

Knappt med tid i hjemmetjenesten – om kjøreruter, skjulte tjenester og tidspress

En dokumentanalyse av
enkeltvedtak og ukeprogram

Solrun G. Holm

Knapt med tid i hjemmetjenesten –
om kjøreruter, skjulte tjenester og tidspress

En dokumentanalyse av enkeltvedtak og ukeprogram

Solrun G. Holm

Ph.d. i studier av profesjonspraksis
Nord universitet

Solrun G. Holm

**Knapt med tid i hjemmetjenesten –
om kjøreruter, skjulte tjenester og tidspress
En dokumentanalyse av enkeltvedtak og ukeprogram**

Ph.d. nr. 19 – 2017

© Nord universitet

ISBN: 978-82-93196-18-1

Trykk: Trykkeriet, Nord universitet

www.nord.no

Alle rettigheter forbeholdes.

Kopiering fra denne bok skal kun finne sted på institusjoner som har inngått avtale med Kopinor og kun innenfor de rammer som er oppgitt i avtalen.

FORORD

Ideen som har ligget grunn for dette arbeidet er inntrykket av at ansatte i hjemmetjenesten har knapt med tid til å utføre arbeidsoppgavene relatert til brukerne. Er det inntrykket riktig? Basert på litt kunnskap om hvordan geografiske informasjonssystemer (GIS) kan brukes til å analysere informasjon hvor geografiske data er involvert kom også spørsmålet om GIS kunne brukes til analyse av ukeprogram i hjemmetjenesten. Var ukeplanene lagt opp slik at det var tilstrekkelig tid til å følge opp de tjenestene brukerne hadde fått tildelt? Var det i tilstrekkelig grad tatt hensyn til avstanden mellom de enkelte brukere i planleggingsarbeidet?

Muligheten til å virkeliggjøre drømmen om å forske på dette kom med opprettelsen av Utviklingssenter for hjemmetjenester (UHT) og de regionale forskningsfondene. UHT Nordland søkte Fondsregion Nord Norge sammen med hjemmetjenesten i Vestvågøy og Sortland kommuner, og Profesjonshøgskolen, Universitetet i Nordland, om støtte til et brukerstyrt innovasjonsprosjekt *Utvikling og vedlikehold av kvalitative gode tjenestetilbud til brukere i åpen omsorg* (ES 468738 / prosjektnummer 208979). Denne avhandlingen er en del av dette prosjektet.

Geodata AS var behjelpelig med at jeg fikk gratis studentlisens til programvaren ArcGIS i to år fra ESRI, en stor takk til Knut Fredrik Sæther og Siril Hafstad. En takk til Ragnhild Angelsen som med sin GIS kompetanse hjalp meg med det praktiske arbeidet vedrørende bruken av ArcGIS.

Jeg vil også takke min hovedveileder professor Berit Støre Brinchmann for innsiktsfull veiledning, støtte og oppmuntring underveis og biveileder førsteamanuensis Kari Steinsvik for innsiktsfull veiledning om profesjonspraksis. Professor Terje A. Mathisen har vært en sentral biveileder i arbeidets avsluttende fase. Hans konstruktive kritikk og oppmuntringer har vært til stor hjelp i slutfasen med avhandlingen.

I tillegg vil jeg takke alle som deltok på seminarene Torill M. Sæterstand og jeg var ansvarlig for i forbindelse med gjennomføring av prosjektet *Utvikling og vedlikehold av kvalitative gode tjenestetilbud til brukere i åpen omsorg*. Dere kom med verdifulle innspill til mine presentasjoner av funn fra prosjektet.

En spesiell takk til Torill M. Sæterstrand, kollega og den andre stipendiaten i prosjektet, for samarbeidet underveis.

Prosjektet er godkjent av Regionaletisk komité, REK, Nord med registreringsnummer 2011/2457-6 (vedlegg IV) og NSD med nr. 28643.

Krogtoft Juni 2017

Solrun G. Holm

Sammendrag

Hensikten med denne avhandlingen er å få ny kunnskap om virksomheten til hjemmetjenesten slik den framkommer i dokumenter om organisering av de ansattes arbeidsdag, ukeprogram, og i dokumenter som synliggjør innholdet i de tjenester kommunen har tildelt tjenestemottakerne, vedtak.

Problemstillingen er: Utforske og beskrive hjemmetjenestens virksomhet slik den framkommer i dokumenter som synliggjør arbeidsdagen til de ansatte.

Forskningsspørsmålene er som følger:

- Hva kommer fram om kjøretid og tid til lovpålagt dokumentasjon i dokumenter om organisering av de ansattes arbeidsdag? Besvares i artikkel I
- Hvordan organiseres besøk hos brukere som får to eller flere besøk daglig når det gjelder sykepleiefaglige utfordringer? Besvares i artikkel II
- Hvilken informasjon om helsetjenester i hjemmet gir kommunene i enkeltvedtak? Besvares i artikkel III
- På hvilken måte oppfyller enkeltvedtakene offisielle kvalitetsstandarder for helsetjenester i hjemmet? Besvares i artikkel IV

Studien har et retrospektivt, deskriptivt design, og metoden som er brukt, er dokumentanalyse. Opplysninger med geografisk referanse er analysert ved å bruke ArcGIS, programvare for geografiske informasjonssystemer, GIS (artikkel I, II, III). Kvantitativ innholdsanalyse ved bruk av NVivo 9 er benyttet for å analysere innholdet i vedtakene (artikkel IV).

Datagrunnlaget for arbeidet er to typer dokumenter fra hjemmetjenesten i to distriktskommuner med cirka 10 000 innbyggere hver. Den ene typen er formelle offentlige dokumenter som inneholder skriftlige vedtak om hjemmesykepleie, praktisk bistand og støttekontakt. Den andre er arbeidsdokumenter som viser

planlagte ukeprogram med besøksruter for én uke vinteren 2012. Det ble samlet inn dokumenter med 833 enkeltvedtak samt ukeprogram med 420 besøksruter.

Jeg har ikke funnet tidligere studier som har analysert hvordan besøksruter i hjemmetjenesten planlegges.

Funn presentert i artikkel I viser at om lag en tredjedel av de planlagte kjørerutene for den ene uken er satt opp med altfor mange besøk, slik at de ansatte må prioritere hva som skal gjøres, og hva de må velge bort av tjenester som brukerne er innvilget. Med et så stramt tidsskjema som her, blir det heller ikke tid til å dokumentere arbeidet som er utført.

Funn presentert i artikkel II viser at 33 % av brukerne i kommune A og 28 % av brukerne i kommune B fikk to eller flere besøk daglig. I kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenesten står det i § 3 at kommunen skal søke å sikre at brukere følger en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold. I studie II viser funnene at organiseringen av besøkene til dem som får to eller flere besøk av hjemmetjenesten daglig, er utfordrende. Brukere som får hjelp til morgenstell, kveldsstell og/eller hjelp til legging samt tilrettelegging av alle måltider, får det innenfor et tidsintervall på 9 til 14 timer i kommune A, og 10 til 12 timer i kommune B. For noen brukere fører den planlagte besøksruten til økt risiko for nattfaste, mens andre ikke får administrert legemidlene som foreskrevet.

Funn presentert i artikkel III viser at de tjenestene brukerne får, fordeler seg i kommune A med 74 % til hjemmesykepleie, 12 % til praktisk bistand og 14 % til støttekontakt. I kommune B er fordelingen henholdsvis 73 %, 19 % og 8 %. Funn vedrørende varighet av tjenestene, viser at i kommune A hadde 41 % fått innvilget søknad uten slutt dato, 36 % for to år og 23 % under to år. I kommune B hadde 86 % fått innvilget hjemmetjenester uten sluttdato, og 14 % med sluttdato. I tillegg viser

det seg at 25 % av vedtakene med sluttdato i kommune A hadde gått ut på dato, og tilsvarende 7 % i Kommune B.

I artikkel IV presenteres funn som viser hvordan kommunene følger opp kvalitetsstandardene i § 3 i kvalitetsforskriften. Kvalitetsstandardene ble delt inn i 3 hovedkategorier, «*uavhengighet og kontroll*», «*sosiale behov*» og «*fysiologiske behov*» inkludert behandling og pleie. Innholdsanalyse av vedtakene viser at kommunene oppfyller kvalitetsstandardene til en viss grad. Hovedfunnet er at alle vedtak som kvalitetsstandarden *sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet*, er beskrevet i, er vedtak om støttekontakt. Ingen av vedtakene for tildelt hjemmesykepleie inneholder begrep som dekker denne kvalitetsstandarden. Vedtak om hjemmesykepleie inneholder i hovedsakelig begrep som ivaretar en eller flere av kvalitetsstandardene i kategorien fysiologiske behov. Det er få vedtak som inneholder begrep som dekker kvalitetsstandardene kategorien *uavhengighet og kontroll*. Det utgjør kun 2 % av vedtakene i kommune A og 1 % i kommune B.

Det teoretiske perspektivet som funnene fra de fire delstudiene drøftes i forhold til, er en modell av hjemmetjenestens virkelighet i tid og rom (basert på Gotveds modell *Cyber social reality embedded in time and space* (Gotved, 2006b)). Modellen skiller mellom tre dimensjoner, den kulturelle, den strukturelle og den interaksjonelle dimensjonen, jamfør figur 2 side 12. *Den kulturelle dimensjonen* viser til hvilke verdier og normer som dominerer innenfor hjemmetjenesten. *Den strukturelle dimensjonen* viser til organisering og planlegging av hjemmetjenesten. *Den interaksjonelle dimensjonen* viser til samhandling og påvirkning. Modellen setter kultur, struktur og interaksjon inn et tids- og romperspektiv som er viktig i hjemmetjenesten hvor tjenesten utføres hjemme hos brukerne og påvirker brukernes hjemlige organisering av dagen.

Funnene som er presentert i disse fire artiklene, viser ulike sider ved hjemmetjenestens virkelighet. Innenfor *den kulturelle dimensjonen* synliggjør funnene en kultur som ikke alltid forholder seg til vedtak. Vedtakene viser at hjemmetjenesten har en form for hjelpekultur primært med fokusering på hva brukerne trenger hjelp til og lite fokusering på hva brukerne kan gjøre for å ivareta egenomsorg. Innenfor *den strukturelle dimensjonen* viser funnene at planlegging av besøksrutene ikke alltid tar hensyn til de geografiske avstandene, noe som medfører at de ansatte ikke får tilstrekkelig tid hos brukerne. Planleggingen av besøksrutene har også innvirkning på interaksjonen mellom ansatte og brukere. Gir ikke besøksruten rom for å bruke den tiden som vedtaket gir, skaper det dårligere kår for samhandling mellom ansatte og brukere. Det kan også medføre at brukeren ikke får den tjenesten vedkommende skal ha.

Funn fra denne studien har implikasjoner for praksis som griper inn i alle dimensjonene av hjemmetjenestens virkelighet. Et bedre system for planlegging av ukeprogrammene som både har fokus på tid hjemme hos brukere og tiden det tar å komme seg fra en bruker til den neste vil løfte fram den strukturelle dimensjonen med sin klokkeid og det geografiske rommet. Det er ikke i tråd med utdanningen sykepleierne har, det å arbeide etter detaljerte vedtak. De foretar selvstendige vurderinger og handler i tråd med det som er forsvarlig sykepleie. Slik jeg ser det, bør kommunene revidere skillet mellom de som bestiller tjenesten og de som utfører tjenesten og la de lederne som er nærmest brukerne behandle søknader om helsetjenester i hjemmet. Da kan vi kanskje unngå skjulte tjenester.

Sykepleierutdanningen bør ha et større fokus på hva som er forsvarlig og omsorgsfull sykepleie, gi studentene mulighet til å reflektere begrensningene i hvor langt viljen til å yte omsorg kan strekkes og hva det betyr for utøvelsen av sykepleie.

Artikler

Denne avhandlingen er basert på følgende artikler:

- I. A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time? *BMC Health Services Research* 2014, 14:439 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/439>

- II. Sykepleiefaglige utfordringer i hjemmetjenesten – hvordan organiseres besøk hos brukere som får to eller flere besøk daglig? *Geriatrisk sykepleie. Tidsskrift for sykepleie i geriatri og demens* 2014, 6(2):24–34 http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/226224/3/14Gs2_u tfordringer_i_hjemmetjenesten_3278.pdf

- III. Allocation of Home Care Services by Municipalities in Norway: A Document Analysis. Artikkelen er sendt til vurdering.

- IV. Do municipalities comply with official quality standards for home care services? A content analysis. Artikkelen er sendt til vurdering.

Summary

The overall aim of this thesis is to gain new knowledge regarding the activities involved in home health care services as presented in documents. The documents show the organization of employees' work and highlight the nature of the services that the municipality provides to home health care service recipients.

The main question is as follows: Is there a scarcity of time in home health care services?

The research questions are as follows:

- Do home health care service organizations take into account driving time when planning daily visit routes in the weekly program? Article I
- How do home health care service organizations plan visits with recipients who receive two or more visits per day in regard to nursing challenges? Article II
- What time information do documents about assigned home health care provide? Article III
- How do municipalities comply with official quality standards for home health care services? Article IV

The study employed a retrospective, descriptive design and a document analysis method. Data with geographical references were analyzed using ArcGIS software for geographic information systems (GIS) (Articles I, II, III). Quantitative content analysis using NVivo 9 was performed to analyze the content of decisions (Article IV).

The data were collected from two types of documents from home health care services in two municipalities with approximately 10,000 residents each. One type was formal public documents containing written individual decisions on the provision of home health nursing, practical assistance and supportive contact. The other type was working documents showing the scheduled program for one week in the winter of 2012. The collected documents included 833 individual decisions, and the weekly program included 420 visit routes.

No previous studies have analyzed how visit routes in home health care services are planned.

The findings presented in Article I show that approximately one-third of the planned visit routes during the one week included too many visits; therefore, employees had to prioritize what to do and what services they could opt out of providing to recipients. With such a tight schedule, driving time and the time required to complete statutory documentation were underestimated in the planning of the daily schedules for the week.

The findings presented in Article II show that 33% of home health care recipients in municipality A and 28% of those in municipality B received two or more visits daily. The quality regulations for nursing and care services in §3 state that the municipality must ensure that home health care recipients have a normal life and circadian rhythm as well as avoid unwanted and unnecessary bed stays. In Study II, the findings show that the organization of visits involving those who receive two or more visits daily by home health care service professionals is challenging. Home health care recipients receive assistance with morning care, night care, and/or planning and preparation of all meals within an interval of 9 to 14 hours in municipality A and 10 to 12 hours in municipality B. For some recipients, the planned visit route caused an increased risk of overnight fasting, while others were not administered drugs as prescribed.

The findings presented in Article III show that the services that recipients receive in municipality A are distributed in the following way: 74% to home health nursing, 12% to practical assistance and 14% to personal support. The distributions in municipal B are 73%, 19% and 8%, respectively. The findings regarding length of service show that in municipality A, 41% of patients had no end date, 36% were provided service for two years, and 23% were provided service for fewer than two years. In municipality B, 86% of patients' services had no end date, whereas the

services that were provided to the remaining 14% of patients had an end date. In addition, it appears that 25% and 7% of the services with an end date in municipality A and municipality B, respectively, had expired.

The findings presented in Article IV show how municipalities follow up on the quality standards in §3 of the quality regulations. These quality standards were divided into 3 main categories: "independence and control", "social needs" and "physiological needs", including treatment and care. Content analysis of individual decisions shows that local authorities meet quality standards to a certain extent. The main finding is that all decisions that relate to the quality standard "Social needs as an opportunity for interaction, social contact, fellowship and activity" were described in individual decisions regarding supportive contacts. None of the decisions regarding allocated home health nursing contained a term covering this quality standard. Decisions regarding home health nursing primarily contained a concept that addressed one or more quality standards associated with the "Physiological needs" quality standard. Few decisions included a term covering the "Independence and control" quality standard. It accounted for only 2% of the decisions in municipality A and 1% in municipality B.

The theoretical perspective that the findings from the four sub-studies discussed is a model of home health care service reality in time and space (based on Gotved's *cyber social reality embedded in time and space* model (Gotved, 2006b)). The model distinguishes among the cultural, structural and interactional dimensions. The cultural dimension refers to the values and norms that dominate within home health care services. The structural dimension refers to the organization and planning of home health care services. The interactional dimension refers to the interactions and influences of home health care services. The model positions culture, structure and interaction in a time and spatial perspective, which is

important in home health care services, as they are performed at the recipients' home and affect the domestic organization of their day.

The findings presented in the four articles show various aspects of the reality of home health care services. The cultural dimension findings highlight a culture that does not always relate to the content of an individual decision. The individual decisions show that home health care services have a culture of helping that primarily focuses on what assistance recipients need. Furthermore, there is limited focus on what recipients can do to practice better self-care. Within the structural dimension, the findings show that the planning of visit routes did not always take into account geographical distance, which meant that employees did not have sufficient time with recipients. Planning visit routes also affected the interactions between staff members and care recipients. If the visit route did not allow for the time associated with the decision, it created poorer conditions for interactions between employees and care recipients. Moreover, the recipients might not have received the services to which they should have had access according to the decision.

Findings from this study have implications for practice that intervene in all the dimensions of the home health services' reality. A better system for scheduling week programs that focuses both on recipients' domestic time and the time it takes to get from one recipient to the next, will highlight the structural dimension with its clock time and geographic space. It is not in line with the education nurses have, to work by detailed decisions. They conduct independent assessments and act in accordance with what is proper nursing. As I see it, the municipalities should revise the distinction between those who allocate the service and those who perform the service and let the day-to-day heads who are closest to the recipients consider applications for home healthcare services. Then we may be able to avoid hidden services.

Nursing education should focus more on what is proper and kind nursing, giving the students the opportunity to reflect on limitations on how far the willingness to care can be stretched and what it means for the practice of nursing.

Articles:

- I. A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time? *BMC Health Services Research* 2014, 14:439 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/439>

- II. Sykepleiefaglige utfordringer i hjemmetjenesten – hvordan organiseres besøk hos brukere som får to eller flere besøk daglig? *Geriatrisk sykepleie. Tidsskrift for sykepleie i geriatri og demens* 2014, 6(2):24–34 http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/226224/3/14Gs2_u tfordringer_i_hjemmetjenesten_3278.pdf

- III. Allocation of Home Care Services by Municipalities in Norway: A Document Analysis. Article submitted for review.

