende tilhørte. Noe som på flere ruter førte til mer kjøring mellom sentrum og utkant. Det ble mer tid i bil og mindre tid til andre oppgaver som rapportering og dokumentasjonsarbeid.

I kommune A hadde sektorene som politikk at alle ansatte i sektoren skulle kjenne rutine hos

«tunge» brukere, slik at de var trygg på at de kunne prosedyrene om de måtte «overta» på grunn av ferie eller sykdom. I tillegg visste brukerne at den som kom kunne det som skulle gjøres. Siden mange av de ansatte kjører delvis samme strekning, så har en sektor i kommune A, lagt opp kjørerutene slik at en bruker som fikk to besøk på formiddagen og tre besøk på ettermiddagen, fikk besøk av fire ansatte. På kveldsvakten fikk han besøk av samme person som hjalp han opp av sengen etter ettermiddagshvilen, som også hjalp han til sengs, mens en annen kom innom for å tilrettelegge kveldsmåltidet. På den måten fikk han 13 timer mellom første besøk om morgenen og siste besøk om kvelden.

Med fokus på kontinuitet, fikk kommune B flere ruter med mye uhensiktsmessig kjøring, som en ansatt som kjørte 3 mil tur-retur for et tilsyn på en strekning hvor andre kunne ivareta besøket. Optimalisering av kjørerutene til enhver tid, vil gi bedre tid til brukerne og andre oppgaver. Tid i dag er et knapphetsgode som bør veies opp mot at brukere skal ha kontakt med færrest mulig ansatte.

Organisering av døgnet

Tid i seng hos dem som var innvilget tjeneste til hjelp i seng om kvelden og stå opp neste dag varierte fra 10 til 14 timer. Det er i lengste laget. En som bodde lengst unna kontoret, fikk morgenstell og frokost så seint som kl. 11.30 og kveldsstell kl. 22.00. Kjørerutene viste hvorfor det ble slik. Geografisk avstand mellom brukerne medfører at de ansatte som regel ikke kan gå mellom brukerne slik de som arbeider i sykehjem kan. I hjemmetjenesten må de ansatte i hovedsak gjøre seg ferdig med arbeidet før de besøker neste bruker. Det er noe av det særegne ved hjemmetjenesten (39).

Tilrettelegging av måltider

Tre lite selvhjulpne brukere fikk hjelp til måltider innenfor en tidsramme på 10–11 timer. Tiden mellom siste måltid om kvelden og første måltidet dagen ble hos disse 13–14 timer, dvs. nattfaste. Nattfaste i sykehjem bør ikke overstige 11 timer (40). For hjemmetjenesten foreligger det ikke noen slik anbefalinger. Det er lite kunnskap om nattfaste hos brukere som er særlig avhengig av at hjemmetjenesten tilrettelegger måltidene. Med stadig mindre selvhjulpne brukere, vil nattfaste være en av utfordringene som må tas i betraktning. Ifølge helsetilsynet har hjemmetjenesten mangelfulle systemer og praksis med å kartlegge og vurdere ernæringsstatus hos brukerne, samt rutiner for oppfølging (40). Underernæring er også et problem for hjemmetjenesten (23). Det er ikke tilstrekkelig bare å legge til rette for måltid, hjemmetjenesten bør også vurdere hvordan underernæring kan forebygges hos brukere i risikozonen.

Oppfølging av behandlingsforløp

Når det gjelder oppfølging av behandlingsforløp, var det mange brukere som fikk hjelp til å ta på og ta av elastiske strømper. De ansatte opplevde det som et problem at brukerne hadde stått opp lenge før de kom på formiddagen. Faglitteraturen (41,42) sier at elastiske strømper skal tas på før man står opp og tas av når man legger seg om kvelden. En litteraturstudie (43) viser at det foreligger lite kunnskap om effekten av å ta på elastiske strømper etter at brukeren har stått opp. Utfordringen blir å lage gode rutiner knyttet til bruk av elastiske strømper som informerer brukerne om hvordan de skal forholde seg.

Utdeling av legemidler er også en utfordring. Hos flere av dem som fikk hjelp med øyendråpene, var tiden mellom drypping om kvelden og første

drypping neste dag 16 timer, noe som er i meste laget. For medisiner som de ansatte delte ut, hvor kravet var at de også skulle påse at de ble tatt, så gikk det for lang tid fra siste medikament ble gitt om kvelden til utdeling neste dag. Ved å bruke geografisk referanse til hvor brukerne bor kan ansatte synliggjøre hvordan de kan sikre at brukerne får sine legemidler til rett tid. Ved å se på de enkelte kjørerutene, så er ikke en omlegging av kjørerutene alltid noe alternativ, da det går ut over andre brukere på samme rute. Bruk av kortvakter på kvelden, slik kommune A hadde, gjorde at de kunne gå lengre tid mellom første og siste besøk. Men å ha en arbeidsdag fra kl. 20 til 23 på kvelden gir ikke følelse av noe arbeidsfellesskap. Omsorgsteknologi kan være til hjelp når det gjelder legemidler, bl.a. ved å ta i bruk medisindispenser. Noe som prøves ut i Helsenettverk Lister (44).