- IV. Do municipalities comply with official quality standards for home care services? A content analysis. Article submitted for review.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| FORORD..... | III |
| SAMMENDRAG..... | V |
| ARTIKLER..... | IX |
| SUMMARY..... | XI |
| ARTICLES:..... | XV |
| INNHALDSFORTEGNELSE..... | XVII |
| FIGURER..... | XIX |
| TABELLER..... | XIX |
| DEL I..... | 1 |
| 1 INTRODUKSJON..... | 3 |
| 1.1 HENSIKT MED STUDIEN OG FORSKNINGSSPØRSMÅL..... | 3 |
| 1.2 FORFORSTÅELSE OG FORSKNINGSSOMRÅDE..... | 4 |
| 1.3 OFFENTLIGE FØRINGER FOR HJEMMETJENESTEN..... | 6 |
| 1.3.1 <i> lover og forskrifter.....</i> | 6 |
| 1.3.2 <i> Stortingsmeldinger.....</i> | 7 |
| 1.4 PRESENTASJON AV AVHANDLINGENS INNHOOLD OG OPPBYGGING..... | 9 |
| 2 TEORETISKE PERSPEKTIVER OG TIDLIGERE FORSKNING..... | 11 |
| 2.1 INNLEDNING..... | 11 |
| 2.1.1 <i> Litteratursøk.....</i> | 13 |
| 2.2 DEN KULTURELLE DIMENSJONEN I HJEMMETJENESTEN..... | 14 |
| 2.2.1 <i> Kultur.....</i> | 14 |
| 2.2.2 <i> Mening.....</i> | 16 |
| 2.2.3 <i> Re/konstruksjon.....</i> | 17 |
| 2.3 DEN STRUKTURELLE DIMENSJONEN..... | 18 |
| 2.3.1 <i> Struktur.....</i> | 18 |
| 2.3.2 <i> Orientering.....</i> | 19 |
| 2.3.3 <i> Synlighet.....</i> | 21 |
| 2.4 DEN INTERAKSJONELLE DIMENSJONEN..... | 22 |
| 2.4.1 <i> Interaksjon.....</i> | 22 |
| 2.4.2 <i> Regulering.....</i> | 23 |
| 2.4.3 <i> Praksis.....</i> | 24 |
| 2.5 OPPSUMMERING..... | 25 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3 | FORSKNINGSDESIGN, METODE OG EMPIRISK MATERIALE | 27 |
| 3.1 | INNLEDNING..... | 27 |
| 3.2 | FORSKNINGSDESIGN..... | 27 |
| 3.3 | METODE | 28 |
| 3.3.1 | <i>Tilnærming til forskningsfeltet</i> | 29 |
| 3.4 | EMPIRISK MATERIALE OG ANALYSE..... | 31 |
| 3.4.1 | <i>Kvaliteten på datamaterialet.....</i> | 32 |
| 3.4.2 | <i>Kodingsenhet og analyseenhet.....</i> | 33 |
| 3.4.3 | <i>Geografisk informasjonssystem som analyseverktøy</i> | 35 |
| 3.4.4 | <i>Deskriptiv statistikk.....</i> | 40 |
| 3.4.5 | <i>Kvantitativ innholdsanalyse.....</i> | 40 |
| 3.5 | STYRKER OG SVAKHETER VED STUDIEN | 41 |
| 3.5.1 | <i>Validitet.....</i> | 42 |
| 3.5.2 | <i>Reliabilitet</i> | 43 |
| 3.6 | ETISKE OVERVEIELSER | 44 |
| 4 | PRESENTASJON AV FUNN FRA AVHANDLINGENS ARTIKLER | 45 |
| 4.1 | ARTIKKEL I: A DESCRIPTIVE RETROSPECTIVE STUDY OF TIME CONSUMPTION IN HOME CARE SERVICES: HOW DO EMPLOYEES USE THEIR WORKING TIME? | 47 |
| 4.2 | ARTIKKEL II: SYKEPLEIEFAGLIGE UTFORDRINGER I HJEMMETJENESTEN – HVORDAN ORGANISERES BESØK HOS BRUKERE SOM FÅR TO ELLER FLERE BESØK DAGLIG? | 48 |
| 4.3 | ARTIKKEL III: ALLOCATION OF HOME CARE SERVICES BY MUNICIPALITIES IN NORWAY: A DOCUMENT ANALYSIS..... | 50 |
| 4.4 | ARTIKKEL IV: DO MUNICIPALITIES COMPLY WITH OFFICIAL QUALITY STANDARDS FOR HOME CARE SERVICES? A CONTENT ANALYSIS..... | 52 |
| 4.5 | OPPSUMMERING AV ARTIKLENE | 53 |
| 5 | DISKUSJON..... | 55 |
| 5.1 | INNLEDNING | 55 |
| 5.2 | UKEPROGRAM I HJEMMETJENESTEN – SKVIS MELLOM KLOKKETID OG PLEIENS TID?..... | 55 |
| 5.3 | VEDTAK, EN KONTRAKT TIL BESVÆR?..... | 60 |
| 5.3.1 | <i>Ensartede tidsrammer for de ulike tjenestene?</i> | 62 |
| 5.3.2 | <i>Arbeide etter vedtak – en utfordring?.....</i> | 63 |
| 5.4 | TIDSETIKK | 65 |
| 6 | KONKLUSJON | 71 |
| 6.1 | IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS..... | 72 |
| 6.2 | FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING | 73 |
| | LITTERATUR..... | 75 |
| | ARTIKLENE STUDIEN BYGGER PÅ | 95 |

Figurer

| | |
|---|----|
| FIGUR 1 KNIPPE OVERSKRIFTER FRA AVISER DE SISTE ÅRENE..... | 5 |
| FIGUR 2 HJEMMETJENESTENS VIRKELIGHET FORANKRET I TID OG ROM (FRITT ETTER GOTVED, 2006A; 2006B)..... | 12 |
| FIGUR 3 FIGUR SOM VISER DE VARIABLE INPUT OG HVILKE DATASETT SOM LIGGER TIL GRUNN FOR «SOLVER»..... | 37 |
| FIGUR 4 LOGISK MODELL SOM VISER MINIMUM AV ATTRIBUTTER SOM ER NØDVENDIG SLIK AT ANALYSEN KAN GJENNOMFØRES I ARCGIS 10.0 NETWORK ANALYST..... | 38 |
| FIGUR 5 EKSEMPEL PÅ KONTROLLSJEKK AV ORD I NVIVOS ORDTRE, HER BRUKT ORDET «STELL»..... | 41 |

Tabeller

| | |
|--|----|
| TABELL 1 OVERSIKT OVER HVA SOM ER FOKUS, DATAGRUNNLAG OG ANALYSE I DE FIRE ARTIKLENE AVHANDLINGEN BYGGER PÅ..... | 31 |
| TABELL 2 SJEKKLISTE FOR OFFENTLIGE DOKUMENTER ETTER SYVERTSEN (1998)..... | 32 |
| TABELL 3 KARAKTERISTIKK AV DE 4 ARTIKLENE..... | 45 |

Del I

Knapt med tid i hjemmetjenesten - om kjøreruter, skjulte tjenester og tidspress

1 Introduksjon

1.1 Hensikt med studien og forskningsspørsmål

Denne studien har fokus på hvilke tjenester hjemmetjenesten yter og hvordan hjemmetjenesten organiserer tjenesten til brukerne. Hensikten med studien er å utforske og beskrive hjemmetjenestens virksomhet slik den framkommer i dokumenter som synliggjør innhold og struktur i arbeidsdagen til de ansatte. Dokumentene representerer, ifølge Syvertsen (1998), organisasjonenes kollektive minne. Ved å analysere dokumentene som synliggjør organisering av arbeidsdagen, vil jeg få fram kunnskap om tid og rom i hjemmetjenesten, det vil si hvordan tiden disponeres og hvilken forståelse det er for tidsbruk generelt og kjøretid spesielt, relatert til det geografiske rommet hjemmetjenesten opererer i. Ved å analysere dokumenter som beskriver innholdet i hjemmetjenestens arbeid rettet mot tjenestemottakerne, og brev om enkeltvedtak med begrunnelser ønsker jeg få fram kunnskap om hvilke tidsressurser de ansatte har til å utføre de tjenester som er innvilget, og hvilke kvaliteter som kjennetegner disse tjenestene.

Problemstilling: Utforske og beskrive hjemmetjenestens virksomhet slik den framkommer i dokumenter som synliggjør innhold og struktur i arbeidsdagen til de ansatte.

For å belyse dette har jeg følgende forskningsspørsmål:

- Hva kommer fram om kjøretid og tid til lovpålagt dokumentasjon i dokumenter om organisering av de ansattes arbeidsdag? Besvares i artikkel I
- Hvordan organiseres besøk hos brukere som får to eller flere besøk daglig når det gjelder sykepleiefaglige utfordringer? Besvares i artikkel II
- Hvilken informasjon om helsetjenester i hjemmet gir kommunene i enkeltvedtak? Besvares i artikkel III

- På hvilken måte oppfyller enkeltvedtakene offisielle kvalitetsstandarder for helsetjenester i hjemmet? Besvares i artikkel IV

1.2 Forforståelse og forskningsområde

Hjemmetjenesten er en del av sykepleiernes profesjonspraksis. Ansatte i tjenesten har tre formelle pleiefaglige kompetansenivåer (Strandquist, 2007). På landsbasis er gruppen ansatte innenfor pleie og omsorgstjenestene med kompetanse på videregående opplæring (helsefagarbeider, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere) den største gruppen, ca 40 %. Gruppen ansatte med kompetanse på høyskole- / universitetsnivå og gruppen ansatte uten formell helsefaglig utdanning utgjør ca 30 % hver¹.

Min forforståelse av hjemmetjenesten er preget av tiden som lærer for sykepleiestudenter med praktiske studier i hjemmetjenesten og som leder for Utviklingssenter for hjemmetjenester i Nordland i cirka 1,5 år. Den kunnskap jeg i denne perioden fikk om hjemmetjenesten, fikk meg til å tenke over hvilken rolle vedtak spiller i planleggingen av brukertjenester og hvordan kjørerutene blir planlagt.

Det som virkelig fanget oppmerksomheten min vedrørende tid og rom i hjemmetjenesten, var utsagn fra sykepleiere som for eksempel «på kveldsvakta i morgen har jeg sju minutter til hver bruker», «matpausen min tar jeg i bilen», «bare det mest nødvendige blir gjort», «jeg kan kjøre opp til 15 mil på en seinvakt, så da sier det seg selv at jeg ikke kan gjøre alt». Rapporten *Rett hjem* fra Arbeidstilsynet (Utaaker, 2008:27) viser at 77 % av de ansatte opplever tidspress som et problem.

¹ Tallene er basert på Årsverk innanfor pleie- og omsorgstjenestene, etter utdanning, tid og statistikkvariabel, SSB.



Figur 1 Knippe overskrifter fra aviser de siste årene

Kombinert med avisoverskrifter som «Knallharde prioriteringer i hjemmetjenesten» (Connell og Skiphamn, 2011), «Stor forskjell på om du får hjelp til å stå opp klokka 9 eller 11» (Badi, 2009) fattet jeg interesse for hvordan ukeprogrammene blir satt opp (se figur 1).

I diskusjon med sykepleiere i hjemmetjenesten fra flere kommuner kom det fram at kjøretid ofte ble underestimert i planleggingen av ukeprogrammene. Tidspress er med andre ord ikke noe ukjent fenomen.

De fleste forskningsartiklene jeg har lest, som fokuserer på ulike sider av hjemmetjenesten, dokumenterer at ansatte i hjemmetjenesten opplever travelhet, og at vedtakene som er gjort, ikke alltid stemmer med hva de opplever brukerne har behov for (Andersson, 2007; Andersson, 2008; Gjevjon, Romøren, Kjos, & Hellesø, 2013; Szebehely, 2006; Tønnessen, 2011; Wærness, 1982). Det er skrevet flere artikler om hvordan man kan optimalisere og effektivisere kjørerutene i hjemmetjenesten (Eveborn et al., 2009; Schillander, 2010; Vägverket, 2007).

I min forskning ønsker jeg å finne ut om det det er knapt med tid i hjemmetjenesten. For å få kunnskap om dette, ønsket jeg å undersøke hjemmetjenestens virksomhet slik den framkommer i dokumenter som synliggjør innhold og struktur i arbeidsdagen

til de ansatte. Studien bygger på dokumenter som brev om enkeltvedtak til bruker som viser innholdet i de tjenestene hjemmetjenesten yter og ukeprogram som viser organisering av de ansattes daglige oppgaver gjennom en uke. Jeg gjør en dokumentanalyse hvor data med geografisk referanse blir analysert ved bruk av geografisk informasjonssystem, GIS. Data fra vedtak om hvilke tjenester som er innvilget, blir analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk. Det teoretiske perspektivet som funnene presentert i de fire artiklene drøftes i forhold til, er en modell av hjemmetjenestens virkelighet i tid og rom basert på Gotveds modell *Cyber social reality embedded in time and space* (Gotved, 2006b).

1.3 Offentlige føringer for hjemmetjenesten

1.3.1 Lover og forskrifter

Hjemmetjenesten som organisasjon slik vi kjenner den i dag, ble en del av den offentlige helsetjenesten i 1972 (Birkeland og Flovik, 2014). Da kom *Midlertidige retningslinjer for opprettelse og drift av hjemmesykepleievirksomhet*, og i løpet av ti år hadde alle kommunene i landet opprettet hjemmesykepleie. I 1982 kom kommunehelsetjenesteloven som ble lovregulert som kommunal tjeneste (Bølstad, 1985). Med denne loven kom *Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste* (Forskr. om lovbest. Sykepleietjeneste, 1983), der sykepleiere fikk lovfestet det faglige ansvaret. I 2011 kom en ny helse- og omsorgstjenestelov som erstattet den gamle kommunehelsetjenesteloven (Kjellevold, 2014).

I forskriften *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* beskriver Helsedirektoratet (Sosial- og helsedirektoratet, 2004) hvilke krav som stilles til faglig innhold i profesjonell utøvelse av pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Kvalitet beskrives som «helheten av egenskaper en enhet har, og som vedrører dens evne til å

tilfredsstillte uttalte og underforståtte behov» (Sosial- og helsedirektoratet, 2004:7). Paragraf 3 i forskriften viser hvilke oppgaver kommunene har vedrørende pleie og omsorgstjenester og hvilket innhold tjenestene skal ha for å sikre at brukerne får dekket grunnleggende behov. Kommunene skal blant annet sikre at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og at det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten. Brukerne skal medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Brukerne har også etter denne forskriften medbestemmelsesrett ved daglig utførelse av tjenestene.

Ordet «brukere» benyttes i mange sammenhenger om de som mottar kommunale helse og omsorgstjenester og det dekker både brukere og pasienter. I *pasient- og brukerrettighetsloven* (2001) defineres bruker som «en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c» (Pasient- og brukerrettighetsloven 2001, § 3 f). En pasient defineres som «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (Pasient- og brukerrettighetsloven 2001, § 3 a).

I denne avhandlingen har jeg valgt å bruke begrepet bruker som viser både til pasient og bruker definert i bruker og pasientrettighetsloven. Pasient brukes der tjenesten defineres som helsehjelp, samt når teksten omhandler pasienter generelt og ikke spesielt i hjemmetjenesten.

1.3.2 Stortingsmeldinger

Offentlige føringer for hjemmetjenesten beskrives også i stortingsmeldinger som fokuserer på den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. I stortingsmeldingen *Mestring, muligheter og mening* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006) går det

klart fram at kommunene skal sikre at brukere av omsorgstjenester får dekket grunnleggende behov slik det går fram i forskrift om kvalitet i omsorgstjenesten. Samhandlingsreformen tar for seg behov på et overordnet nivå, som helhetlig behov for helse- og omsorgstjenester, og sørger for at kommunene følger opp hva som er pasientens forståelse av eget behov. Stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) viser til hvilke behov som omsorgstjenesten vil møte i framtiden med en aldrende befolkning.

I stortingsmeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) fokuseres det på at tjenestene må gis når det er behov for dem:

Målet er å skape tjenester som bidrar til at hver enkelt tjenestemottaker får ivarett sine grunnleggende behov og mulighet til å leve et aktivt og godt liv i fellesskap med andre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015:45).

Helsedirektoratet ga i 2006 ut en veileder i saksbehandling som viser hvordan vedtak bør skrives (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).² For å sikre en tilnærmet lik vurdering av dem som søker om helsetjenester i hjemmet, fikk vi forskrift om IPLOS, Individbasert PLeie- og OmsorgsStatistikk, i 2006. Den pålegger alle kommuner å sende opplysninger som hentes inn i forbindelse med kartlegging av behov for helsetjenester i hjemmet hos dem som søker om disse tjenestene til SSB (2016).

Den som har behov for helsetjenester i hjemmet, søker kommunen om dette, og får etter endt saksbehandling et skriftlig enkeltvedtak på hvilke tjenester som er innvilget, og hvor mye tid dette krever per uke. Hvert enkeltvedtak skal være basert på en konkret og individuell vurdering. Helsetilsynet skriver:

Vedtakene er nærmest å betrakte som en varedeklarasjon som skal vise omsorgsmottakerne og deres pårørende hva kommunen har lagt til grunn for

² Denne veilederen kom i revidert utgave i februar 2016 (Helsedirektoratet 2016)

og lagt vekt på ved vurderingen av behov for og tildeling av tjenester (Helsetilsynet, 2011:42).

I veilederen *Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester* (Sosial- og helsedirektoratet, 2006) er det eksempler på hvordan en slik «varedeklarasjon» bør utformes.

1.4 Presentasjon av avhandlingens innhold og oppbygging

Avhandlingen består av tre deler. Del I er en introduksjon og binder sammen temaene som er presentert i artiklene, del II består av avhandlingens fire artikler og del III er vedlegg.

I kapittel 2 presenterer jeg forskning som i hovedsak omhandler hjemmetjenesten. Denne forskningen relaterer jeg til tre dimensjoner ved hjemmetjenestens virkelighet etter en modell utviklet av Gotved (2006a; 2006b). Design og forskningsmetode presenteres og drøftes i kapittel 3. Kapitlet avsluttes med en diskusjon om studiens reliabilitet og validitet, samt etiske overveielser. Artiklene presenteres kort i kapittel 4, og i kapittel 5 drøftes avhandlings problemstilling og funn opp mot tidligere forskning og teoretiske perspektiver. Kapitlet avsluttes med implikasjoner for praksis i hjemmetjenesten og forslag til videre forskning.

2 Teoretiske perspektiver og tidligere forskning

2.1 Innledning

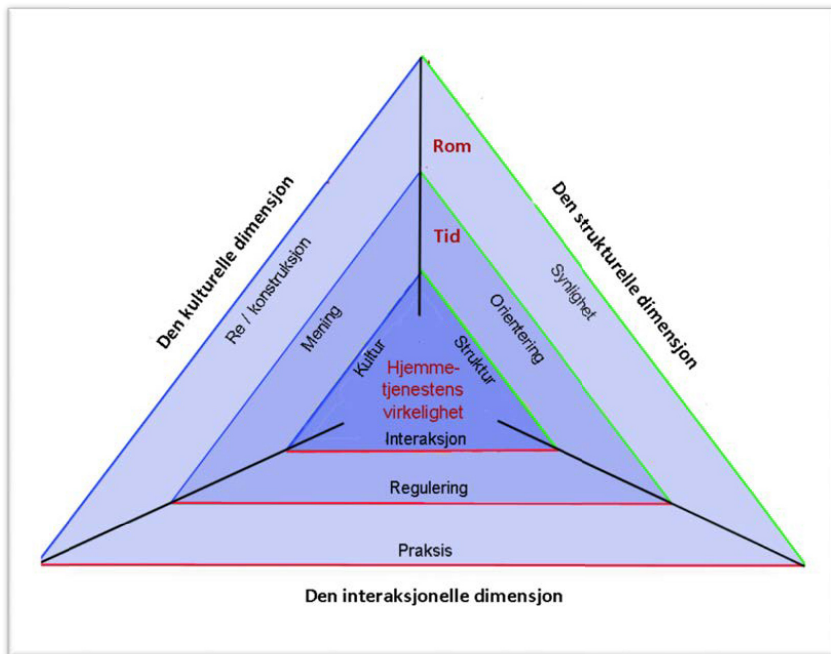
I dette kapitlet blir ulike sider ved hjemmetjenesten virksomhet belyst ved å trekke fram relevant teori og litteratur. Jeg hadde i utgangspunktet planlagt å bruke virksomhetsteori som teoretisk ramme i avhandlingen, men i forbindelse med systematisk litteratursøk til kappa, kom jeg over Gotveds artikkel *Time and space in cyber social reality* (Gotved 2006b). Gotved argumenterer i denne artikkelen for en teoretisk modell hvor begrepene tid og rom er satt inn i en kulturell -, strukturell - og interaksjonell dimensjon av «cyber social reality». Siden virksomhetsteori ikke har en tilsvarende utdyping av tid og rom, valgte jeg Gotveds teoretiske modell som ramme, da tid og rom har mange uttrykksformer relatert til hjemmetjenesten.

Hjemmetjenesten virksomhet er karakterisert ved at den skjer i andres hjem. Brukerne kan bo både i gangavstand og flere mil unna kontoret. Det medfører at ansatte bruker tid til å forflytte seg mellom hjemmene. Hjemmetjenestens kjennetegnes og ved at flere av brukerne mottar tjenester over flere år (Mørk, Sundby, Otnes, Wahlgren, & Gabrielsen, 2013).

Hjemmetjenestens virksomhet er kompleks, men ved å tilpasse Gotveds modell «cybersocial reality» (Gotved, 2006a; Gotved, 2006b)³ til hjemmetjenesten, har jeg et teoretisk rammeverk som jeg kan bruke til å analysere hvilke sider ved hjemmetjenesten tidligere forskning har fokusert på og som jeg drøfter mine funn opp mot. Selv om Gotved utviklet sin modell for å utforske, beskrive, analysere og sammenlikne variasjoner i ulike nettsamfunn, kan modellen også benyttes til å utforske andre sosiale virkeligheter. Som Gotved skriver: «Every society can be characterized by its position in time and space» (2006b). Modellen er utformet som

³ Det er flere fra ulike fagområder som refererer til Gotved i sin forskning (se Frink 2015; Kalavite 2010; Schofield 2015).

et triangel (figur 2). I den innerste trekanten, hjemmetjenestens virkelighet, symboliserer sidene kultur, struktur og interaksjon. Denne trekanten er omsluttet av trekanten tid, hvor sidene viser til det temporale knyttet til mening, orientering og regulering. Den ytterste trekanten, som omslutter trekanten tid, er rom, med sidene re/konstruksjon, synlighet og praksis. Navnene på sidene i den mellomste og ytterste trekanten er bevisst knyttet til hver av sidene i den innerste, slik at modellen viser tre dimensjoner av hjemmetjenestens virkelighet omsluttet av tid og rom: den kulturelle, den strukturelle og den interaksjonelle.



Figur 2 Hjemmetjenestens virkelighet forankret i tid og rom (fritt etter Gotved, 2006a; 2006b)

Den kulturelle dimensjonen viser til hvilke verdier og normer som er dominerende i en gruppe, en organisasjon eller et samfunn. Den strukturelle dimensjonen utgjør de mer stabile mønstrene som styrer hvordan medlemmer av grupper, organisasjoner og samfunn forholder seg til hverandre. Den interaksjonelle dimensjonen omfatter

samhandling og påvirkning av medlemmene i en gruppe, en organisasjon eller et samfunn og hvordan tid regulerer dette. Hver av disse dimensjonene har spesifikke trekk fra tid og rom knyttet til seg.

2.1.1 Litteratursøk

I dette arbeidet har jeg gjort systematisk litteratursøk til hver artikkel og til kappa. Jeg har brukt oversiktsdatabasene CINAHL, Google Scholar, OVID-databasene (Helsebiblioteket), PUBMED og Scopus. For å få oversikt over skandinavisk litteratur har jeg benyttet SWEMED+, Nordart, Bibsys/Oria og Uppsatser.se.

I tillegg benyttet jeg meg av mulighetene til databasene PUBMED og OVID-databasene (Helsebiblioteket) om å få beskjed på mail når det kom nye vitenskapelige artikler innenfor mine interesseområder.

Litteratursøk ble foretatt på engelsk og norsk/nordisk. Jeg startet med oversiktssøk ved bruk av sentrale søkeord⁴, så kombinerte jeg det søket med andre aktuelle søkeord. Tilslutt satt jeg igjen med et antall abstrakt som jeg leste i gjennom og endte så opp med artikler som omhandler det temaet jeg skriver om.

I forbindelse med skriving av kappa har jeg gjentatt søkene jeg gjorde til hver artikkel for å se om det var kommet flere artikler.

Interessante henvisninger i artikler ble også fulgt opp.

⁴ Søkeord oversatt til norsk, gjengitt i alfabetisk rekkefølge: Arbeidstid, besøkstid, bruker/pasient, dokumentanalyse, enkeltvedtak, geografiske informasjonssystem, helsetjenester i hjemmet, hjemmebaserte tjenester, hjemmesykepleie, innholdsanalyse, kjørerute/besøksrute, kjøretid/reisetid, kvalitetsstandard, natthaste, praktisk bistand, saksbehandling, støttekontakt, tid, tid og rom, vær, ukeprogram.

2.2 Den kulturelle dimensjonen i hjemmetjenesten

2.2.1 Kultur

Flere studier viser at ansatte i hjemmetjenesten har utviklet en egen kultur hva angår det å utøve hjelp i brukerens hjem. Gjertsen et al (2012) avdekket i studien om «Tidsbruk i pleie og omsorgstjenestene» at det i hjemmetjenesten er et nokså uklart skille mellom sykepleiere og helsefagarbeidere når det gjelder arbeidsoppgaver fordi yrkesgruppene i stor grad utfører de samme arbeidsoppgavene hos brukerne. Dette ser ut til å være en bevisst strategi for å følge opp

ideen om at hjemmeboende brukere skal ha færrest mulige tjenesteytere å forholde seg til som fører til at *«sykepleiere gjør mange oppgaver som ikke er sykepleieoppgaver»*. (Gjertsen et al, 2012:132)

Gjevjon (2015) har ikke samme forståelsen. Hun mener det er

grunn til å anta at fordelingen av personale til pasienten gjennom daglige arbeidslistor sjelden begrunnes i en intensjon om å sikre høyest mulig grad av personkontinuitet.

Det Gjevjon (2015) ikke tar opp, er om det er uklart skille mellom hvem som gjør hva av sykepleiere og helsefagarbeidere.

Haukelien (2013) viser også til det uklare skille mellom sykepleiere og helsefagarbeidere, men hun mener det kommer av at det forventes at de ansatte skal være fleksible med tanke på hvilke oppgaver de skal utføre. «Sykepleiere forventes å vaske gulvene, mens hjemmehjelperen like gjerne vasker pasienter» (Haukelien 2013:83).

Et annet trekk som noen studier trekker fram, er at ansatte strekker seg svært langt for å ivareta det de mener er brukernes behov. De ser i stor grad bort fra de vedtakene som administrasjonen har fattet (Kroken, 2006; Sæterstrand, Holm, &

Brinchmann, 2015; Vabø, 2007; Vike, Brinchmann, Haukelien, Kroken, R., & Bakken, 2002). Vabø (2008) fant at omkring 50 % av omsorgsarbeiderne som jobbet innenfor en bestiller-utførerorganisasjon og 38 % innenfor en tradisjonell struktur gjør mer enn det som står i vedtaket for å imøtekomme eldres behov. Kirchhoff (2010) avdekket i sin avhandling kollektive normer som legitimerer en kultur i hjemmetjenesten for å yte tjenester til brukere som ikke er beskrevet i enkeltvedtaket som f.eks å krølle håret etter dusjing. Han kaller det for skjulte tjenester.

Ellefsen (1987) dokumenterer i sin studie at ansatte i hjemmetjenesten har utviklet metoder for å takle uforutsette hendelser. De sikrer seg ved å ha noe tid «å gå på». Dette er et mønster, skriver hun, som også Lipsky (Lipsky, 1980 i Ellefsen, 1987:64) fant i sine studier om klientarbeid.

De som møtte uforutsette økninger i arbeidsbyrden (sykdom, ekstraklienter, øyeblikkelig hjelp) hadde en tendens til å sikre seg mer tid som de kan ta av om det blir nødvendig. (Ellefsen, 1987:64)

I en studie fra British Columbia, Canada (Sims-Gould, Byrne, Beck, & Martin-Matthews, 2013) har 91 % av de ansatte erfart uforutsette hendelser i hjemmetjenesten som enten hendte brukerne eller dem selv. Sims-Gould mfl (2013) beskriver tre måter de ansatte møtte uforutsette hendelser, 1) følger reglene, 2) tøyer eller bryter reglene og 3) arbeider for å forebygge uforutsette hendelser.

I nyere studier hvor ansatte er intervjuet om arbeidet sitt, kommer det fram at grunnet tidspress er det ikke uvanlig at de ikke får gjort alt som bør gjøres. De må prioritere det som er mest nødvendig (Tuftes, 2013a; Tuftes og Dahl, 2016; Tønnessen, Nortvedt & Førde, 2011; Tønnessen, 2014; Utaaker, 2008).

Personlig tid, som matpauser, benyttes til å fullføre oppgaver. Sykepleiernes ansvarsfølelse gjør at mange opplever ikke å få gjort det de skal, og at de «tar med seg jobben hjem», noe som går utover egen velferd (Rønning, 2004; Vike et al., 2002). Rodney & Varcoe (2012:107) beskriver dette slik: «You (the nurses) always have to work a way around the system to make it work.» Måten sykepleiere omgår systemet på, kan slå tilbake på dem selv, da måten de arbeider på, kun blir lokal kunnskap.

2.2.2 Mening

Mening viser til tid forstått som prosess og minner fra disse prosessene. I den kulturelle dimensjonen etableres mønstre av mening som viser hvordan tid er innebygd som en del av kommunikasjonen. Tid er relatert til mange uttrykksformer i hjemmetjenesten. For å beskrive tiden ansatte er sammen med bruker, brukes begreper som direkte brukertid, indirekte brukertid, ansikts-til-ansikt-tid, sistnevnte forkortes til ATA-tid, direkte og indirekte pleietid (Iversen, 1986; KS, 2004; Rambøll, 2009). Direkte brukertid er den tiden ansatte er hos brukeren, også kalt ansikt-til-ansikt tid og direkte pleietid. Indirekte brukertid/indirekte pleietid er den tiden ansatte bruker på oppgaver relatert til brukerne som kjøretid, rapportering, medisinbehandling, kontakt med lege, kontakt med pårørende og tid til annen aktivitet som møter og internundervisning. I forbindelse med vedtak brukes uttrykk som saksbehandlingstid og iverksettingstid (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Saksbehandlingstid er den tiden det tar fra søknad mottatt til svarbrev er sendt til bruker. Iverksettingstid er tiden fra søknad er innvilget til vedtaket settes i verk.

I studier som beskriver praksis i hjemmetjenesten brukes meningsuttrykk om tid som «på grunn av knapp tid», «å sette av tid til» (Sæterstrand et al., 2015), «mangel på tid» (Kirchhoff, 2010:113; Tønnessen et al., 2011), tidspress (Gautun & Bratt, 2014:72; Sæterstrand et al., 2015; Tønnessen et al., 2011), travelhet (Hamran & Moe, 2012:41; Haukelien, 2013:78; Vabø, 2007:137; Wærness, 1999:155).

2.2.3 Re/konstruksjon

Den romlige dimensjonen av kultur, re/konstruksjon, viser til den fysiske verden av hjemmetjenestens virkelighet som det geografiske og sosiale rommet er en del av. Det finnes flere studier som har analysert det geografiske rommet, det vil si veistrekningene i hjemmetjenesten, hvordan de kan konstrueres og rekonstrueres. En del forskning har effektivisering og optimalisering av kjørerutene i fokus (Angelsen, 2013; Eveborn, Flisberg & Rönnqvist, 2006; Eveborn et al., 2009). Schillander (2010) beskriver bakgrunnen for å gjøre slike analyser:

Med en effektivare verksamhetsplanering frigörs arbetstid, minskar kostnader, miljöpåverkan och stress. Med kortare körsträckor minskar exponeringen i trafiken och tillsammans med en minskad stress förbättras arbetsmiljö och trafiksäkerhet (Schillander, 2010).

Innenfor velferdsteknologiprogrammet til Helsedirektoratet er det et prosjekt kalt *Logistikk-løsning for mer optimale kjøreruter og bedre kvalitet på tjenester*. Dette viser en løsning med potensial for store kommunaløkonomiske gevinster (Melting og Frantzen, 2015). Iversen (1986:33) problematiserer besøksruter på følgende vis:

Jeg tror alle er meget bevisst på reisetiden og legger sine ruter opp så rasjonelt som mulig, men det er mange hensyn å ta. Noen pasienter må tas tidlig og andre senere, og det stemmer ikke alltid med det som er mest praktisk med hensyn til reiseruten. Og man må relativt ofte innom kontoret for møter.

Twigg (2000; 2006) ser på hvordan brukernes hjem er romlig organisert, med en offentlig del hvor besøkende tas imot og en privat del som bare de som bor i huset, bruker. Badet er mindre privat enn soverommet ettersom gjester kan benytte det. Hun viser til at når hjemmetjenesten kommer inn på hjemmets territorium, så bringer den med seg sin egn rasjonalitet som på mange måter kan komme i konflikt med de rasjonaliteter som fins der. Dette gjelder særlig når hjemmet blir omdannet til et «minisykehus» med sykehusseng og annet medisinsk utstyr.

Begrepet re/konstruksjon av rom brukes også i overført betydning. Gautun (2012) bruker uttrykk som «lite økonomisk handlingsrom» (s 26), «det begrensede handlingsrommet» (s 50) når hun beskriver funnene i studien *Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien*. Halvorsrud et al. (2014) bruker begrepet «hjemmesykepleierens handlingsrom» når de beskriver hjemmesykepleierens mulighet for å yte “det lille ekstra” til nedstemte pasienter. Tønnessen og Nortvedt (2012) skriver at det hører sykepleierne generelle basiskunnskaper «betydningen av tid og rom for å kunne gå inn i vanskelige samtaler». Kirchhoff (2010) bruker begrep som «det formelle handlingsrom» og «det kollektive handlingsrom» når han drøfter ansattes forståelse for utøvelse av skjulte tjenester.

2.3 Den strukturelle dimensjonen

2.3.1 Struktur

Organisasjonsstrukturen i hjemmetjenesten legger føringer for hvordan arbeidet planlegges, mens lover og forskrifter legger føringer for innholdet i tjenesten. Hjemmetjenesten er organisert på ulike måter. Den gamle måten har ikke noe tydelig skille mellom forvaltning og drift av tjenestene. De enkelte sektorene i hjemmetjenesten følger opp søknader om helsetjenester i hjemmet og utformer enkeltvedtak. Men for få kontroll over utgiftene i offentlige tjenester, har vi fått en ny modell hvor det er et tydelig skille mellom forvaltning og drift, den kalles bestiller-utfører-modellen og knyttes til New Public Management (NPM). NPM har som overordnet hensikt å styre, fordele og utnytte ressursene på en mest mulig effektiv måte (Hood 1995). Vabø (2007) viser hva dette førte til i pleie- og omsorgstjenesten:

Knappe ressurser (tid) ble kanalisert til administrativt arbeid som handlet om å formalisere hjelpemottakerens rettmessige krav og som handlet om å gjøre tjenesten mer transparent og kontrollerbar. Den operative tjenesten ble presset i form av økt travelhet og mindre fleksible avtaler. Omsorgspersonalet fikk ikke bare mindre tid; de fikk også mindre kontroll med sin egen tid (Vabø, 2007:278).

For å effektivisere hjemmetjenesten har alle kommunene tatt i bruk elektronisk pasientjournal, EPJ. EPJ er den elektroniske infrastrukturen i hjemmetjenesten som undersøtter saksbehandling, brukeradministrasjon og dokumentasjon (Helsedirektoratet, 2014). Det finnes studier som viser at dokumentering av det arbeidet som gjøres i hjemmetjenesten, er mangelfull (Gjevjon & Hellesø, 2010; Naustdal & Nettelund, 2012; Rusdal & Aase, 2013). En studie fra Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Troms viser at det er

manglende samsvar mellom dagens Elektroniske Pasientjournalssystemer (EPJ) og det behov omsorgstjenesten har for et effektivt og velfungerende verktøy i arbeidshverdagen. Konsekvensen av dette er at de ansatte opplever vanskeligheter i forhold til å oppfylle sin juridiske dokumentasjonsplikt, noe som i verste fall kan føre til at kvaliteten og sikkerheten knyttet til pasientbehandlingen settes i fare (Abelsen & Poppe, 2016:4).

2.3.2 Orientering

Orientering er tidsdimensjonen relatert til struktur. Med orientering menes orientering i forhold til klokke- og kalendertid. Det daglige arbeidet i hjemmetjenesten er strukturert i besøksruter organisert etter hvilke oppgaver som skal gjøres. Studier viser at kommunene strukturerer disse besøksrutene ulikt. Forskning som har fokusert på brukernes hverdag, viser til at noen av forutsetningene for en velfungerende hjemmetjeneste er at de ansatte har avsatt tilstrekkelig med tid til dagens møte med den enkelte bruker i tillegg til at de har

«tid å gå på», det vil si handlingsrom om det skulle oppstå noe uforutsett (Ellefsen, 1987).

De som møtte uforutsette økninger i arbeidsbyrden (sykdom, ekstraklienter, ø.hj.⁵) hadde en tendens til å sikre seg mer tid som de kan ta av om det blir nødvendig. (Ellefsen, 1987:64)

Med de organisatoriske endringene som pågår, fra tradisjonell organisering til bestiller-utfører-modellen, opplever de ansatte knappere tidsrammer (Szebehely, 2005; Szebehely, 2006; Szebehely og Trydegård, 2012; Tønnessen, 2014; Tufte, 2013b; Vabø, 2007). Vabø (2008) viser til at erfaringene er delte når det gjelder hvor travelt det er i hjemmetjenesten. Det er like mange som opplever å ha tid nok til å utføre jobben sin som de som har det for travelt. Tønnessen et al. (2011) viser at sykepleiere har stramme rammer rundt hvert besøk, noe som de opplever ikke alltid gir rom for å gi pasientene den tjenesten de har behov for. Dette skriver de, gjelder særlig kommuner som har bestiller-utførermodellen.

Twigg (2000; 2006) fokuserer på hvordan tiden i hjemmet er strukturert; rundt omsorgen for kroppen, det å stå opp, vaske seg, kle på seg, barbere seg, spise, drikke og kvitte seg med avfallsstoffer. Disse aktivitetene gir dagen rytme og struktur, noe vi i liten grad tenker over fordi slike aktiviteter en del av vår «tatt for gitt-verden». Når hjemmetjenesten kommer inn som en del av hverdagen, får det for mange brukere konsekvenser for hvordan tiden i hjemmet struktureres, som at de ikke kan stå opp eller legge seg når de ønsker (England & Dyck, 2011; Twigg 2000; Tønnessen, Nortvedt, & Førde, 2011).

⁵ Øyeblikkelig hjelp.

2.3.3 Synlighet

I den strukturelle dimensjonen er rom det synlige rommet vi beveger oss i. Det kan være fysiske så vel som sosiale rom. Ansatte i hjemmetjenesten navigerer i hovedsak i to ulike fysiske rom i tillegg til basen (sektorkontoret). Det ene er det geografiske rommet, veiene, og det andre er brukernes hjem. Veiene kan sammenlignes med korridorene i sykehus og sykehjem, men forskjellen er at veiene har kvaliteter vi ikke finner i korridorer, som vær, avstander og dårlig vedlikehold (Craven Byrne, Sims-Gould & Martin-Matthews, 2012; Joseph, Skinner & Yantzi, 2013; Sharman, 2010; Skinner, Yantzi & Rosenberg, 2009). Brukerne kan bo tett eller spredt. Det betyr at det i noen distrikter er gangavstand mellom brukerne, mens i andre må de ansatte bruke bil og eller båt for å komme til brukere som bor opp til flere mil fra kontoret. Tiden på veien fra den ene brukeren til den andre og til kontoret, skriver Ellefsen (1987), kan være et ekstra pusterom eller det ekstra slitet som regn, snø og slaps gir. Iversen (1986) har en positiv tilnærming til den geografiske avstanden mellom brukerne i hjemmetjenesten. Hun skriver:

I hjemmesykepleien kan du ta pause mellom pasientene, virkelig pause, fordi du må ha en viss tid for å bevege deg fra den ene pasienten til den andre. (...) Når vi er ferdige, sier vi adjø, går ut og lukker døren etter oss, går ut på gaten og fjerner oss fysisk og (så godt som mulig) psykisk fra pasienten (Iversen, 1986:17).

Værproblemer i forhold til forsinkelser i transporttiden er et aktuelt forskningstema innenfor transportnæringen, og da relatert til hvordan været påvirker transport og hvordan denne påvirkningen kan omregnes i kroner (Bardal & Mathisen, 2015; Maze, Agarwal & Burchett, 2006). Det fins noen studier fra Canada som viser hvordan vinterværet virker inn på framkommeligheten mellom hjemmetjenestens kontor og brukerne (Joseph et al, 2013; Sharman, 2010; Skinner et al., 2009). Funnene tyder på at værrelaterte utfordringer som dårlig vær kombinert med

dårlige og farlige veistrekninger og lange avstander mellom brukerne, er undervurdert når det gjelder drift av hjemmetjenesten.

2.4 Den interaksjonelle dimensjonen

2.4.1 Interaksjon

I denne modellen forstås sosial Interaksjon som alle måter mennesker er knyttet til hverandre som vises i samhandling, bruk av teknologi (f.eks mobiltelefoner) og innstilling til prosesser i de kulturelle og strukturelle dimensjonene. De ansatte jobber som regel alene i andres hjem og står i situasjoner der de må stole på seg selv og sine egne avgjørelser der og da (Hegerstrøm, 2002; Sæterstrand et al., 2015; Öresland, 2011). Ansatte i hjemmetjenesten understreker i flere sammenhenger at de er gjest i brukerens hjem med den ydmykheten og respekten som det krever (Haukelien, Møller, & Vike, 2011; Walivaara, Savenstedt & Axelsson, 2013; Öresland, Maatta, Norberg, Jorgensen & Lutzen, 2008). Det er imidlertid ikke bare som gjest ansatte i hjemmetjenesten kommer på besøk, men også som profesjonelle yrkesutøvere. Om de ansatte oppfatter seg enten som gjest eller som profesjonell yrkesutøver kan det muligens påvirke interaksjonen mellom dem og brukeren. En studie skiller seg ut. Moe (2013) og Öresland et al. (2008) avdekket i deres studier at flere pasienter føler seg som gjest i eget hjem på bakgrunn av adferden til ansatte fra hjemmetjenesten. Moe (2013:39) beskriver det slik: «Hennes hjem var omgjort til en arbeidsplass, og hun følte seg som gjest i eget hjem når besøket ble benyttet til telefonsamtaler».

Sharman (2010:150) viser i sin studie hvor avhengig ansatte i hjemmetjenesten er av mobiltelefonen:

CHWs⁶ consider mobile phones to be an essential tool for workers who spend much of their day on the road or in clients' homes. The phones have a myriad of uses. A client may be out or otherwise unable to answer the door, so if a CHW does not have a mobile phone with her, then she has no way of contacting the client or the office to determine whether something is wrong.

Sharman (2010) skriver også at mobiltelefonen er en ekstra sikkerhet for de ansatte som jobber isolert og i utsatte geografiske områder.

Ansatte i hjemmetjenesten samhandler også med andre aktører i helsetjenesten, som fastleger, apotek og sykehus, for å følge opp sine brukere (Hansson, Arvemo, Marklund, Gedda & Mattsson, 2010; Kvilhaugsvik og Birkeland, 2013; Olsen, Hellzen & Enmarker, 2013; Tønnessen, Lind Kassah & Tingvoll, 2016).

2.4.2 Regulering

Regulering er tidsdimensjonen knyttet til interaksjon. Tiden regulerer adferden vår i forhold til hverandre og miljøet. Selv uten klokke er vi i stand til å navigere gjennom dagen (Gotved, 2006b). Tiden spiller en vesentlig rolle i samhandling, noe som vises i hvordan vi hilser på hverandre i løpet av dagen, i begrepene kvalitetstid og ventetid som er en del av tidsdimensjonen mening. Pleien er flerkontekstuell, ifølge Martinsen og Kjær (2012), noe som betyr at helsepersonell må handle med tiden og i tiden på flere måter, eller sagt med andre ord; helsepersonell og pasienter må forholde seg til flere tidserfaringer og flere oppgaver samtidig. Å forholde seg til klokketid er nødvendig i akuttsituasjoner, da noen få minutter med alvorlig oksygenmangel gir celledskade som nedsetter eller ødelegger organfunksjoner. I andre situasjoner er det andre tidsrytmer som bør styre. Martinsen bruker begreper som «den sykes tid» og «pleiens tid» (Martinsen, 2012; Kjær, 2012). "Å være syk", skriver Martinsen (2012:140), "er å være satt utenfor samfunnets tempo, samfunnets vaner og løpende aktiviteter som er regulert av tidsmålere som ur og

⁶ CHW = community health workers

kalender". Pleiens tid er å forstå som en motstand mot klokketiden som styrer vår hverdag og våre gjøremål, samtidig som pleien foregår i klokketiden. Når sykepleieren står i pleiens tid, er hun til stede i situasjonen og lar ikke pasienten merke at hun har det travelt.