Konklusjon

I denne artikkelen er det satt fokus på noen av de sykepleiefaglige utfordringer hjemmetjenesten har relatert til organisering av besøk hos brukere som får to eller flere besøk daglig. Utfordringer er knyttet til grunnleggende sykepleie som å gi brukerne normal livs- og døgnrytme, tilrettelegging av måltider hos brukere som ikke mestrer det selv, slik at nattfaste unngås. Administrering av legemidler hvor hjemmetjenesten har ansvaret for å dele ut medisinerne hver dag gir utfordringer vedrørende optimal tid mellom hver doseutlevering.

Implikasjoner for praksis

Ansatte i hjemmetjenesten må bli mer bevisst på å synliggjøre utfordringer knyttet opp til sykepleie- og medisinsk faglig kunnskap relatert til hvor brukerne bor i kommunen. Det er behov for mer forskning om hvordan hjemmetjenesten organiserer sine tjenester relatert til sykepleiefaglige utfordringer og tidsdimensjonen. ■

Referanser:

1. Fornyings- administrasjons- og kirkedepartementet. Digital agenda for Norge: IKT for vekst og verdiskaping. Oslo: Fornyings- administrasjons- og kirkedepartementet; 2013. Meld. St. 23 (2012-2013). www.regjeringen.no/pages/38268786/PDFS/STM201220130023000DDDPDFS.pdf (Lest 28.04.14)
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Meld. St. 29 (2012-2013). www.regjeringen.no/pages/38301003/PDFS/STM201220130029000DDDPDFS.pdf (Lest 28.04.14)

3. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. St.meld. nr. 47 (2008-2009) www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDDPDFS.pdf (Lest 28.04.14)
4. Mørk E. Hjemme så lenge som mulig. I Ramm, J. (red) Eldres bruk av helse og omsorgstjenester. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2013. www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attach ment/125965?_ts=13f8b5b6898 (Lest 28.04.14)
5. Sosial- og helsedirektoratet. Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester/Publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester.pdf> (Lest 28.04.14)
6. Helse- og omsorgsdepartementet. FOR 2003-06-27 nr. 792: 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. www.lovdatabank.no/for/sf/ho/xo-20030627-0792.html (Lest 28.04.14)
7. Gjevjon ER, Romøren TI, Kjos BO, Hellesø R. Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *J Nurs Manag* 2013, 21: 182-190.
8. Gjevjon ER, Eika KH, Romøren TI, Landmark BF. Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *J Adv Nurs* 2014, 70: 553-563.
9. Benzein E, Johansson B, Saveman B-I. Families in home care – a resource or a burden? District nurses' beliefs. *J Clin Nurs* 2004, 13: 867-875.
10. Higuchi KA, Christensen A, Terpstra J. Challenges in home care practice: a decision-making perspective. *J Community Health Nurs* 2002, 19: 225-236.
11. Øresland S, Maatta S, Norberg A, Lutzen K. Home-based nursing: an endless journey. *Nurs Ethics* 2011, 18: 408-417.
12. Øresland S, Maatta S, Norberg A, Jørgensen MW, Lutzen K. Nurses as guests or professionals in home health care. *Nurs Ethics* 2008, 15: 371-383.
13. Tønnessen S, Forde R, Nortvedt P. Fair nursing care when resources are limited: the role of patients and family members in Norwegian home-based services. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 2009, 10: 276-284.
14. Tønnessen S, Nortvedt P, Førde R. Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nurs Ethics* 2011, 18: 386-396.
15. Tønnessen S. The challenge to provide sound and diligent care: a qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service. Avhandling (ph.d.) - Universitetet i Oslo; 2011.
16. Kirchhoff JW. De skjulte tjenestene – om uønsket atferd i offentlige organisasjoner. Karlstad University: Faculty of Economic Sciences, Communication and IT, Working Life Science; 2010. www.diva-portal.org/smash/get/diva2:287297/FULLTEXT01.pdf (Lest 28.04.14)
17. Vabø M. Organisering for velferd: hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2007.
18. Gjevjon ER, Hellesø R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *J Clin Nurs* 2010, 19: 100-108.
19. Gjertsen H, Solvoll G, Gjernes T. Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene: en studie av omfang, nytte og kostnader ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i kommunale pleie- og omsorgstjenester. NF-rapport nr. 12. Bodø, Nordlandsforskning; nordlandsforskning.no/files/Rapport_2012/Rapport_12_2012.pdf (Lest 28.04.14)
20. Absulem S, Hardin H. Home health nurses' perceived care errors. *Rehabil Nurs* 2011, 36: 98-105, 128.
21. Ellenbecker CH, Frazier SC, Verney S. Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatr Nurs* 2004, 25: 164-170.
22. Sino CG, Munnik A, Schuurmans MJ. Knowledge and perspectives of Dutch home healthcare nurses regarding medication frequently used by older people. *Int J Older People Nurs* 2013, 8: 131-138.
23. Landmark BT, Gran SV, Grov EK. Ernæringsstatus blant pasienter i syke hjem og hjemmesykepleien kartlagt ved hjelp av Ernæringsjournalen. *Klin Sykepleie* 2014, 28: 4-14.
24. Roelands M, Van OP, Depoorter AM, Buysse A, Stevens V. Introduction of assistive devices: home nurses' practices and beliefs. *J Adv Nurs* 2006, 54: 180-188.
25. Haukelien, H. Omsorg og styring: kjønn, arbeid, og makt i velferdskommunen. Bergen: Universitetet i Bergen; 2013. www.telemarkforskning.no/publikasjoner/filer/2353.pdf (Lest 28.04.14)
26. Henderson V. Sykepleiens grunnprinsipper. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 1961.
27. Henderson V, Mellbye S, Munkeby AM. Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning: refleksjoner etter 25 år. Oslo: Universitetsforlaget; 1998.
28. Cromley EK, McLafferty S. GIS and Public Health. New York - London: The Guilford Press; 2012.
29. Dulin MF, Ludden TM, Tapp H, Blackwell J, de Hernandez BU, Smith HA et al.: Using Geographic Information Systems (GIS) to understand a community's primary care needs. *J Am Board Fam Med* 2010, 23: 13-21.
30. Foley R. Assessing the applicability of GIS in a health and social care setting: planning services for informal carers in East Sussex, England. *Social Science & Medicine* 2002, 55: 79-96.
31. Graves BA. Integrative literature review: a review of literature related to geographical information systems, healthcare access, and health outcomes. *Perspectives in Health Information Management* 2008, 5: 1-13. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2500173/pdf/whim0005-0011.pdf (Lest 28.04.14)
32. McLafferty S. GIS and health care. *Annu Rev Public Health* 2003, 24: 25-42.
33. Nykiforuk CJ, Flaman LM. Geographic Information Systems (GIS) for Health Promotion and Public Health: A Review. *Health Promotion Practice* 2011, 12: 63-73.
34. Passalent L, Borsy E, Landry MD, Cott C. Geographic information systems (GIS): an emerging method to assess demand and provision for rehabilitation services. *Disabil Rehabil* 2013, 35: 1740-1749.
35. Steinberg SJ, Steinberg SL. Geographical information systems for the social sciences. Investigating Space and Place. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc; 2006.
36. Angelsen R. Web GIS for hjemmetjenesten. *Web GIS for Home Care Services. Kart og plan* 2013, 3: 165-178.
37. Vägverket. Valgfrihet och transporter i hemtjänsten. Göteborg: Vägverket; 2010. publikationswebbutik.vv.se/upload/5498/2010_29_valfrihet_och_transporter_i_hemtjansten.pdf (Lest 28.04.14)
38. Vägverket. Kravspesifikasjon for ruttoptimering. Publikasjon 2007:59. Borlänge: 2007 publikationswebbutik.vv.se/upload/3067/2007_59_kravspesifikasjon_for_ruttoptimering.pdf (Lest 28.04.14)
39. Twigg J. The body in health and social care. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2006
40. Ouren T, Kristiansen O, Kaurin M, Herbern SM, Vege A, Jacobsen F et al. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem - statusrapport fra arbeidsgruppen for pleie og omsorg. Oslo: Helsedirektoratet; 2014 [helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem/Publikasjoner/Nasjonalt%20kvalitetsindikatorsystem.pdf](http://publikasjoner/nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem/Publikasjoner/Nasjonalt%20kvalitetsindikatorsystem.pdf) (Lest 28.04.14)
41. Almås H, Stubberud DG, Grønseth R. Klinisk sykepleie. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010.
42. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA. Grunnleggende sykepleie, Grunnleggende Behov. Bind 2. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011.
43. Holm SG. Kompresjonsstrømper til besvær? Er rammene for oppfølging av hjelp til på-/avledning av kompresjonsstrømper i hjemmetjenesten innenfor det som er forsvarelig? *Geriatrisk Sykepleie* 2014, 2: 26-30.
44. Helsenettverk Lister. Foreløpige resultater medisindispenser. 2014. www.lister.no/prosjekter/helsenettverk-lister/velferdsteknologi/demens/567-forloepige-resultater-medisindispenser. (Lest 28.04.14)