Davies (1994; 1996) har en noe annen tilnærming til tid enn Martinsen og Kjær. Hun har forsket på omsorg for barn, og i den forbindelse forsto hun at hun måtte undersøke omsorg koblet til tid. Hun brukte tidsstandardene klokketid og prosessid for å forstå denne koblingen. Hun viser til at prosessid omfatter flere ulike tider, tidsmålinger og temporaliteter (historiske, tidsmessige sammenhenger), noe som gjenspeiler seg i måten hun definerer prosessid på (Davis, 1996:46):

Den (prosessid) syftar på att man låter uppgiften (eller de behov man foreställer sig at omsorgsmottagarna har) och icke en lineär tidsuppfatning, bestämma tidsrelationen. Saker och ting tar den tid som behövs eller vävs på nogot osynligt sätt in i andra verksamheter. Processtiden karakteriseres således av det faktum att den ofta är svår att schemalägga eller mäta; av flytande gränser och omöjligheten att veta när något har börjat eller slutat; av väntan och att flera aktiviteter vävs inn i varandra samtidigt; av att inte «tid är pengar» som styr.

Hun eksemplifiserer dette med at en ikke kan forutse hvor lang tid det tar å mate et barn. Davies innfører ikke en dikotomi mellom klokketid og prosessid. Hun mener begge med sine rasjonaliteter eksisterer side ved side, og vever intrikate mønster i det arbeidet som utføres av omsorgsarbeidere. I omsorgsarbeid kan klokketid og prosessid konkurrere om oppmerksomheten, og de kan være sammenfallende. Davies viser gjennom sin forskning at praksis består av flere tidsoppfatninger på samme tid.

2.4.3 Praksis

Praksis er rom hvor interaksjon skjer. Praksis i hjemmetjenesten er i hovedsak sektorkontorene og hjemmene til brukerne. "Community care takes place in a special space – home – and a special time – that of domestic" (Twigg, 2000:77). Når

ansatte i hjemmetjenesten kommer hjem til folk, krysser de en grense mellom den offentlige og den private sfæren. Det skjer på to nivåer. Det første er mellom den offentlige verdenen på utsiden av hjemmet og den private på innsiden. En slik kryssing av grenser medfører forstyrrelser (inngrep) i den private verdenen av verdier, rasjonaliteter og temporale strukturer som hører til den formelle verdens tjenesteutøvelse (Twigg, 2000). Det andre nivået gjelder kontraster mellom offentlig og privat rom som griper inn i hverandre innenfor hustes fire vegger.

2.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg kort redegjort for hjemmetjenestens virkelighet i et tids- og romperspektiv. Med utgangspunkt i Gotveds modell har jeg vist hva vi vet fra forskning om hvordan tid og rom relatert til den kulturelle, strukturelle og interaksjonelle dimensjonen i hjemmetjenesten er mer eller mindre synlig. Hjemmetjenesten en kultur for skjulte tjenester som er med å skape tidspress som gir seg utslag i når de ansatte bruker mer tid hos en bruker, så bruker de mindre tid hos andre for å få gjort arbeidet innenfor arbeidstiden. Dette gir at den planlagte daglige strukturen i de ansattes kjørerute/arbeidsliste ikke alltid gir et riktig bilde av tidsbehovet hos brukerne. Tiden med sine timelige begreper knyttet til mening, organisering og regulering viser hvor kompleks tidsforståelse og tidsopplevelse er i hjemmetjenesten. Det geografiske rommet med sine veier og værforhold er et rom som flere er blitt opptatt av, særlig vedrørende optimalisering og effektivisering av besøksrutene. Rommene i et hjem, der det meste av arbeidet skjer, er et sted som alt etter brukerens tilstand kan rekonstrueres til et minisykehus. Kontoret er rommet for felleskap med kollegaer. Det er i disse rommene interaksjon skjer.

3 Forskningsdesign, metode og empirisk materiale

3.1 Innledning

I dette kapitlet redegjør jeg for studiens design, metode og det empiriske materialet. Jeg skriver først litt om hva et eksplorativt, deskriptivt design er, så redegjør jeg for metodevalget og beskriver hva dokumentanalyse er, og redegjør deretter for de ulike analyseteknikkene jeg bruker innenfor det som kalles dokumentanalyse. Så presenteres det empiriske materialet og en vurdering av kvaliteten av dette materialet. Kapitlet avsluttes med et kapittel om validitet og reliabilitet, samt et om etiske overveielser.

3.2 Forskningsdesign

Et forskningsdesign er en overordnet plan for forskningsprosjektet som forteller hvordan problemstillingene skal belyses og besvares. For å finne svar på problemstillingen «Utforske og beskriver hjemmetjenestens virksomhet slik den framkommer i dokumenter som synliggjør innhold og struktur i arbeidsdagen til de ansatte», valgte jeg et retrospektivt, eksplorativt, deskriptivt design. Årsaken er at fagfeltet som skal undersøkes, er komplekst, og det er ikke tidligere gjort systematisk forskning på hvordan dagene planlegges for å ivareta tjenestene som er innvilget, og omfanget av tjenestene. Ved innføring av IPLOS kom registerforskningen som analyserer og sammenligner pleie- og omsorgstjenester i kommunene (Mørk et. al, 2013; Otnes & Haugstveit, 2015; Otnes, 2015), men ingen har sett på vedtakene og hva som står der. Bruk av ordet retrospektiv betyr tilbakeskuende, det å belyse noe som har skjedd.

Bruk av ordet «eksplorativt» indikerer at det ikke er mye som er kjent, og at det er lite å finne om emnet ved å gjøre en litteraturstudie. Retrospektivt betyr i denne sammenhengen at jeg gjør en vitenskapelig studie som ser tilbake på noe som

allerede har skjedd. Deskriptivt design brukes for å kunne beskrive eller finne sammenhengen mellom en eller flere begreper eller variabler (Sim & Wright 2000; Wood & Ross-Kerr 2011; Lobiondo-Wood, 2014; Østbye, Helland & Knapskog, 2013). Hensikten med å velge et eksplorativt, deskriptivt design er for det første å kunne gå inn i et forskningsfelt med åpent sinn og ta høyde for det uventede. For det andre å kunne beskrive eventuelle sammenhenger mellom en eller flere kjente variabler.

Måter å samle inn data på innenfor et deskriptivt design inkluderer blant annet observasjon, survey-undersøkelser og opptegnelser (records) (Wood & Ross-Kerr, 2011:124). I denne studien er data samlet inn fra dokumenter for å finne svar på problemstillingen. Når en stor del av dokumentene som samles inn, er konfidensielle, kreves det ekstra tiltak for å kvalitetssikre dataene slik at ikke uvedkommende får tilgang til dem. Disse dokumentene er håndtert i henhold til kravet fra Regionaletisk komite (vedlegg IV).

3.3 Metode

Som metode ble dokumentanalyse valgt. Dokumentanalyse tar ifølge Syvertsen (1998), utgangspunkt i at vi lever i kulturer som i vesentlig grad baserer seg på skrevet materiale og andre former for dokumenter. Det er en systematisk analyse av «beretninger som ikke er generert av forskerens innsats», som enten kan være «objekter for forskningen» eller «kilder eller ressurser i forskning om et sakstema» (Syvertsen, 1998:5). I dette arbeidet er dokumentene å betrakte som kilde i forskning på et sakstema: innhold i tjenesten og tid som ressurs. Dokumenter i en organisasjon representerer, ifølge Syvertsen (1998), organisasjonens kollektive minne. Prior (2003) viser til at dokumenter ikke bare er synonymt med tekst, men kan inneholde andre opplysninger som kan gi informasjon om den virkeligheten dokumentet er skrevet i. Dersom dokumenter benyttes som hovedkilde for en

undersøkelse, er hovedregelen at alle relevante dokumenter skal undersøkes for den perioden analysen dekker (Syvertsen, 1998:20). Hvordan dataene i dokumentet analyseres, avhenger av dataenes art. Data med geografisk referanse kan registreres i et geografisk informasjonssystem med program for kvantitativ eller kvalitativ analyse (Cope & Elwood, 2009; Cromley & McLafferty, 2012; Schærström, Rämgård & Löfman, 2011). I denne studien har jeg valgt å gjøre kvantitative analyser knyttet til stedsreferanser (artikkel I og II) og kartlegging som viser hvor brukerne bor og hvilke tjenester de får (artikkel III). Talldata ble behandlet i Excel og Stata, versjon 12 (artikkel II og III) og vist som deskriptiv statistikk. Til å analysere tekstdata er det brukt klassisk kvantitativ innholdsanalyse av teksten i vedtaksdokumentene ved bruk av NVivo 9 (artikkel IV) (Bratberg, 2014; Krippendorff, 2012). NVivo er et i hovedsak en programvare som benyttes til kvalitativ innholdsanalyse av tekst, bilder, video med mer, men programvaren kan også benyttes til kvantitativ innholdsanalyse (Binderkrantz & Bøgh Andersen, 2011).

3.3.1 Tilnærming til forskningsfeltet

Denne studien er en del av det brukerstyrte innovasjonsprosjektet *Utvikling og vedlikehold av kvalitative gode tjenestetilbud til brukere i åpen omsorg*, et samarbeidsprosjekt mellom Utviklingssenter for hjemmetjenester Nordland, hjemmetjenesten i to kommuner i Nordland og Profesjonshøgskolen, Universitetet i Nordland. Denne avhandlingen er en del av dette prosjektet. Regionaletisk komite, REK nord, ga Solrun G. Holm og Torill Sæterstrand dispensasjon fra taushetsplikt for innhenting av data fra kopi av vedtak i pasientenes elektroniske journal (jfr kap 3.6).

Problemstillingen «Utforske og beskrive hjemmetjenestens virksomhet slik den framkommer i dokumenter som synliggjør innhold og struktur i arbeidsdagen til de ansatte» klargjør forskningsfeltet for studien: hjemmetjenesten. Innsamling av data skjer i hjemmetjenesten i to større kommuner i Nord-Norge. Det er to kommuner som har omtrent like mange innbyggere, men geografien er svært forskjellig.

Kommune A har 10800 innbyggere og et areal på cirka 400 km², og kommune B har 10100 innbyggere og et areal på cirka 700 km². Kommune A har cirka 4 % flere eldre over 60 år enn kommune B. Det er i hovedsak eldre som mottar helsetjenester i hjemmet. 74% av brukerne i begge kommunene i hjemmetjenesten var over 70 år den uken dokumentene ble samlet. Den største gruppen var i aldersgruppen 80 – 89 år. Flertallet av mottakerne er kvinner.

En oversikt over ansatte viser at andelen med sykepleierkompetanse er lav i begge kommunene, henholdsvis 24 % i kommune A og 25 % i kommune B.

Helsefagarbeiderne, inkludert hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, er den største gruppen ansatte med henholdsvis 48 % i kommune A og 50 % i kommune B.

Pleiemedhjelpere utgjorde 28 % av de ansatte i kommune A og 25 % i kommune B.

3.3.1.1 Datainnsamling

Vedtakene ble hentet fra kommunenes database over brukere i hjemmetjenesten etter liste fra sektorlederne. Datainnsamlingen av vedtakene til dette arbeidet ble gjort i to omganger av Solrun Holm og Torill Sæterstrand. Leder fra hver sektor kvalitetssikret listen med brukere. Vedtakene ble samlet inn sommeren 2012 og oppdatert i begynnelsen av desember 2012, samtidig med at ukeprogrammene for denne uken ble samlet inn. Siden brev om innvilget vedtak er konfidensielle og tilgjengelig kopi ligger i kommunenes lukkede, elektroniske journalsystem, måtte hvert brev skrives ut manuelt. Hvert vedtak i vedtaksbrevene ble anonymisert og registrert av Solrun G. Holm i en database med det journalløpenummer den enkelte bruker hadde i systemet. Det ble samlet inn dokumenter som inneholdt 833 enkeltvedtak samt ukeprogram med 420 besøksruter.

3.4 Empirisk materiale og analyse

I dette arbeidet har jeg, som nevnt tidligere to datakilder. For det første vedtaksbrev om tildelte helsetjenester i hjemmet og for det andre ukeprogram med planlagte besøksruter som empirisk materiale.

Tabell 3 gir en oversikt over hva som er fokus, datagrunnlag og analyse i de fire artiklene avhandlingen bygger på.

Tabell 1 Oversikt over hva som er fokus, datagrunnlag og analyse i de fire artiklene avhandlingen bygger på.

| Studier | Design | Fokus | Deltakere | Data grunnlag | Analyse |
|---------|---------------------------|--|-------------------------------|----------------------|--|
| A I | Eksplorativ og deskriptiv | Besøksruter og tid | Hjemmetjenesten i to kommuner | Ukeprogram | Dokumentanalyse og analyse ved bruk av geografisk informasjonssystem, ArcGIS versjon 10.1, Network Analyst. |
| A II | Eksplorativ og deskriptiv | Organisering av døgnet | Hjemmetjenesten i to kommuner | Ukeprogram Vedtak | Dokumentanalyse og analyse ved bruk av geografisk informasjonssystem, ArcGIS versjon 10.1, Network Analyst. |
| A III | Eksplorativ og deskriptiv | Innhold i tjenestene Lokalisering av brukerne | Hjemmetjenesten i to kommuner | Ukeprogram Vedtak | Dokumentanalyse og analyse ved bruk av geografisk informasjonssystem ArcGIS versjon 10.2.2, Network Analyst, Deskriptiv statistikk, Program Stata, versjon 12. |
| A IV | Eksplorativ og deskriptiv | Kvalitet i hjemmetjenesten som tema | Hjemmetjenesten i to kommuner | Vedtak | Kvantitativ innholdsanalyse ved bruk av NVivo 9. |

3.4.1 Kvaliteten på datamaterialet

To typer dokumenter ble samlet inn. Vedtaksbrev er konfidensielle dokumenter stilet til enkeltpersoner med kopi til sektoren brukeren hører til i. Disse skal iverksette de tjenester som er innvilget. Ukeprogramdokumenter er interne arbeidsdokumenter i de ulike sektorene i hjemmetjenesten som utarbeides hver uke. Hjemmetjenesten har brukere som får tjenester fra én til flere ganger i uken, andre som får hver fjortende dag, hver tredje uke eller hver fjerde uke.

Kommunene har utviklet en mal som inneholder alle generelle opplysninger som mottaker av brevet skal ha. Det som i tillegg skrives inn, er det som gjelder aktuell mottaker, det vil si innholdet i vedtaket og begrunnelse for vedtaket.

Ukeprogrammer er også offentlige dokumenter som arkiveres, men det stilles ikke annet krav til innholdet enn at det gir en oversikt over antall besøksruter, hvem som får besøk, og hvem som har ansvaret for den enkelte rute.

Jeg har brukt en kildekritisk sjekkliste for offentlige dokumenter utformet av Syversen (Syvertsen, 1998:10) (se tabell 4).

Tabell 2 Sjekkliste for offentlige dokumenter etter Syvertsen (1998)

| | Vedtaksbrev | Ukeplaner |
|---|--|--|
| 1. Hva er dokumentets hensikt? Hvorfor er det utgitt? Hva vil avsender oppnå? | Hensikten med vedtaksbrevet er å informere bruker og ansatte om hvilke helsetjenester i hjemmet som er innvilget. Vedtaksbrevet er utgitt som svar på søknad om helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og støttekontakt. Avsender ønsker at bruker og ansatte får informasjon dersom støttekontakt er innvilget, og om hvilke helsetjenester i hjemmet og hvilken praktisk bistand som er innvilget. Avsender ønsker også å gi brukeren klageadgang til skriftlige vedtak. | Hensikten med ukeplanene er å informere om dagsprogrammet gjennom uken. Ukeplanene utgis for å gi oversikt over hvilke besøksruter de ansatte har. Avsender ønsker å oppnå at alle ansatte har oversikt over egne besøksruter samt annet arbeid som skal gjøres. |
| 2. Hvem er ansvarlig for å | Leder for sektorkontoret er ansvarlig for å innhente informasjon. | Leder for sektorkontoret er ansvarlig for å innhente |

| | Vedtaksbrev | Ukeplaner |
|---|---|---|
| innhente informasjon? Kommer informasjonen fra partsrepresentanter eller mer uavhengige kilder? | I noen brev står det at opplysninger er hentet inn fra pårørende. | informasjon. Ansvaret kan delegeres til en ansatt. |
| 3. Hva slags informasjon er samlet inn? | Informasjon som er samlet inn, baserer seg på IPLOS-kartlegging av bruker, ev. annen kartlegging som ernæringsstatus eller informasjon fra andre kilder som sykehus, sykehjem og pårørende. | Informasjonen gjelder adresser og informasjon fra vedtak om hvilke tjenester som skal ytes. |
| 4. Når ble informasjon samlet inn? Er dataene fortsatt gyldige eller har de primært historisk interesse? | Data til denne studien ble samlet inn i juni og desember 2012 Dataene er fortsatt gyldige. | Ukeplaner for uke 49 Dataene er fortsatt gyldige. |
| 5. Hvordan ble opplysningene samlet inn? Metode? Hva kan sies om reliabilitet og validitet? | Opplysningene er hentet fra brev om vedtak i kommunenes elektroniske journalsystem. Både reliabilitet og validitet er god. | Opplysningene ble samlet inn ved besøk på hvert enkelt sektorkontor for å få kopi av ukeplanene. Reliabilitet og validitet er god. |
| 6. I hvor stor grad stemmer opplysningene fra denne kilden med opplysninger fra andre? Kilder? | Andre kilder er ikke aktuelle. | Andre kilder er ikke aktuelle. |

3.4.2 Kodingsenhet og analyseenhet

Kvantitativ innholdsanalyse beskrives som en metode med «dataregistrering og analyseteknikker som søker mot en systematisk, objektiv og kvantitativ beskrivelse av innholdet i et budskap» (Østbye, Helland & Knapskog, 2013:208). Neuendorf (2016) har en tilsvarende definisjon:

Content analysis may be briefly defined as the systematic, objective, quantitative analysis of message characteristics. It includes both human-

coded analyses and computer-aided text analysis (CATA).

(Neuendorf, 2016, Kindle Locations 252-253)

Systematisk analyse i denne sammenheng betyr at det er utviklet generelle regler for behandling av materialet. En kvantitativ innholdsanalyse er «Content analysis is a research technique for making replicable and valid inferences from texts (or other meaningful matter) to the contexts of their use.» (Krippendorff 2012:24;). Det vil si at hver tekstenhet skal klassifiseres – kodes – for hver variabel. Objektive analyseteknikker skal så langt som mulig redusere bruken av skjønn. Presise beskrivelser av variabler og kategorier gjør det mulig for andre forskere å gå gjennom tilsvarende materiale og idealistisk sett komme fram til samme resultat. Objektiv betyr i denne sammenheng ikke, ifølge Østby et al. (2013:208) at innholdsanalysen gir en fullstendig beskrivelse av tekstmaterialet, eller at det fullt ut samsvarer med «virkeligheten». Selv om man bruker en kvantitativ innholdsanalyse, betyr ikke det at man må utelate alle kvalitative egenskaper ved materialet. Østby et al. (2013:209) poengterer at det kan lages variabler som fanger opp kvalitative egenskaper ved tekstene.

Når forskeren skal forhåndsdefinere kategorier/variabler som benyttes til innholdsanalyse, er det tre krav som stilles: Kategoriene/variablene bør være uten syntaktisk flertydighet og selvmotsigelser, tilfredsstillende kravet til den analytiske teknikken som benyttes, og formidle tilstrekkelig informasjon om fenomener/forhold som er av interesse (Krippendorff, 2012:151; Waltz, Strickland & Lenz, 2010:279). Waltz et al. (2010:284) anbefaler at forskeren lager en egen kontekstspesifikk ordbok for det aktuelle prosjektet. Ved å bruke forhåndsdefinerte kategorier/variabler har man en klar veiledning for hvilke egenskaper ved teksten som skal måles, og hvordan (Bratberg, 2014:85). Avhengig av hva man er ute etter, velges en eller flere analytiske prosedyrer.

Når det skal gjøres en innholdsanalyse, er det viktig å klargjøre hvilket materiale som skal registreres og analyseres, og hvilket nivå av tekstenhetene som skal registreres. Som Østby et al. (2013:213) skriver: «Vi må velge det nivået som er meningsbærende sett i forhold til problemstillingen og materialet».

I metodebøker problematiseres kodingsenhet og analyseenhet (Krippendorff, 2012:366; Østbye et al., 2013:213, Neuendorf, 2017). Kodingsenhet og analyseenhet kan være det samme, men kodingsenheten kan skje på et lavere nivå enn analyseenheten, da data alltid kan aggregeres til et høyere nivå.

Utvalgsenhetene, det vil si tekstene som skal analyseres i denne studien, er ukeprogrammene for en uke og enkeltvedtak om helsetjenester i hjemmet. Kodingsenhetene, det vil si de enhetene i teksten som skal kodes og klassifiseres, er delt i to grupper, fra henholdsvis ukeprogram og vedtak (se vedlegg I). For å ivareta geografisk referanse, ble det laget en oversikt over brukere, med løpenummer og adresse registrert i GIS-databasen, og en liste med løpenummer som ble brukt ved registrering av data fra vedtakene. Personnavn ble så slettet. Det ble engasjert to koderne som registrerte kodingsenhetene i Microsoft access og i GIS-programmet ArcGIS versjon 10.1 Network Analyst (artikkel I) og ArcGIS versjon 10.2.2 Network Analyst (artikkel III). Ingen av koderne hadde helsefaglig bakgrunn, men begge hadde masterutdanning. Alle data fra prosjektet er lagret på en egen harddisk med passordbeskyttelse.

3.4.3 Geografisk informasjonssystem som analyseverktøy

For å analysere tidsbruk i hjemmetjenesten relatert til opplysninger i ukeprogrammet, ble geografisk informasjonssystem, GIS, benyttet (studie/artikkel I, II og III). GIS er et verktøy til forvaltning, visualisering og analysering av data med geografisk referanse. Cromley og McLafferty (2012:17–18) definerer GIS som

(...) technology, 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.

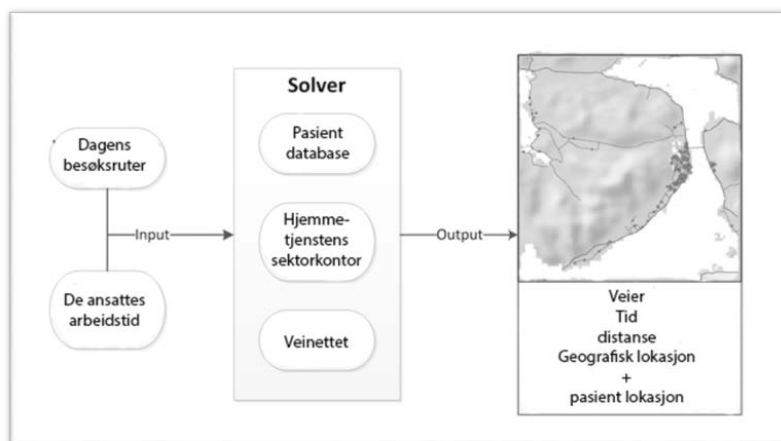
Presentasjon av informasjon i kart får fram korrelasjoner, mønster og trender som ellers lett vil bli oversett. I denne studien brukes GIS til å få fram sammenhenger og mønster i hjemmetjenesten i den uken dataene ble samlet inn.

I et GIS for analyse av hjemmetjenesten behøves geografisk data over tilgjengelige adresser i kommunen samt data med kommunens veinettverk inkludert fartsgrense på hver veistrekning. Disse data ble gjort tilgjengelig fra de deltakende kommunene. Alle brukere og sektorkontor ble lagt inn i systemet og lokalisert basert på adresse (geocoding). De lokaliserte sektorkontor og brukere ble lagret i hvert sitt datasett. All annen informasjon, som hvilken tjeneste de fikk (hjemmesykepleie, praktisk bistand og støttekontakt), ble lagt til som attributter⁷ for hver bruker.

Programvaren, ArcGIS, som ble brukt i analysen har en egen nettverks modul som gir mulighet for å løse vehicle routing problems (VRP) eller på norsk «flåtestyring». Algoritmen som brukes av ArcGIS for å løse VRP er proprietær⁸, dvs merkevarebeskyttet. VRP kan benyttes til å analysere eksisterende ruter, som da legges inn manuelt, eller til optimalisering av ruter. I denne studien ble gjort den en analyse av eksisterende ruter (Artikkel I).

⁷ Et attributt = kjennetegn, egenskap ved et objekt

⁸The heuristics used in this process are based on a tabu search metaheuristic and are proprietary, but these have been under continual research and development in-house at Esri for many years and quickly yield good results.
<http://desktop.arcgis.com/en/arcmap/latest/extensions/network-analyst/algorithms-used-by-network-analyst.htm#GUID-22D4D3B2-5FCD-4C69-847F-1F6AA0B9BCE3>

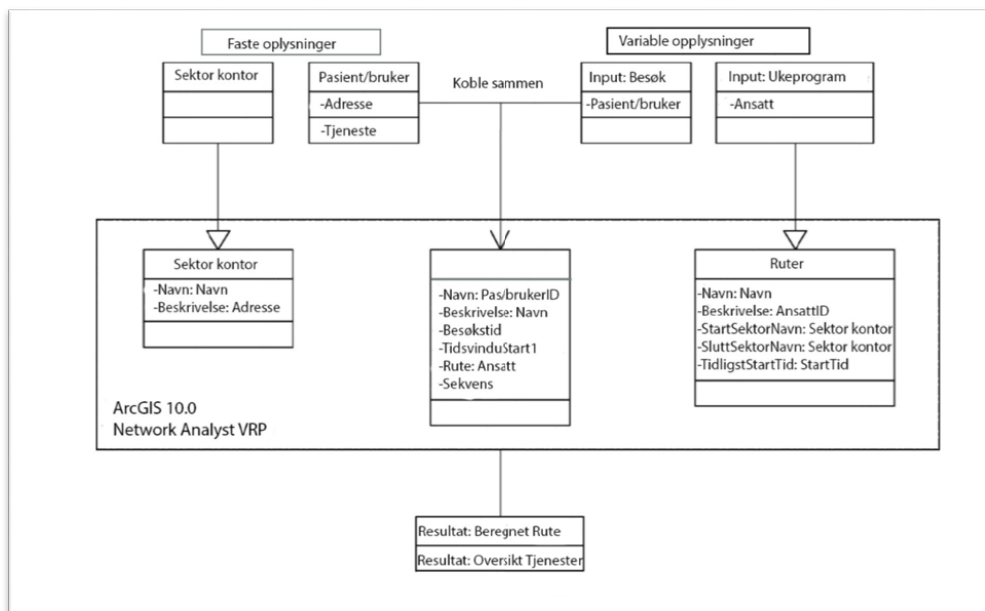


Figur 3 Figur som viser de variable input og hvilke datasett som ligger til grunn for «solver».

For å gjennomføre en VRP analyse i ArcGIS settes det først opp en «VRP solver». En solver inneholder de faste opplysningene som danner grunnlaget for ruteplanleggingen (se figur 3):

- Start og stopp lokasjon, sektorkontor
- Potensielle rutestopp, pasient/bruker
- Veinettverk

Alle kjørerutene for hver dag ble lagt inn med hvilke brukere som fikk besøk. For de ansatte ble arbeidstiden, pause hvis det er krav til det for gitte skift, nødvendig tid til rapportering og hvor den ansatte starter og slutter ruten lagt til som attributter. Det ble også lagt til et attributt, stoppetid, for hvert besøk. Stoppetid er tiden det tar for den ansatte å parkere bilen, komme seg inn og ut av huset til brukeren.



Figur 4 Logisk modell som viser minimum av attributter som er nødvendig slik at analysen kan gjennomføres i ArcGIS 10.0 Network Analyst.

Figur 4 viser hvordan dagens besøksruter ble koblet sammen med de opplysningene lagt inn i «solver». Figuren viser bare minimum av attributter som er nødvendig for at ArcGIS skal kunne gjøre en analyse. Fra dagens besøksruter ble pasientID brukt til å finne brukerens adresse/lokasjon fra pasient-datasettet og sammen med den ansattes arbeidstid og besøkstid hos brukerne ble kilometer og tid for kjøreruter beregnet.

En av de større utfordringene med en GIS-analyse av hjemmetjenesten er datagrunnlaget for veinettverk og lokalisering av brukerne. Hvis ikke dataene er riktige, blir analysen tilsvarende feil. Veinettverk og adresser bør være så oppdatert som mulig. Plan- og bygningsloven § 5 *Kart og stedfestet informasjon* fastsetter at kommunene har ansvar for å "sørge for at det foreligger et oppdatert offentlig kartgrunnlag" (Plan- og bygningsloven, 1985). Det er greit å være oppmerksom på at det kan forekomme mangler ved registreringen av kommunale og private småveier,

eller at de nyeste veiene ennå ikke har kommet inn i systemet. Når det gjelder adresser, er det en utfordring at ikke alle husstander i Norge per i dag har veiadresse.

En del av brukerne hadde ikke veiadresse, bare et stedsnavn. Der stedsnavnet ikke var kjent, fikk jeg hjelp av hjemmetjenesten til å lokalisere det, slik databasen ble oppdatert med de manglende adressene. Fartsgrensene på veiene, fra kommunens veidatasett, ble lagt inn i GIS-programmet, men jeg sjekket manuelt noen kjøreruter sammen med Angelsen som hjalp meg med GIS-programmet, slik at jeg ble sikker på at riktige opplysninger lå inne i programvaren. Det ble gjort en *ground truth*, som i denne sammenhengen defineres som «traveling to the place where the study is located to get visual on the data or result» (Steinberg og Steinberg, 2006:64).

ArcGIS beregnet hvor mye tid som gikk med til kjøring slik at resultatet jeg fikk, viste hvor mye tid de ansatte brukte på besøksruten inkludert kjøretid, samt hvor mye tid som kunne brukes til lovpålagt dokumentasjon og møter. I tillegg beregner ArcGIS hvor mange kilometer den enkelte besøksrute har.

For å analysere utfordringer i hjemmetjenesten relatert til døgnrytme, ble alle besøk til brukere med to eller flere hjemmebesøk per dag lagt inn i et Excel-ark på en tidslinje fra 1 til 24 timer. For å få kunnskap om hvorfor brukerne fikk besøk på gitte tidspunkt, ble besøksrutene analysert og eventuelle muligheter for reorganisering av ruten og konsekvensene det fikk, vurdert. (Artikkel II)

3.4.3.1 Analyse av omfanget av helsetjenester

For å få et bilde av omfanget av helsetjenestene og hvor de leveres er GIS et nyttig verktøy (Cromley & McLafferty, 2012) i tillegg til deskriptiv statistikk. Lokalisering er en nøkkelfaktor for å få kunnskap om og forståelse av tidsbruk i hjemmetjenesten. For å analysere omfanget av helsetjenestene, ble talldata om tid til innvilget tjeneste, slik det gikk fram av vedtakene og slik de var registrert i Access, importert

til GIS og bearbeidet der. Det ble også laget egne kart som viser omfanget av hjemmesykepleie, praktisk bistand og støttekontakt (se artikkel III).

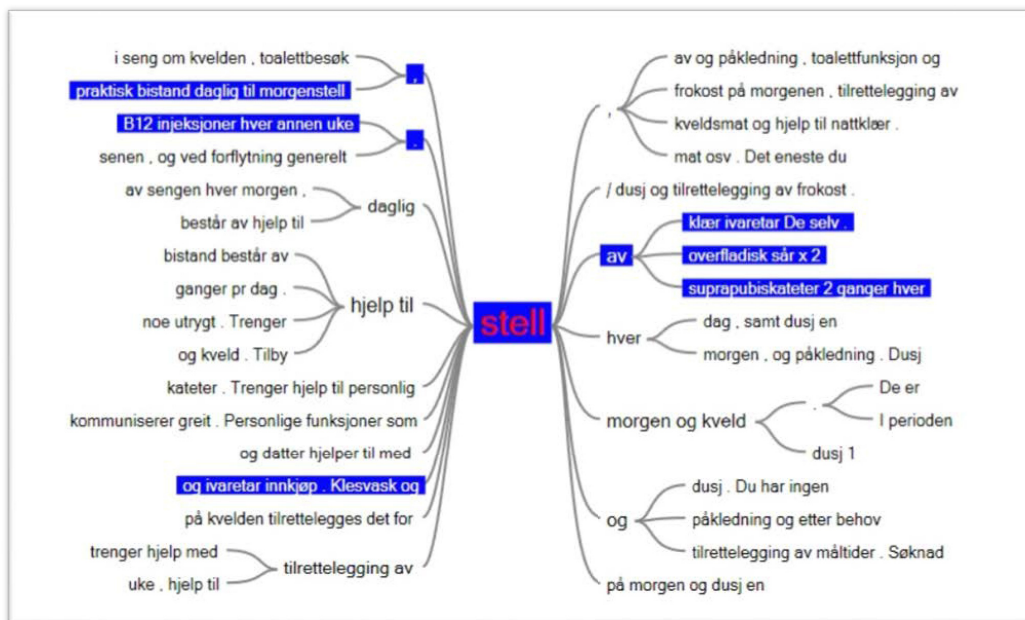
3.4.4 Deskriptiv statistikk

Deskriptiv statistikk har som formål å lette presentasjonen og tolkningen av data, og omfatter ifølge Sandø (2001) prinsipper, metoder og teknikker for å sammenstille, presentere og tolke empiriske data. I artikkel I er presentasjonen av talldata kun beskrivende, mens jeg i artikkel III har beregnet gjennomsnitt, median og standardavvik når det gjelder tildelte timer til hjemmesykepleie, praktisk bistand og støttekontakt per uke. Beregning av statistisk signifikant avvik ble gjort ved å bruke programvaren Stata versjon 12.

3.4.5 Kvantitativ innholdsanalyse

Analyse av egenskaper ved helsetjenesten ble gjort ved å telle ord som var tilordnet de forhåndsdefinerte kategoriene (studie/artikkel IV). Som forhåndskategorier brukte jeg punktene i kvalitetsforskriftens § 3, som viser hva som skal til for å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov (Sosial- og helsedirektoratet, 2004:11) (se tabell 6). Til hvert punkt ble det tilordnet synonyme begreper som dekker innholdet. Disse synonymene er dagligdagse begrep for grunnleggende behov som bl.a brukes i Hendersons bok *Sykepleiens grunnprinsipper* (Henderson 1961) og fagbøker som omhandler hjemmesykepleie (Fjørtoft, 2012; Iversen, 1986).

Ordtellingen ble gjort i NVivo 9. NVivo 9 har en funksjon som teller ord i et eller flere dokumenter. I tillegg til oppsummering av hvor mange ganger et bestemt ord forekommer, lages det også et ordtre (word tree) som viser hvilken sammenheng ordet inngår i. Ved å kontrollere ordsøket i ordtreet kan jeg trekke fra de ordene som brukes i andre sammenhenger enn den jeg er ute etter. Eksempel her er ordet «stell» som brukes i tre sammenhenger: personlig hygiene (morgenstell, kveldsstell), stell av sår og stell av klær (figur 5).



Figur 5 Eksempel på kontrollsjekk av ord i NVivos ordtre, her brukt ordet «stell»

3.5 Styrker og svakheter ved studien

Kvaliteten på selve undersøkelsen er høy, da det er godt samsvar mellom undersøkelsesdesignet, eksplorativt, deskriptivt design, og innsamling av data. Når dokumenter benyttes som hovedkilde for en undersøkelse, så skal alle relevante dokumenter undersøkes for den perioden analysen det gjelder (Syvertsen 1998). Det er fulgt i denne studien, da alle dokumenter som inneholder vedtak til brukere som får hjemmesykepleie, praktisk bistand og støttekontakt er samlet inn, samt alle ukeprogram for en gitt uke. Ved å samle inn alle dokumenter som beskriver innholdet i tjenesten og dokumenter som viser hvordan tjenesten planlegges, får jeg tilgang til data som representerer hjemmetjenestens kollektive minne.

Det er mulig å etterprøve denne studien med tilsvarende data fra hjemmetjenesten, men de behøver nødvendigvis ikke å få de samme resultatene som i denne studien.

Årsaken til det er at behovet for hjemmetjenesten endres over tid i tråd med endring i befolkningen.

3.5.1 Validitet

Validitet eller troverdighet dreier seg om relevansen av data og analyse i forhold til problemstillingen. I dette prosjektet kan det være greit å skille mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet viser til i hvilken grad effekten kan tilskrives den årsaken vi tror, eller om det kan være andre faktorer som er like sannsynlig (Neuendorf, 2016; Polit & Beck, 2016; Waltz et al., 2010). Datautvalget omfatter alle skriftlige vedtak om helsetjenester i hjemmet og alle ukeprogram for en gitt uke, som gir et godt grunnlag finne svar på forskningsspørsmålene. Når det gjelder ukeprogram, så er antall besøksruter relativt stabilt over uker, da brukerne som regel fikk innvilget vedtak for 2 år eller uten sluttdato, med en klausul om at viss behovet for tjenesten endret seg, vil også vedtaket bli endret.

GIS er en god analysemetode for data som har stedstilørighet (Cromley & McLafferty, 2012). Når det gjelder hjemmetjenesten er GIS hovedsakelig benyttet for å se hvordan besøksrutene i hjemmetjenesten kan optimaliseres (Bakker et al., 2013; Koeleman, Bhulai, & van Meersbergen, 2012; Trautsamwieser & Hirsch, 2011). Jeg har ikke funnet artikler som viser hvordan GIS benyttes til å analysere allerede oppsatte ruter i hjemmetjenesten, men ved å følge oppsettet som beskrevet i kap 3.4.3 Geografisk informasjonssystem som analyseverktøy, vil funnene ha høy troverdighet (artikkel I, II og III).

Ekstern validitet, dvs generaliserbarhet (Neuendorf, 2016), er begrenset, da data bare er hentet fra to landkommuner. Siden de fleste kommuner ikke bruker et planleggingsverktøy som beregner kjøretid, kan funnene i denne studien bekrefte det tidligere forskning viser om knappe tidsrammer (se kap 2.3.2 Orientering).

Validitet når det gjelder funn knyttet til analysering av vedtak (art III og IV), så har de også høy intern validitet, da alle vedtakene ligger til grunn for analysen. Funnene kan til en viss grad generaliseres, da kommunene mest sannsynlig følger anbefalingene for oppsett av vedtak gitt av Helsedirektoratet (Sosial- og helsedirektoratet 2006) (artikkel IV).

3.5.2 Reliabilitet

Reliabiliteten viser i hvor høy grad resultatene fra studien er til å stole på. Skal undersøkelsen være etterprøvable og gi de samme resultatene, skal reliabiliteten være høy og få tilfeldigheter.

En svakhet når det gjelder reliabilitet (pålitelighet) i dette prosjektet, er at dataene som er kodet fra dokumentene ikke er kodet av to personer. Når to personer koder samme datasett, kan det beregnes grad av enighet eller samsvar, det som kalles inter-rater-reliabilitet (Krippendorff, 2012; Polit & Beck, 2016). Data med geografisk referanse som ble kodet i dette materialet primært fra ukeprogrammene, ble kontrollert som beskrevet i kap 3.4.3, har en høy reliabilitet.

Innholdet som ble kodet fra vedtakene, er i hovedsak tall, som datoer og tall som viser hvor mange timer og minutter brukerne ble innvilget av ulike tjenester. For å kontrollere hvor pålitelig kodingen av innholdet i vedtakene er, ble 10 % av dokumentene trukket ut og sjekket om innholdet var kodet riktig. Denne kontrollen viste at det var samsvar med innholdet i vedtakene som ble trukket ut og det som var kodet fra disse. I tillegg ble det gjort en kontrollsummering av registreringen av underkategoriene i hjemmesykepleie og praktisk bistand, når dette ble hentet inn i excel, og sammenlignet med innvilget antall timer pr uke. Der hvor det ikke var samsvar, ble dataene kontrollert opp mot vedtaket og rettet opp. Det viste seg at det forekom noen få feilkodinger.

Når det gjelder reliabilitet vedrørende ordtelling i NVivo, så er det vist i kap 3.4.5, hvordan ord med flere betydninger ble kontrollert og ord som inngikk i annen sammenheng enn kategoriene, ble utelatt.

3.6 Ethiske overveielser

Denne studien er en del av et brukerstyrt innovasjonsprosjekt kalt «Utvikling og vedlikehold av kvalitativt gode tjenestetilbud til brukere i åpen omsorg». Prosjektet er godkjent av Regionaletisk komité (REK) Nord med registreringsnummer 2011/2457 (vedlegg IV) og NSD med nummer 28643. Brukerne ble registrert med løpenummer. For å kunne bruke GIS var det nødvendig å registrere alle brukernes adresser slik at kjørerutene kunne bli laget. Disse vises som ruter i kart uten geografiske kjennetegn. Alle data vil bli slettet i henhold til tillatelsen som er gitt av REK.

4 Presentasjon av funn fra avhandlingens artikler

Avhandlingen består av fire artikler. Artikkel I er publisert i *BMC Health Services Research* og artikkel II i *Geriatrisk sykepleie*. Artikkel II og IV er sendt inn til hvert sitt tidsskrift for vurdering. Tabell 3 gir en kort karakteristikk av de fire artiklene.

Tabell 3 Karakteristikk av de 4 artiklene

| Nr | Tittel | Hensikt med artikkelen | Metode | Tema undersøkt | Kunnskapsbidrag |
|----|--|--|---|--|--|
| I | A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time? | Hensikten med artikkelen er å få kunnskap om hvordan hjemmetjenesten planlegger arbeidssdagen til ansatte. | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentanalyse • Kvantitativ • Geografisk informasjonssystem | <ul style="list-style-type: none"> • Besøksruter • Reisetid • Avstand | Artikkelen synliggjør at hjemmetjenesten underestimerer kjøretiden når de setter opp ukeprogrammer. |
| II | Sykepleiefaglige utfordringer i hjemmetjenesten – hvordan organiseres besøk hos brukere som får to eller flere besøk daglig? | 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 skal få de tjenester vedkommende har behov for til rett tid. | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentanalyse • Kvantitativ • Geografisk informasjonssystem | <ul style="list-style-type: none"> • Organisering av brukerens dag • Døgnrytme • Måltider • Legemidler | Denne artikkelen synliggjør at klokkeid knyttet til organisering av døgnet ikke alltid tas hensyn til, med det resultat at pasientene får forskjøvet døgnrytme mm. For noen brukere gikk det for lang tid mellom kveldsmåltidet og frokost, med fare for nattfaste. For de som fikk sine medisiner utdelt av hjemmetjenesten, gikk det for lang tid fra siste medikament ble gitt om kvelden til utdeling neste dag. Uken denne studien gjelder, viser at slik turnusen var oppsatt, |

| Nr | Tittel | Hensikt med artikkelen | Metode | Tema undersøkt | Kunnskapsbidrag |
|-----|--|---|--|--|---|
| | | | | | var det for få ansatte på kveldstid. |
| III | Allocation of Home healthcare services by Municipalities in Norway: A Document Analysis | Hensikten med denne artikkelen er a) å få innsikt i hvilken informasjon om hjemmetjenester som inkluderes i enkeltvedtak og b) hvor bor brukerne i forhold til sektorkontoret de tilhører. | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentanalyse • Kvantitativ • Geografisk informasjons-system | <ul style="list-style-type: none"> • Omfanget av tjenester • Lokalisering av brukere | Hovedfunnet viser at det er en kultur for ikke å oppgi sluttdato for enkelt-vedtakene, 41 % i kommune A og 86 % i kommune B. For vedtak som hadde sluttdato, så viser studien at det er manglende rutiner for oppdatering av vedtakene. Studien viser at de som har størst omfang av tjenester i all hovedsak bor i omsorgsboliger i nærheten av sektorkontorene. |
| IV | Do municipalities comply with official quality standards for home care services? A content analysis. | Hensikten med denne artikkelen er å undersøke hvordan kommunene følger opp § 3 i Kvalitetsforskriften når de utformer enkelt-vedtak om hjemmetjenester. § 3 beskriver kvalitetsstandarder som kreves for å ivareta grunnleggende behov. | <ul style="list-style-type: none"> • Innholdsanalyse • Kvantitativ • NVivo 9 | <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitet i hjemmetjenesten | Hovedfunnet viser at ingen av vedtakene om hjemmesykepleie inneholder tiltak relatert til sosiale behov. Alle vedtak som har ord som dekker denne kategorien, er vedtak om støttekontakt. |

4.1 Artikkel I: A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time?

Hensikten med artikkelen er å utforske og beskrive hva som kommer fram om kjøretid og tid til lovpålagt dokumentasjon i dokumenter om organisering av de ansattes arbeidsdag. Vedtakene i hjemmetjenesten oppgir hvor mye tid som er tildelt brukerne per uke. Hjemmetjenesten setter på bakgrunn av disse opplysningene opp et ukeprogram med oversikt over hvilke brukere de ansatte skal besøke. I tillegg gis det opplysninger om hvor mye tid som går med hos hver bruker. Hvor mye tid som går med til kjøring, kommer ikke fram i ukeprogrammene. Så for å få med kjøretid og hvor langt de ansatte kjører, ble de daglige besøksrutene analysert i GIS. Bruk av GIS for kjøreruteanalyse gir et bilde av geografisk tilgjengelighet til tjenestemottakere.

Resultatet av analysen viser at kjøretiden i løpet av en uke tar cirka 20 % av arbeidstiden. For flere av kjørerutene var kjøretiden underestimert om det ble forventet at den ansatte skulle bruke så mye tid hos brukeren som vedtaket tilsa.

Det er et ønske fra ledelsen i hjemmetjenesten av de ansatte skriver lovpålagt dokumentasjon av arbeidet som er gjort, rett etter de er ferdig hos bruker. Ved å legge til fem minutter ekstra tid til dokumentasjon hos alle, øker antall besøk der de ansatte får for lite tid til å utføre arbeidet. Det er spesielt kveldsrutene som har knapt med tid.

GIS-analysen viser også at de ansatte til dels har lange kjøreruter. I sektorene med store avstander er mer enn halvparten av kjørerutene mellom 50 og 120 km. Det er kveldsvaktene som har de lengste turene. I planleggingen av ukeprogrammet er det ikke lagt inn rom for uventede hendelser. Dersom det skjer noe som krever ekstra tid på kveldsvakten, kan enkelte besøk kansellert. Det er besøk til brukere som har pårørende som kan følge opp.

Ved å bruke GIS som planleggingsverktøy kan leder for hjemmetjenesten få bedre oversikt hvordan hun disponerer staben. Uken denne studien gjelder, viser at slik turnusen var da, hadde man for få ansatte på kveldstid. Siden man i årene som kommer, forventer at flere som bor hjemme, vil ha et økt hjelpebehov, vil også behovet for flere ansatte på kveldstid øke.

4.2 Artikkel II: Sykepleiefaglige utfordringer i hjemmetjenesten – hvordan organiseres besøk hos brukere som får to eller flere besøk daglig?

Hensikten med artikkelen er å beskrive de sykepleiefaglige utfordringene som gjenspeiles i ukeprogrammet til hjemmetjenesten i to kommuner. Sykepleiefaglige utfordringer viser til de utfordringer ansatte står overfor når de skal

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

...

I tillegg til dette hjelper hun pasienten med gjennomføringen av den behandling, som legen tar initiativet til» (Henderson, 1961)

Henderson (1961) viser i sin bok *Sykepleiens grunnprinsipper* hvordan sykepleieren gjennom sitt arbeid strukturerer av pasientens døgn. Ifølge *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester* skal brukerne «følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold». Ved å legge inn planlagt klokkeslett for alle besøk hos brukere som fikk hjelp to eller flere ganger, i Excel, fikk jeg oversikt over når den enkelte bruker fikk sine besøk. GIS-analyse av besøksrutene ga mulighet for å se hvordan tjenesten ble planlagt relatert til hvilke tjenester brukeren hadde fått innvilget.

Funnene viser at hjemmetjenesten har en utfordring når det gjelder organisering av besøk hos brukere som får to eller flere besøk hver dag når det gjelder å følge kvalitetsforskriftens krav om at bruker bør «følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unøddig sengeopphold». Artikkelen viser at det er flere typer utfordringer knyttet til organiseringen av flere besøk daglig, som organisering i forhold til

- brukere som får hjelp til morgen-, ettermiddags- og kveldsstell med tanke på samkjøring av tid når to ansatte er nødvendig for å gjennomføre stellet
- tilrettelegging av brukernes måltider
- oppfølging av helsehjelp og behandling til riktig tidspunkt, som
 - hjelp med på- og avkledding av kompresjonsstrømper
 - utdeling av medisiner
- organisering av besøk hos brukere som får fire eller flere besøk ved at disse treffer
 - samme person på hver vakt eller alternativt flere dersom det er bedre utnytting av ressursene

I planleggingen skal ansatte ta hensyn til og bidra til at ressursene utnyttes best mulig, og at de helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter helse og omsorgstjenesteloven, er forsvarlige.

Funnene analyseres og diskuteres ut fra et organiserings- og sykepleiefaglig perspektiv. I landkommuner med lange avstander er det en balansegang mellom ressursbruk og forsvarlig oppfølging av brukerne. Når det gjelder organisering av besøksrutene, er utfordringene å sette opp ruter som sikrer brukerne en normal livs- og døgnrytme i forhold det å stå opp, måltider og medisiner. For noen brukere kan det være fare for nattfaste, og at de oppholder seg litt for lenge i sengen.

Ut fra et sykepleiefaglig perspektiv følger ikke hjemmetjenesten opp tjenester som krever forståelse av riktig tidspunkt. For eksempel følger ikke hjemmetjenesten de retningslinjer som fagbøkene beskriver for når kompresjonsstrømpene skal tas på og tas av. Det samme gjelder utdeling av legemidler, da spesielt øyedråper. Når den ansatte i min undersøkelse fulgte oppsatt kjørerute, fikk noen av brukerne som sto på øyedråper x 2 disse med åtte timers mellomrom på dagtid. Det gikk da 16 timer fra de fikk øyedråpene på kvelden til de fikk dem neste morgen.⁹

4.3 Artikkel III: Allocation of Home Care Services by Municipalities in Norway: A Document Analysis

I artikkelen analyseres enkeltvedtak om innvilgede helsetjenester i hjemmet, sendt per brev til den som har søkt om tjenester. Alle dokumentene oppfyller kravene til myndighetene angående detaljert beskrivelse av tjenesten og timer og minutter innvilget per uke.

Det ene funnet som skiller seg ut, er antall vedtak som ikke har en sluttdato, 41 % i kommune A og 86 % i kommune B. Det er kanskje ikke så uvanlig da saksbehandlerveilederen til Helsedirektoratet som kom i 2006, har eksempler på vedtak uten sluttdato. I min undersøkelse har 59 % av vedtakene i kommune A sluttdato og 14 % i kommune B. funnet som knytter seg til sluttdato er antall vedtak som hadde gått ut på dato. I kommune A var det 25 % av vedtakene med sluttdato som var gått ut på dato, mens det i kommune B var 7 % av vedtakene. I alle vedtaksbrevne står det at hvis tilstanden til bruker endrer seg, så skal vedtaket opp til ny vurdering. Analysen av varighet av tjenesten viser at det ikke er gode nok rutiner for oppfølging av vedtak når disse kan gå ut på dato og tjenesten likevel

⁹ Står brukeren på et medikament, Betoptic til nedsettelse av intraokulært trykk, så gir det maks effekt etter ca. to timer, og brukeren har markant trykksenkning i ca. 12 timer etter administrering.

fortsetter. Selv om vedtak blir revidert med jevne mellomrom, fanges ikke alle opp. Kommune A har retningslinjer for at vedtak skal gis for maks to år, slik at de skal kunne gjennomgås med jevne mellomrom. Men det er uklart hvordan dette følges opp.

GIS-analysen gir et mønster av brukernes bosted i forhold til sektorkontor og antall tjenester de har fått innvilget, omfanget av hjemmesykepleie, praktisk bistand og støttekontakt.

Analysen av hvilke tjenester som gis, og omfanget av disse per uke viser at begge kommunene i hovedsak gir hjemmesykepleie. Det som skiller dem, er at kommune A tildeler prosentvis flere timer til støttekontakt enn til praktisk bistand, mens det er motsatt i kommune B. Analysen viser også at de sektorene som har ansvar for kommunenes utkantstrøk, har prosentvis flere tildelte timer til praktisk bistand enn de sektorene som har sine brukere i sektorer med omsorgsboliger og lettstelte leiligheter. Man ser også at mange med relativt stort omsorgsbehov flytter inn i omsorgsboliger.

Kommune A har en bevisst politikk når det gjelder tildeling av støttekontakt. Der prioriteres brukere som er avhengige av offentlig kommunikasjonsmiddel for å komme inn til sentrum.

Kombinasjoner av tjenesten hjemmesykepleie, praktisk bistand og støttekontakt viser også at kommune A har færre som får en kombinasjon av hjemmesykepleie og praktisk bistand. Det kan være at det er flere i kommune A som har ektefelle eller andre pårørende som ivaretar praktisk bistand i hjemmet.

Jeg har ikke funnet tidligere studier der det har vært gjort dokumentanalyse av brev med innvilgede vedtak i hjemmetjenesten. Denne studien har brukt disse brevene som kilde for å belyse ulike sider ved hjemmetjenesten. Det står fortsatt igjen å gjøre en tekstanalyse av form og innhold i slike brev.

4.4 Artikkel IV: Do Municipalities comply with Official Quality Standards for Home Care Services? A content analysis

Dette er en klassisk kvantitativ innholdsanalyse av enkeltvedtak i hjemmetjenesten. De predefinerte kategoriene beskriver hva som menes med grunnleggende behov i *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester* i § 3.

Det er ti predefinerte kategorier/analyseenheter med tilhørende kodings-enheter. De ti predefinerte kategorier/analyseenheter er delt inn i tre hovedkategorier, *Uavhengighet og kontroll, Sosiale behov og Fysiologiske behov*.

Analysen viser at kommunene til en viss grad følger opp innholdet i kvalitetsforskriften. Hovedfunnet er at ingen vedtak om hjemmesykepleie inneholder tjenester knyttet til sosiale behov. Alle vedtak som har ord som dekker denne kategorien, er vedtak om støttekontakt.

De begrepene det er flest av i ordtellingen, er begreper som viser til Fysiologiske behov. De kategoriene som skiller seg ut, er ikke uventet kategori VII *Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)* og kategori IX *Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*. Det er få ord som beskriver kategori X *Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene* og kategori VIII *Tilpasset hjelp ved av- og påkledning*.

Årsaken kan være at dette underforstått er en integrert del av morgen- og kveldsstell.

Kategori VI *Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter* har også få ord i vedtakene relatert til seg. Noe som viser at det er lite fokus på at brukere i hjemmetjenesten kan ha behov for planlagt trening. Med manglende forståelse for hvor viktig tjenester knyttet til denne kategorien er, kan hjemmetjenesten være med på å passivisere brukerne. Når det gjelder kategori II, så er det få vedtak som inneholder begrep som beskriver *Mulighet til selv å ivareta egenomsorg*. For hjemmetjenesten

betyr det at de ansatte må være bevisst på, når de gjennomfører hjemmebesøk, hva brukeren bør tilbys av varierte og tilpassede aktiviteter slik at vedkommende kan bli mer selvhjulpne. Vi vet allerede at det i mange kommuner har skjedd en forandring etter at de begynte med hverdagsrehabilitering (Hartviksen & Sjølie, 2017).

4.5 Oppsummering av artiklene

Disse artiklene viser ulike sider av hjemmetjenestens virkelighet. Artikkel I og II viser hvordan strukturer knyttet til tid og rom underkommuniseres i hjemmetjenesten og hvordan det skaper til dels utilsiktede rammer som virker inn på hvordan de ansatte følger opp sine arbeidsoppgaver hos brukerne. Artikkel I har hovedfokus på planlegging av besøksrutene og drøfter hvilke konsekvenser det får når tiden til å komme seg mellom brukerne ikke synliggjøres. Artikkel II viser til hvordan planlagte besøksruter strukturer dagen til brukere som får to eller flere besøk daglig. Det synes som om planlagte besøksruter for formiddag og ettermiddagsbesøk ikke sees i sammenheng med de konsekvenser det får.

Artikkel III viser hvilke rammer vedtakene gir for utøvelse av hjemmetjenesten, og hvilken kultur hjemmetjenesten har fått å følge opp innholdet i vedtakene. Analysen av vedtakene viser en kultur i hjemmetjenesten hvor mange brukere får tjenester som ikke samsvarer med vedtakene pga revidering av vedtakene nedprioriteres.

Artikkel IV har fokus på hva de som fatter vedtak ser på som nødvendige tjenester til brukerne. Det ser ut til å være en kultur for at ansatte skal ivare fysiologiske behov da vedtakene som hadde fokus på sosiale behov, var vedtak om støttekontakt. Den stramme rammen vedtakene legger for hva ansatte skal gjøre hos brukerne gir bedre forståelse for hvorfor vedtak ikke alltid etterleves. I kapittel 5 drøfter jeg funnene som er presentert i disse fire artiklene opp mot ulike sider av hjemmetjenestens virkelighet og forskning som omhandler ulike problemstillinger relatert til hjemmetjenesten.

5 Diskusjon

5.1 Innledning

I denne avhandlingen utforsker og beskriver jeg hjemmetjenestenes virksomhet slik den framkommer i dokumenter som synliggjør arbeidsdagen til de ansatte. Funnene relatert til forskningsspørsmålene er presentert i fire artikler kort oppsummert i forrige kapittel. Med utgangspunkt i forskningsspørsmålene drøfter jeg mine funn opp mot den kulturelle, strukturelle og interaksjonelle dimensjonen, hjemmetjenestens virkelighet (se kapittel 2, figur 2, s 12) og forskning innen feltet. Datagrunnlaget for de to første forskningsspørsmålene er primært ukeprogrammet, mens datagrunnlaget for de to siste er innholdet i enkeltvedtakene om innvilget tjenester til brukerne. I drøftingen fokuserer jeg på tre tema, ukeprogram i hjemmetjenesten – skvis mellom klokketid og pleiens tid? (artikkel I og II), vedtak, en kontrakt til besvær? (artikkel III og IV) og tidsetikk.

5.2 Ukeprogram i hjemmetjenesten – skvis mellom klokketid og pleiens tid?

Svar på om det er skvis mellom klokketid og pleiens tid er belyst i artikkel I og II hvor jeg i artikkel I har analysert besøksrutene og tid til kjøring, mens jeg i artikkel II har sett på hvordan besøkene organiseres til brukere som får to eller flere besøk daglig.

Ukeprogrammene representerer hjemmetjenestens systematisering av rutiner og erfaringer knyttet til planlegging av de enkelte besøksruter. Organisering av arbeidet i hjemmetjenesten synliggjøres i ukeprogrammene som er en del av den strukturelle dimensjonen. Rammene som gis i oppsettet av besøksrutene, legger føringer for samhandling mellom ansatte og brukere i tid og rom. Hvordan den enkelte sektor gjør denne planleggingen, kommer inn under den kulturelle dimensjonen.

Hjemmetjenesten i de kommunene som er med i studien dekker både hjemmesykepleie og praktisk bistand. Dette gjør at noen ansatte på sine besøksruter følger opp vedtak om både praktisk bistand og hjemmesykepleie. Sektorene har rullerende ukeprogram som går over tre eller fire uker, avhengig av hvor lang tid det er mellom hver gang en bruker får praktisk bistand. De fleste får praktisk bistand hver andre eller hver tredje uke, mens noen får det hver fjerde uke.

Flere av brukerne i hjemmetjenesten får tjenesten over år. Det betyr at de som arbeider i hjemmetjenesten over tid, blir godt kjent med brukere de følger opp.

God kunnskap om brukerens situasjon gir muligheter for å innarbeide forutsigbare arbeidsrutiner, men det kan også være med å gjøre samspillet mellom nærhet og distanse utydelig mellom bruker og ansatt (Elster og Hegerstøm 1995; Manfrin-Ledet, Porche, & Eymard, 2015). Det skaper problemer med grensesetting og det gjør det lettere å yte ekstratjenester, også kalt skjulte tjenester, som å krølle håret, handle inn varer, hjelpe til med småting i huset. Noe som også får konsekvenser for hvordan den ansatte disponerer tiden sin.

Hver ny uke kan også bety ukjent virkelighet med uforutsette hendelser og nye brukere. I følge Sims-Gould mfl (2013) er det å møte uforutsette hendelser noe de fleste ansatte i hjemmetjenesten opplever. En av årsakene til at ansatte kan møte en ukjent virkelighet, er mangel på kontinuitet i oppfølging av brukere. Mangel på kontinuitet kan, ifølge Gjevjon (2015) «kompenseres for ved hjelp av systematisk og strukturert dokumentasjon, kommunikasjon og informasjonsutveksling». Min studie viser at slik ukeprogrammene utformes, så er det for mange ansatte knapt med tid til å dokumentere det arbeidet de gjør. Grut, Fauske, & Kraver (2016) viser at bruk av elektronisk planleggingsverktøy, GIS, gjør det enklere sikre kontinuitet.

Noe som også er uforutsigbart, er endring i antallet brukere. I løpet av uken kan en eller flere av brukerne bli lagt inn eller skrevet ut fra sykehus med de endringer det

medfører i ukeprogrammet. Værproblemer som oppstår kan gi de ansatte problem med å komme fram til brukerne til forventet tid.

Funnene som presenteres i artikkel I, viser at selv om den som planlegger neste ukes program, har kunnskap om hvor mye tid som vanligvis går med til hvert besøk, så er kunnskapen om kjøretid underkommunisert. Det å ikke synliggjøre tiden det tar å kjøre (gå, sykle) fra den ene brukeren til den neste, gjør at de ansatte ikke får tid til å gjøre det som forventes. Forskningen som er presentert i kapittel 2, viser at mange ansatte opplever at det er travelt, og at de må foreta tøffe prioriteringer. I en studie hvor Christiansen og Bjørk (2016) intervjuet sykepleiere i hjemmetjenesten, var det et gjennomgående funn at de opplevde tidspress som en utfordring i forhold til godt arbeid. Noen av utsagnene i studien viser at sykepleierne opplevde at det ikke er tid til å gi litt ekstra omsorg, som «å ha tid til å smøre bena fordi hun er så tørr og hun når ikke ned dit selv» (Christiansen & Bjørk, 2016). Travelhet eller opplevd tidspress kan ha sin årsak i at det ved oppsett av besøksrutene ikke har blitt tatt hensyn til kjøretid, ikke nødvendigvis at det er innvilget for lite tid til brukerne. Studien min viser at det er en kultur for ikke alltid å ta hensyn til at det tar tid å komme seg fra en bruker til neste (artikkel I).

Analysen av besøksrutene viser at enkelte besøksruter er satt opp med for mange besøk. Når det gjelder ruter som er satt opp med for mange besøk, har planleggeren ikke tatt hensyn til hverken innvilget tid hos brukerne eller kjøretid. Dette skjer selv om kommunene har det som kalles avkortede vakter. Når besøksruter planlegges, skal den som setter opp programmet, ideelt sett ta hensyn til brukernes hjemlige tidsorden. Når ønsker brukeren å stå opp om morgenen og legge seg om kvelden? Får hun eller han måltidene tilrettelagt slik at måltidsrytmen kan beholdes? I kommune A har hjemmetjenesten noen avkortede kveldsvakter som sikrer at brukerne kan være lenger oppe om kvelden. En vakt går fra kl 17 til kl 23 og en annen fra kl 20 til kl 23. Begge kommunene har korte dagvakter som går fra kl 08 til

kl 13. Begrunnelsen er at da har hjemmetjenesten ansatte på arbeid når det er mye å gjøre. Vakten som går fra kl 20 til kl 23, er en vakt få vil ha, og det blir jobbet med å ta den ut. Personalet skvises mellom det å ha ordinær vakt og det å gi brukerne mulighet til å være oppe lenger. Vi har lite forskningsbasert kunnskap om hvordan kommunene praktisk løser disse utfordringene.

De som har få besøk på sine ruter, det gjelder formiddagsrutene, har ofte arbeidsoppgaver inne på kontoret som oppdatering av pleieplaner, legge i dosetter og rydding. Den besøksruten som har et eller to besøk, er som regel sektorlederens rute.

I artikkel II drøfter jeg hvilke sykepleiefaglige utfordringer hjemmetjenesten har ved organiseringen av tilbudet til dem som har behov for to eller flere besøk i løpet av døgnet. Sykepleiefaglige utfordringer er utfordringer knyttet til utøvelsen av faglig forsvarlig praksis.

Ukeprogrammet viser at aftenvaktens besøksruter systematisk har for mange besøk, slik at tiden hos den enkelte bruker ikke er i tråd med innvilget vedtak. I tillegg til de planlagte besøkene, må også de ansatte besøke brukere som har utløst trygghetsalarmen sin. På kveldsvakter kan det medføre at ikke alle brukerne på en rute får besøk. I distriktskommuner som de to som er med i denne studien, med to til tre ansatte på kveldsvaktene, kan ikke en av de andre overta besøk når det oppstår problem hos den ene. Når de kjører i hver sin retning fra kontoret, blir avstandene for lange. Interne rutiner på dette er at brukere som bor sammen med pårørende, og hvis tjenestens art er av en slik karakter at de pårørende kan assistere brukeren, kan besøk hos vedkommende velges bort dersom noe uforutsett skjer. En annen måte å løse problemer av denne typen på er at kommunen oppretter et eget team som rykker ut når det går en alarm. Med flere skrøpelige eldre hjemme og mer avanserte trygghetsalarmsystemer kan det sikre en mer forutsigbar vakt for de ansatte som kjører hjem til brukerne. Hjemmetjenesten har altså utfordringer

knyttet til turnus, spørsmålet er hvordan man best kan legge til rette for å ivareta at brukerne får en normal døgnrytme, og ikke tilbringer for mye tid i sengen (jf. Kvalitetsforskriften).

Organisering av besøkene i hjemmetjenesten er en logistikkutfordring, men det ser ikke ut til å være kultur for å problematiske logistikk i hjemmetjenesten. Når hjemmetjenesten bevisst planlegger besøksruter som ikke gir de ansatte rom for å følge opp vedtakene, så gir ikke det et forsvarlig tilbud til brukerne. Sykepleiere har ifølge Rodney og Varcoe (2012) en måte møte utfordringer på, som gjør at de finner egne måter å løse de på (se kap 2.2.1). Tønnessen (2014) viser at sykepleierne står overfor tøffe prioriteringer i hjemmesykepleien, men hun knytter ikke spesifikt opp mot logistikk, dvs planlegging av besøksrutene. Forskning om logistikk i hjemmetjenesten har engasjert forskere som er opptatt av logistikk generelt mer enn forskere som har hatt fokus på hjemmetjenesten (jf. artikkel I). Forskere som har utviklet program for optimalisering og effektivisering av kjøreruter, viser til at bruk av et slikt program vil gi bedre oversikt og kontroll over hvor mange brukere hjemmetjenesten har, og dermed bedre mulighet for planlegging. Dette bekreftes av Grut et al. (2016) som fant at ledere og ansatte i deres studie som omhandlet elektronisk ruteplanlegging i hjemmetjenesten, fikk en bedre forståelse av hvor nøye innhold og organisering av tjenesten hang sammen. Deres erfaringer er at brukere får besøk av færre antall ansatte enn tidligere og ansvarlig sykepleier og primærkontakt (helsefagarbeider) er oftere hos "sine" brukere. De som planlegger ukeprogrammet bruker kortere tid til planlegging og får dermed frigjort tid til andre oppgaver.

For kommunene blir det en utfordring å ta i bruk de muligheter som ligger i datateknologien for å utarbeide gode turnuser som tar hensyn både til brukernes døgnrytme og de ansattes behov for akseptable vakter, men også til fordeling av arbeidsoppgaver.

Hvordan ville det ha vært i hjemmetjenesten om planleggingen av besøksrutene tok hensyn til kjøretid inkludert tid inn og ut av brukerens hus? Ansatte i hjemmetjenesten har krav på at kjøretiden synliggjøres, da kjøretiden er med på å regulere tiden den ansatte får hos brukeren. Min studie viser at opplevelsen av for knapp tid hos brukerne, er reell. Det bekrefter analysen av besøksrutene. Disse rutene har tidvis for mange brukere, og kjøretiden er underestimert.

Besøksrutene i hjemmetjenesten er ikke like fra dag til dag, noe som er med på å gjøre det problematisk å beregne kjøretid når ukeprogrammene planlegges. Men med dagens GIS burde det la seg gjøre å lage et planleggingsprogram som ivaretar tidsperspektivet på en bedre måte. Forutsetningen er at det utvikles et GIS-program med et intuitivt brukergrensesnitt slik at ansatte i hjemmetjenesten ser nytten av å bruke det. Dessuten må programmet være slik at dersom det kommer en eller flere nye brukere i løpet av uken, så kan disse legges inn uten problemer. Dermed blir det avklart hvorvidt besøk til nye brukere kan gjøres innenfor arbeidsdagen eller om det medfører overtid.

Oppsummert viser drøftingen at oppsett av ukeprogram har en kulturell og en strukturell dimensjon som gir rammer for regulering, tidsdimensjonen knyttet til den interaksjonelle dimensjonen (se figur 2, s 12). For lite tid til kjøring mellom brukerne gir knapt med tid hjemme hos brukeren noe som går ut over samhandlingen og kan medføre at nødvendige sykepleieoppgaver ikke blir gjort.

5.3 Vedtak, en kontrakt til besvær?

Vedtakene er tilsynelatende en del av strukturdimensjonen i hjemmetjenestens virkelighet. Det vil si at innholdet i vedtakene i hovedsak danner grunnlaget for planlegging av ukeprogrammet. Vedtakene om hjemmesykepleie fokuserer først og fremst på grunnleggende sykepleie og behandling og i svært liten grad på at

brukeren skal få «mulighet til selv å ivareta egenomsorg» (Sosial- og helsedirektoratet, 2004:11) (se artikkel IV). Selv om vedtakene inneholder til dels detaljerte beskrivelser av hvilke tjenester brukeren er innvilget, så følger ikke de ansatte alltid opp vedtakene. Noe som bekreftes ved at flere av brukerne i denne studien hadde vedtak som er gått ut på dato. Det samsvarer med det Kirchhoff (2010) fant om at vedtak for mange sykepleiere bare er en legitimering for at brukeren får en hjemmetjeneste. En gjennomgang av datamaterialet viser også at det har gått uforholdsmessig lang tid fra vedtak har blitt fattet til brev er sendt bruker. Det skyldes blant annet at kommunene ikke har gode rutiner for å følge opp saksbehandling ved sykdom. Siden begge kommunene i min undersøkelse har en blandingsversjon av bestiller-utfører-modellen, er det ansatte, i hovedsak sykepleiere, i de respektive sektorene som gjør vurderingsbesøk og lager utkast til vedtak. Hos brukere som mangler vedtak, er det flere som er skrevet ut fra sykehus til hjemmetjenesten. En gjennomgang av vedtakene viser at det i en del sammenhenger ikke er sendt inn søknad om hjemmetjenester før lenge etter at bruker er kommet hjem fra sykehus. Mulig det foreligger en misforståelse om at når sykehuset tar kontakt om at de skriver ut en bruker som har behov for tjenester i hjemmet, så betraktes det som en søknad. Skal andre søke på vegne av den om har behov for helse- og omsorgstjenester, så må det foreligge et skriftlig samtykke fra den som skal ha tjenesten (Helsedirektoratet 2016).

Vedtaket er grunnlaget for den tjenesten brukeren får, og når utredning og tildeling er gjort, er det «varedeklarasjonen» brukeren mottar. Alle vedtaksbrev har en setning om at hvis tilstanden endrer seg, vil behovet for tjenesten bli vurdert på nytt. Dersom hjemmetjenesten ikke forholder seg til de vedtak som er gjort, kan det medføre at tjenesten brukeren får, varierer alt etter hvilken ansatt som kommer. Funnene i min studie presentert i artikkel III viser at vedtak for noen er at brukeren

er registrert i hjemmetjenesten og så glemmes vedtaket jfr vedtak som er gått ut på dato.

Hva betyr det egentlig for brukere i hjemmetjenesten at vedtakene ikke samsvarer med den tjenesten som ytes? Manglende skriftlig vedtak medfører manglende rettsikkerhet for brukerne, da det kun er mulig å klage på innholdet i det skriftlige vedtaket. Det må skje innen tre uker etter at bruker mottok underretning om vedtaket jfr Forvaltningslovens §§ 23 og 24 (Beredskapsdepartementet, 2014). Når det gjelder hjemmetjenesten så viser dette manglende rutiner for endring av vedtak. For ledelsen av hjemmetjenesten kan det medføre utfordringer knyttet til behovet for ansatte. Tidsressurs knyttet til vedtak kan indikere at det er ledig kapasitet, mens det i virkeligheten er omvendt. Om manglende revurdering av vedtakene er et utbredt problem generelt kan ikke denne studien gi svar på. Men flere kvalitative studier viser at det ikke er samsvar mellom det ansatte ser behov for ute hos brukeren og innholdet i vedtaket (Christiansen & Bjørk, 2016; Kirchhoff, 2013; Sæterstrand et. al, 2015; Tønnessen et.al, 2011).

5.3.1 Ensartede tidsrammer for de ulike tjenestene?

Selv om enkeltvedtak skal baseres på en individuell og konkret vurdering, er det behov for å ha noen tidsestimater å forholde seg til når vurdering skal gjøres. I vedlegg III viser jeg hvilke forslag til tidsestimater de ulike tjenestene har som beskrives i FRYD (KS, 2004). Besøksrutene i denne studien viser at assistanse/hjelp ved dusjing varierer fra 15 minutter til en time. Hjelp til morgenstell varierer fra 30 til 90 minutter, og hos noen er det to ansatte som samarbeider. Det som er standard, er tid som skal til for å kle på og kle av støttestrømper, til dette er det satt av 10 minutter i besøksruten hos brukere som kun har den tjenesten. Administrering av legemidler er en tjeneste hjemmetjenesten bruker noe mer tid på. Men her er det forskjell på de to kommunene i studien. I kommune A er standard til administrering av legemidler satt til en time, mens kommune B bruker 30 minutter. Det bunner i at

kommune A fortsatt legger til grunn tidsbruk som trengs til å legge i ukedoser, selv om brukeren får multidose. Da dette ble tatt opp under en orientering om funn fra prosjektet, ble det endret. En time per uke til å kontrollere en multidose og gi den ut til bruker kunne ikke forsvares.

Har vi så behov for forslag til tidsestimater som skal ligge til grunn for planlegging av tjenesten? Svaret er ikke et ubetinget ja eller nei. Men siden behovene for bistand varierer så mye, er vedtakene en måte å synliggjøre hvor mye tid det forventes at de ansatte bruker på det direkte pleiearbeidet som danner grunnlaget for planleggingen av hvordan hjemmetjenesten følger opp vedtakene.

I Danmark har flere kommuner i partnerskap med KL vedrørende dokumentasjon av hjemmesykepleien utviklet det de kaller «indsatskatalog over sygeplejeindsatser». Denne viser hvordan de vurderer ulike tiltak i hjemmetjenesten, og hvilken kompetanse den som utøver tjenesten, bør ha (KL, 2014; Næstved Kommune, 2016; Varde Kommune, 2016). Hvis kommunene i Norge gjorde noe tilsvarende, kunne det være en måte å synliggjøre hvilke tjenester kommunene gir, samt vise bredden og kompleksiteten i den tjenesten kommunene tilbyr. Det kunne kanskje være med på å skape en faglig debatt som medfører at kulturen med å utføre skjulte tjenester forsvinner?

5.3.2 Arbeide etter vedtak – en utfordring?

Funn presentert i artikkel III viser at ansatte ivaretar brukerne ut fra hva brukerne har behov for uansett vedtak eller ikke. Ni brukere, fire fra kommune A og fem fra kommune B, fikk fortsatt tjenesten selv om vedtaket var gått ut på dato for mer enn seks år siden. Hva det skyldes, er ikke entydig. Noe kan ha med hvordan kommunene har valgt å synliggjøre vedtakene i sitt dokumentasjonssystem. Erfaringen som ble gjort i forbindelse med kopiering av vedtakene, var at de ikke var så lett tilgjengelig. Med manglende rutiner for oppdatering kan flere vedtak med sluttdato overses. Dette kan få konsekvenser for IPLOS-registreringen. Det er et krav

at når en bruker får innvilget et nytt vedtak, så skal endringene registreres i IPLOS. De brukerne som ikke har vedtak, eller vedtak gått ut på dato, er mest sannsynlig ikke med i IPLOS-oversikten, og kommunen får dermed et statistikkgrunnlag som viser et galt bilde av hvilke arbeidsoppgaver hjemmetjenesten faktisk har. Kommune A hadde 107 brukere som ikke hadde vedtak, og 124 som hadde vedtak utgått på dato. For Kommune B var tallene henholdsvis 99 og 25 brukere. Det er ikke belegg for i denne undersøkelsen å si at brukere som ikke har fått vedtak, ikke er registrert i IPLOS, men brukere med vedtak som er utgått på dato, vil sannsynligvis være slettet i IPLOS om registreringen er gjort riktig. Et forsiktig anslag som viser hvor mange timer som mangler i IPLOS hos kommune A, er på 186 timer dersom hver bruker i snitt får innvilget cirka 1,5 time. I kommune B vil det være 37,5 timer. Brukte de ansatte 35 minutter per uke til å skrive rapport om hver bruker, og kjøretiden anslåst til 20 % av arbeidstiden, gir det for kommune A 321 arbeidstimer og for kommune B 65 arbeidstimer, noe som utgjør cirka 9 stillinger for kommune A og cirka 2 stillinger for kommune B. Dette er tid de ansatte bruker uten dokumentasjon i IPLOS. Det kan forlede administrasjonen i kommunene til å regne med at de har ledig kapasitet i hjemmetjenesten.

Disse to kommunene hadde ikke gode rutiner for revidering av vedtakene, og det ser ut som dette kan være et problem i flere kommuner. Det kan skyldes innføringen av ulike varianter av bestiller-utfører-modellen. Rutinene for revidering av vedtakene kan oppleves som vel byråkratiske når endringsforslag skal sendes fra et sektorkontor til bestillerkontoret, som så skal utforme og kvalitetssikre det nye vedtaket og sende det til bruker med kopi til sektorkontoret.

Oppsummert kan man si at den kulturelle dimensjonen i hjemmesykepleierens virkelighet har noen normer og verdier for arbeidet som ser ut til å overstyre vedtakene. Det utdypes noe mer i avsnitt 5.4 om tidsetikk. Hvordan

hjemmetjenesten skal få bukt med det som Kirchhoff (2010) kaller skjulte tjenester har ikke et entydig svar.

Fra Danmark kommer begrepet «tillitsreform i forvaltningen» (Jensen, & Villadsen, 2015), og flere kommuner i Norge, deriblant Oslo (Andersen, 2014), vil følge opp.

Tillitsreformen skal

skabe rum for, at vi alle i endnu højere grad kan udfolde vores faglighed, og indgå i fagligt kompetente og tillidsfulde relationer med hinanden og ikke mindst med borgerne. Tillidsreformen skal gøre Socialforvaltningen til en bedre arbejdsplads. Et højt niveau af tillid giver mere trivsel, bedre kvalitet i kerneydelsen og højere produktivitet til glæde for borgerne (Laigaard, 2013).

Forskning som har tjenesteutvikling i kommunene i fokus, kan si noe om en slik reform gir bedre tjenester til brukerne og løser dilemmaet med skjulte tjenester i hjemmetjenesten samtidig som den ivaretar IPLOS-forskriften.

5.4 Tidsetikk

På bakgrunn av funnene om at tid, og da spesielt tid til å komme seg fra en bruker til en annen er underestimert i planlegging av ukeprogrammet, vil jeg avslutte drøftingskapitlet med refleksjoner om hva knapt med tid gjør med de ansatte og brukere.

Alle yrkesgrupper som arbeider med å hjelpe mennesker, er styrt av en grunnverdi knyttet til de hjelpebehov som kjennetegner yrket (Andreasen, 2008; Raffnsøe-Møller, 2011). Rammepånen for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008) målbærer denne verdien. Der står det at helse- og sosialfagutdanningene har som overordnet mål:

å utdanne reflekterte yrkesutøvere som setter mennesket i sentrum, og som kan planlegge, organisere og gjennomføre tiltak i samarbeid med brukere og andre tjenesteytere.

I den spesifikke delen står det:

Sykepleierutdanningen skal utdanne selvstendige og ansvarsbevisste endrings- og pasient-orienterte yrkesutøvere som viser evne og vilje til en bevisst og reflektert holdning ved utøvelse av sykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2008:5).

I utdanningen fokuseres det på pasientens behov for helhetlig sykepleie. Der får sykepleierne forståelse for at det er pasientens behov og situasjonen pasienten er i som er med å bestemme planlegging, organisering og gjennomføring. Sykepleiere som arbeider i hjemmetjenesten, har også dette med seg.

Vike (2004:82) hevder at sykepleierutdanningen er særdeles lite opptatt av å formidle begrensningene i hvor langt viljen til å yte omsorg kan strekkes. Det, skriver han, gjør at de færreste sykepleiere har tid og ressurser til å gjøre det de tror er deres oppgave. Autonomien som ligger til yrket, fører til at sykepleierne gjør det de synes er nødvendig, (Haukelien, 2013; Kirchhoff, 2010; Kvande og Rasmussen, 1997; Sæterstrand et al., 2015). Jeg tror noe av dette også kan forklares med empati, at helsepersonell svarer på en appell de ser hos brukeren. Empati er en umiddelbar reaksjon. Som Slote skriver «that both perceptual and temporal immediacy make one empathize more strongly with someone's plight are criterially relevant to the strength of our obligation(s) to aid” (Slote, 2007: Kindle Locations 799–801).

Raffnsøe-Møller (2011) viser også til denne autonomien i sin artikkel *Etik, selvdannelse og selvledelse i sygepleje i Sundhedsfaglig ledelse*. Han hevder at sykepleieren arbeider etter verdier for omsorgspraksis som krever selvledelse, noe også Busch drøfter i sin bok *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner* (Busch, 2012:130 ff). Der fokuserer de på selvstendig vurdering og det å gjøre det rette i forhold til pasientens hjelpebehov. Busch viser til at selvledelse fungerer godt i situasjoner med lite tidspress (Busch, 2012:134). Men han går ikke nærmere inn på hvordan det fungerer under tidspress.

Moe (2010) hevder at tid er en sosial konstruksjon, og at den erkjennelsen innebærer at tidsbegrepet er noe vi mennesker må ta ansvar for.

All tid vi opplever, den opplever vi ut fra det tidsbegrep vi bruker. Både våre temporale bekymringer og våre temporale muligheter må føres tilbake til vårt tidsbegrep. I det ligger det ikke bare en *moralsk* forpliktelse, og slett ikke bare en forpliktelse overfor den kunnskap, teknologi og sosial organisering vi har utviklet. Det er også tale om en moralsk forpliktelse i forhold til det begrep om naturen og verden som utvikles fra våre tidsbegrep. Slikt sett kan det være nærliggende å snakke om en *tidsetisk* erkjennelse (Moe 2010:200).

Tid og tidsbegreper i hjemmetjenesten er komplekse størrelser, som vist i denne avhandlingen. Vedtak skal på en måte synliggjøre klokketidsrammen hos brukeren, og ukeprogrammet strukturerer arbeidsdagen. Men, hvis vedtakstiden ikke er i tråd med tiden de ansatte trenger for å utføre tjenesten, får brukerens situasjon forrang noe dette sitatet viser.

Pasientenes situasjon var utgangspunktet for hjelpen som ytes enten de bodde sentralt eller ute i distriktet. At sykepleierne brukte mer tid enn beregnet i vedtaket, spilte ingen rolle for sykepleierne; de ville ivareta pasienten på best mulig måte (Sæterstrand et al. 2015).

Dette er ikke noe nytt fenomen. Kari Wærness (1982) beskriver tilsvarende «ulydighet» hos hjemmehjelperne hun intervjuet rundt 1980. De ga uttrykk for at de brydde seg lite om instruksene. Skulle de gi brukerne skikkelig omsorg, var det umulig å følge reglene helt ut. Kirchhoff (2010) kaller som nevnt dette for de skjulte tjenestene. Han skiller mellom de formelle tjenestene som legitimeres gjennom det administrative normsystemet, og skjulte tjenester som henter sin legitimitet i andre normsystemer. Jensen og Villadsen (2015, 2016) viser at problemet med skjulte tjenester også er en utfordring i hjemmetjenesten i Danmark, men de kaller det «civil ulydighed». Noe av det som ligger i «civil ulydighed» er at ansatte ser seg nødt til å inndra minutter fra tjenesten hos en bruker og legge til tjenesten hos en annen

bruker hvor de vurderer tjenesten krever mer tid enn innvilget. Den kulturelle dimensjonens tidsforståelse, pleiens tid, overstyrer den strukturelle tidsforståelsen, klokketid, når de ansatte vurderer brukerens behov annerledes enn de som har fattet vedtakene.

Når ansatte bruker mer tid enn beregnet hos enkelte brukere, er det med på å skape tidspress som gir seg utslag i travelhet. Wærness (1999) har synliggjort at travelhet kan skape grusomhet i den offentlige omsorgstjenesten. Travelhet fører til upersonlige og kjølige relasjoner. Mye tyder på at den opplevde travelheten i hjemmetjenesten stadig øker, og at stadig færre brukere får faste hjelpere. Konsekvensene av det, mener hun, reduserer muligheten for at hjelperne og brukerne får anledning til å oppleve hverandre som konkrete personer og det øker faren for krenkelse av menneskeverdet. Dette samsvarer det andre skriver om hvordan pasienter opplever hva sykepleierens travelhet gjør med dem (Moe, Hellzen, & Enmarker, 2013; Walsh & Kowanko, 2002). Det svekker deres verdighet at de ikke blir inkludert i beslutninger og at sykepleieren gjør oppgaver de klarer selv. Wærnes skriver:

De menneskelige og moralske kvaliteter i den offentlige pleie- og omsorgssektoren kan bare fremelskes og styrkes i situasjoner som ikke er preget av travelhet, men der det er *ro nok* til at den hjelpetrengende får tillit og trygghet for at hjelperen oppfatter henne som en konkret person (Wærness, 1999:156).

Å finne organisasjonsformer og tilstrekkelige ressurser til at slike omsorgsmøter blir det vanlige, vil være utfordringene i årene som kommer.

Når arbeidet planlegges slik at den tiden som settes av til den enkelte bruker, ikke samsvarer med behovet (og/eller vedtaket), så skapes travelhet som kan resultere i at den ansatte bare gjør det som er helt nødvendig. De bruker mer tid hos noen og

mindre hos andre. Moe (2013) og Öresland et al. (2008) viser til at pasienter føler seg som gjest i eget hjem på bakgrunn av adferden til ansatte fra hjemmetjenesten.

Så når det i hjemmetjenesten bevisst settes opp besøksruter som ikke forholder seg til den klokketiden det tar å komme fra den ene brukeren til den andre, er det etter mitt syn en form for maktmisbruk mot både de ansatte og i tillegg berørte brukere. Som nevnt i kap 2.2.1 bruker ansatte av sin personlige tid, som matpauser, til å fullføre oppgaver. Mulighet for å gjennomføre pålagt dokumentasjon for å sikre oppdatert kunnskap om tilstanden til brukeren reduseres.

«Missed nursing care/unfinished care» er et begrep som brukes i flere internasjonale forskningsartikler om utelatt eller forsinket utøvelse av omsorg relatert til tid eller mangel på ressurser (Harvey, Thompson, Pearson, Willis, & Toffoli, 2017; Jones, Hamilton, & Murry, 2015; Kalisch, Landstrom, & Williams, 2009; Kalisch & Williams, 2009). Jones et al. (2015) skriver at

Unfinished care is conceptualized as a three-pronged phenomenon consisting of a problem (resource/time scarcity), a process (clinical decision making to prioritize and ration care), and an outcome (care left undone).

Min studie viser (artikkel I og II) at organiseringen av hjemmetjenesten på en måte setter «missed nursing care» i system når kjøretid er underestimert og når planlegging av besøksrutene på dag og kveld ikke alltid tar hensyn til når brukeren får besøk på dagen relatert til besøk på ettermiddag/kveld i forhold til bl.a tilrettelegging av måltid, utdeling av legemidler.

Tid er i del sammenhenger underkommunisert i hjemmetjenesten. Ansatte trenger å utvikle en bevisst tidsetikk som løfter fram utfordringene knyttet til utforming av vedtak, organisering av tjenesten og autonomi slik at tjenesten kjennetegnes av et høyt faglig og etisk nivå.

6 Konklusjon

Hensikten med studien er å utforske og beskrive hjemmetjenestens virksomhet slik den framkommer i dokumenter som synliggjør innhold og struktur i arbeidsdagen til de ansatte. Ved å bruke en modell som beskriver hjemmetjenestens virkelighet forankret i tid og rom som ramme for avhandlingen synliggjør jeg at i planlegging av ukeprogrammet blir det ikke i tilstrekkelig grad tatt hensyn til kjøretiden. Funnene er utfyllende til tidligere forskning, da studiens funn støtter opp om at det er knapt med tid i hjemmetjenesten ved bruk av et større kvantitativt datasett. Det kommer også fram i studien at ukeprogrammet er satt opp slik at brukere som får to eller flere besøk daglig, ikke alltid får tjenestene til tidspunkt som sikrer at måltidene blir organisert slik at nattfaste kan unngås eller at legemidler gis til rett tid. Sagt på en annen måte, medfører planlegging av besøksrutene for noen brukere at «missed nursing care» er satt i system. Funnsom viser manglende rutiner for oppdatering av vedtak og vedtak som er gått ut på dato viser til en intern kultur, hvor ansatte ikke alltid forholder seg til innholdet i vedtaket. De gir brukere den tjenesten de vurderer de trenger. Tjenesten som gis er skjult i den forstand at de ikke samsvarer med vedtaket.

Selv om funnene i hovedsak er knyttet til den kulturelle og strukturelle dimensjonen, så influerer det på samhandlingen mellom ansatte og brukere, den interaksjonelle dimensjonen. Ansatte i hjemmetjenesten bør få et mer bevisst forhold til tid, hvordan tid i de ulike dimensjonene av hjemmetjenestens virkelighet forholder seg til hverandre. Et bedre samsvar mellom pleiens tid som regulerer samhandlingen mellom ansatte og brukere, klokketid i vedtak og opplevd tid vil gi forsvarlige og omsorgsfulle tjenester.

6.1 Implikasjoner for praksis

Funn fra denne studien har implikasjoner for praksis som griper inn i alle dimensjonene av hjemmetjenestens virkelighet. Ansatte i hjemmetjenesten trenger å få et mer bevisst forhold til tid. Et bedre system for planlegging av ukeprogrammene som både har fokus på tid hjemme hos brukere og tiden det tar å komme seg fra en bruker til den neste vil løfte fram den strukturelle dimensjonen med sin klokkeid og det geografiske rommet. Forsøk med bruk av bruk av optimeringsteknologi i by, viser at det gir bedre ruteplanlegging (Grut et. al, 2016)

Når det gjelder vedtak og skjulte tjenester, så viser denne studien at både den organisatoriske - og kulturelle dimensjonen innvirker på hverandre. Avstanden i organisasjonen når det gjelder hvem som behandler og innvilger søknadene og de som utfører tjenesten er for stor. Det legger til rette for en kultur som legitimerer skjulte tjenester. Det er viktig å ta på alvor at sykepleiere som profesjon er «selvstendige og ansvarsbevisste endrings- og pasient-orienterte yrkesutøvere som viser evne og vilje til en bevisst og reflektert holdning ved utøvelse av sykepleie» (Kunnskapsdepartementet, 2008). Det er ikke i tråd med utdanningen sykepleierne har å arbeide etter detaljerte vedtak som er «bestilt» av ansatte fra et bestillerkontor. Sykepleierne foretar selvstendige vurderinger og handler i tråd med det de opplever er brukerens behov. Slik jeg ser det, bør kommunene revidere skillet mellom de som bestiller tjenesten og de som utfører tjenesten og la de lederne som er nærmest brukerne behandle søknader om helsetjenester i hjemmet. Da kan vi kanskje unngå skjulte tjenester.

For den interaksjonelle dimensjonen, vil endringer i den kulturelle - og strukturelle dimensjonen gi bedre muligheter for at samhandlingen mellom bruker og ansatt tar den tiden det tar, pleiens tid.

Studien har også implikasjoner for hva bachelorutdanningen i sykepleie bør løfte fram. Utdanningen bør ha et større fokus på hva som er forsvarlig og omsorgsfull sykepleie, og lære studentene i praksisstudiene hva det betyr innenfor de rammene praksisfeltet har. Utdanningen må gi studentene mulighet til å reflektere begrensningene i hvor langt viljen til å yte omsorg kan strekkes og hva det betyr for utøvelsen av sykepleie.

6.2 Forslag til videre forskning

Avhandlingen gir grunnlag for videre forskning innenfor feltet hjemmetjenester. I denne avhandlingen er det hjemmetjenesten to landkommuner med ca 10 000 innbyggere som er undersøkt. I framtidig forskning bør også bykommuner og mindre kommuner undersøkes.

Med den kompetansesammensetningen hjemmetjenesten har, så kan tema for framtidig forskning være å undersøke hvilke arbeidsoppgaver som er tillagt den enkeltes besøksrute relatert til pleiefaglig kompetansenivå og konsekvenser. Et annet tema som kan være interessant å utforske, for eksempel gjennom dybdeintervju, er ansatte i hjemmetjenesten forståelse av tid relatert til «missed nursing care».

Funnene i studien tyder også på at det er et gap mellom de som skriver vedtak og de som yter tjenesten til brukerne. Det trengs mer forskning om hvordan kommunen organiserer hjemmetjenesten både som tildeler og utøver av tjenester. Hva er en tillitsreform og hvordan kan den dreie ledelse av hjemmetjenesten bort fra føringene i NPM og gi de ansatte større frihet til å organisere sitt arbeid med fokus på mer tillit og mindre kontroll som er i tråd med lover og forskrifter? Vil en tillitsreform redusere bruken av skjulte tjenester? Det er også av interesse å

undersøke hvilken organisering av tjenesten som reelt gir både en omsorgsfull og forsvarlig tjeneste og som i tillegg er kostnadseffektiv.

Mange kommuner i Norge er store i utstrekning. Det kan derfor være av interesse å analysere nærmere hvordan kommunene ivaretar komplekse tjenester hos brukere som ønsker å bo hjemme, selv om det er langt fra nærmeste sektorkontor i hjemmetjenesten. Et relevant tema for forskning vil også være hvor forberedt hjemmetjenesten er på å takle strømbrydd, stengte veier pga ekstremvær, jordras eller at fergene ikke går?

Litteratur

Abelsen, Lisbeth Remlo and Poppe, Wenche (2016). *Mangelfull dokumentasjon av helsehjelp i kommunene. Hva mangler av IKT -støtte og -kompetanse?*

Hentet

fra: http://img8.custompublish.com/getfile.php/3356468.1308.uvsvyapwwu/SI_uttrapport+IKTDokHelse+v+1+0.pdf?return=www.tromso.kommune.no

Andersen, C. (2014). Vil ha tillit fremfor stoppeklokke.

Sykepleien, <https://sykepleien.no/2014/10/vil-ha-tillit-fremfor-stoppeklokke-0>

Andersson, K. (2007). *Omsorg under förhandling: om tid, behov och kön i en föränderlig hemtjänstverksamhet*. Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet. Hentet fra: [https://www.diva-](https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:140010/FULLTEXT01.pdf)

[portal.org/smash/get/diva2:140010/FULLTEXT01.pdf](https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:140010/FULLTEXT01.pdf)

Andersson, K. (2008). *The Neglect of Time as an Aspect of Organising Care Work, in Wrede mfl (red.): Care work in crisis: reclaiming the Nordic ethos of care*.

Lund: Studentlitteratur.

Andreasen, T. E. (2008). *Perspektiver på pleje: verdier i praksis*. Århus:

Philosophia.

Angelsen, R. (2013). Web GIS for hjemmetjenesten. Web GIS for Home Care Services. *Kart og plan* (3) 165-178

Badi, D. (4-8-2009). - Stor forskjell på om du får hjelp til å stå opp klokka 9 eller 11. Hentet

fra: <http://www.dagbladet.no/2009/08/04/nyheter/helse/innenriks/7502210/>

- Bardal, K. G. & Mathisen, T. A. (2015). Winter problems on mountain passes - Implications for cost-benefit analysis. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 74, 59-72. doi.org.eazy.uin.no:2048/10.1016/j.tra.2015.02.007
- Binderkrantz, A. S. & Bøgh Andersen, L. (2011). *Guide til NVivo 9*. København: Hans Reitzel.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* Oslo, Cappelen Damm akademisk.
- Bratberg, Ø. (2014). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Busch, T. (2012). *Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner*. Bergen: Fagbokforlaget
- Bølstad, J. (1985). *Hjemmesykepleie: kommunehelsetjenestens grunnpilar*. Oslo: TANO.
- Connell, R. A. og Skiphamn, S. S. (1-9-2011). Knallharde prioriteringer i hjemmetjenesten. Hetet fra: <http://www.dt.no/nyheter/knallharde-prioriteringer-i-hjemmetjenesten/s/2-2.1748-1.6457188>
- Cope, M. & Elwood, S. (2009). *Qualitative GIS: a mixed methods approach*. Los Angeles: Sage.
- Craven, C., Byrne, K., Sims-Gould, J., & Martin-Matthews, A. (2012). Types and patterns of safety concerns in home care: staff perspectives. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(5), 525-531. doi: 10.1093/intqhc/mzs047
- Christiansen, B., & Bjørk, I. T. (2016). Godt – eller godt nok? Hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 12(1), 64. doi:10.7557/14.3774

- Cromley, E. K. & McLafferty, S. I. (2012). *GIS and Public Health*. New York - London: The Guilford Press.
- Davies, K. (1994). The Tensions between Process Time and Clock Time in Care-Work: The Example of Day Nurseries. *Time & Society*, 3(3), 277-303. doi: 10.1177/0961463X94003003002
- Davies, K. (1996). *Omsorgens struktur - tidens kärna i Rosmari Eliasson (red.) Omsorgens skiftningar: begreppet, vardagen, politiken, forskningen* Lund, Studentlitteratur.
- Ellefsen, B. (1987). *Andres hjem - vår arbeidsplass: arbeidskrav og rolleutforming i hjemmesykepleien* Oslo, Institutt for sykepleievitenskap. Hentet fra: <http://www.nb.no/nbsok/nb/70adca51ce712dbd133bf3d1f28c8a59?lang=no#0>
- Eveborn, P., Flisberg, P. & Rönnqvist, M. (2006). Laps Care - an operational system for staff planning of home care. *European Journal of Operational Research*, 171(3), 962-976. doi.org/10.1016/j.ejor.2005.01.011
- Eveborn, P., Rönnqvist, M., Einarsdóttir, H., Eklund, M., Lidén, K. & Almroth, M. (2009). Operations Research Improves Quality and Efficiency in Home Care. *Interfaces*, 39(1), 18-98,100,102.
- Forskrift om IPLOS-registeret (2006). Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204>
- Forskr. om lovbest. sykepleietjeneste (1983). Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste. Hentet fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-19831123-1779.html>

Frink, J., (2015). *Co-constructed from the margins: the intersection of design, practice, and technology within changing classroom social space* (Doctoral dissertation, University of Rochester). Rochester, New York: University of Rochester

Gautun, H. (2012). *Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien*. Fafo rapport 05. Oslo, Fafo. Hentet fra: <http://www.fafo.no/index.php/nb/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/planlagt-og-faktisk-bemanning-i-sykehjem-og-hjemmesykepleien>

Gjertsen, H., Solvoll, G., & Gjernes, T. (2012). *Tidsbruk og byrskrati i pleie- og omsorgstjenestene: en studie av omfang, nytte og kostnader ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i kommunale pleie- og omsorgstjenester*, nr. 12. Bodø, Nordlandsforskning. Hentet fra: <http://www.nordlandsforskning.no/publikasjoner/tidsbruk-og-byrskrati-i-pleie-og-omsorgstjenestene-article268-152.html>

Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien - vanskelige vilkår, men gode muligheter. Continuity of home care - difficult conditions, but good opportunities. Tidsskrift for Omsorgsforskning, 1(1), 18-26.

Gjevjon, E. R. & Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *J Clin. Nurs*, 19(1-2), 100-108. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x.

Gjevjon, E.R., Romøren, T.I., Kjos, B.O. & Hellesø, R. (2013). Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *J Nurs Manag.*, 21(1), 182-190. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01366.x

Gotved, S. 2006a, The Construction of Cybersocial Reality. I D. Silver & Massanari, A. (Red.) *Critical cyberculture studies*, New York: NYU Press.

Gotved, S. 2006b. Time and space in cyber social reality. *New Media & Society*, 8(3), 467-486. doi: 10.1177/1461444806064484

Grut, L., Fauske, A. L. B., & Kraver, I. J. (2016). *Elektronisk ruteplanlegging i hjemmetjenesten. Erfaringer fra logistikkprosjektet i Horten kommune*. Hentet: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/rapport-a27853-kunnskapsstatus-horten_ruteplanlegging.pdf

Halvorsrud, L., Pahr, I., & Kvarme, L. G. 2014. Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien forskning* 9(3), 244-251. doi:10.4220/sykepleienf.2014.0133 Hentet fra; <https://sykepleien.no/forskning/2014/10/hjemmesykepleieren-i-mote-med-den-nedstemte-pasienten>

Hansson, A., Arvemo, T., Marklund, B., Gedda, B. & Mattsson, B. 2010. Working together — primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(1), 78-85. doi: 10.1177/1403494809347405

Hartviksen, T. A., & Sjølie, B. M. (2017). *Hverdagsrehabilitering: kvalitetsforbedring i norske kommuner*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Haukelien, H. (2013). *Omsorg og styring: kjønn, arbeid, og makt i velferdskommunen*. Bergen: University of Bergen. Hentet fra <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/filer/2353.pdf>

Haukelien, H., Møller, G., & Vike, H. (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren*, Telemarksforskning, Bø. Hentet fra: https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/detalj.asp?r_ID=1911&merket=5

Hegerstrøm, T. (2002). *Om relasjoner i hjemmetjenestene* Oslo, Universitetsforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. *Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Helsedirektoratet (2014). *Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/5/Elektronisk-pasientjournal-i-omsorgstjenesten-IS-2221.pdf>

Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*. Oslo, Helsedirektoratet. Hentet

fra: [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1149/Veiled er-for-saksbehandling-IS-2442.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1149/Veiled%20er-for-saksbehandling-IS-2442.pdf) .

Helsetilsynet. (2011). *Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre*. Krevende oppgaver med svak styring. Rapport fra Helsetilsynet 5/2011. Oslo, Helsetilsynet. Hentet

fra: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport5_2011.pdf

Henderson, V. (1961). *Sykepleiens grunnprinsipper*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Hood, C. (1995). The "new public management" in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2/3), 93-109.
doi:10.1016/0361-3682(93)E0001-W

Iversen, A. (1986). *Hva gjør vi i hjemmesykepleien? Om det å gi og å få hjelp hjemme* Oslo, Tano. Hentet

fra: <http://www.nb.no/nbsok/nb/a830410e683af3f7e6fb213e67f2641c?index=1#0>

Jensen, S. M., & Villadsen, K. (2015). 'Civil ulydighed' og modstridende rationaler i ældreplejen. *Gjallerhorn, Tidsskrift for professionsstudier* (21), 11-17. Hentet fra: http://forskning.ruc.dk/site/files/56552343/gjallerhorn_21_ledelse_magt_og_styring.pdf

Jensen, S. M., & Villadsen, K. (2016). "Civil Disobedience" and Conflicting Rationalities in Elderly Care. In J. F. Gubrium, T. A. Andreassen, & P. Solvang (Eds.), *Reimagining the human service relationship*. New York: Columbia University Press.

- Johansen, E. & Fagerström, L. (2010). An investigation of the role nurses play in Norwegian home care. *Br.J.Community Nurs.*, 15(10), 497-502. doi: 10.12968/bjcn.2010.15.10.78742
- Josefsson, K. (2006). *Municipal elderly care: Implications of registered nurses' work, situation, education, and competence*. Karolinska Institutet. Hentet fra: <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/38842>
- Joseph, G. M., Skinner, M. W., & Yantzi, N. M. (2013). The weather-stains of care: interpreting the meaning of bad weather for front-line health care workers in rural long-term care. *Soc Sci Med.*, 91, 194-201. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.08.009
- Kalavite, T., (2010). *Fononga 'a fakahalafononga: Tongan students' journey to academic achievement in New Zealand tertiary education*. Hamilton, New Zealand: University of Waikato. Hentet fra: <http://researchcommons.waikato.ac.nz/handle/10289/4159>
- Kirchhoff, J. W. (2010). *De skjulte tjenestene - om uønsket atferd i offentlige organisasjoner*. Dissertation Faculty of Economic Sciences, Communication and IT, Working Life Science. Karlstad: Karlstad University. Hentet fra: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:287297/FULLTEXT01.pdf>
- Kirchhoff, J. (2013). *Fra vedtak til tjeneste - om utformingen av nødvendig helsehjelp i hjemmebaserte tjenester (2013:1 ed.)*. Halden: Høgskolen.
- Kjellevoll, A. (2014). *Helse- og omsorgstjenesteloven: med kommentarer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- KL.(2014). *Styring af hjemmesygeplejen. Inspirationsnotat. Partnerskabsprojektet om dokumentation af hjemmesygeplejen*. København: KL, Kontoret for Social

og Sundhet. Hentet

fra: [https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_79025/cf_202/Styring_af_hjemmesygeplejen - Inspirationsnotat.PDF](https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_79025/cf_202/Styring_af_hjemmesygeplejen_-_Inspirationsnotat.PDF)

Krippendorff, K. (2012). *Content analysis: an introduction to its methodology*. (3. utg.) Thousand Oaks: California, Sage.

Kroken, R. (2006) Dersom moralsk ansvar omformes til teknisk ansvar. *Nordisk sosialt arbeid*. 26(2), 155-156. Oslo:

Universitetsforlaget https://www.idunn.no/nsa/2006/02/dersom_moralsk_ansvar_omformes_til_teknisk_ansvar

KS. (2004). *Brukerhåndbok for "FRYD" -verktøy for måling av Forhold mellom Ressurser og Ytelse for dimensjonering av hjemmetjenesten i kommunen*. Oslo: KS.

Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammeplan for sykepleierutdanning. Fastsatt 25. januar 2008 av Kunnskapsdepartementet. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Hentet

fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Kvande, E. & Rasmussen, B. 1997. *Omorganisering av helse og omsorgsarbeid, nye muligheter for kvinners ledelse*. I Byrkjeflot, H (Red.) *Fra styring til ledelse*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

Kvilhaugsvik, B. & Birkeland, A. 2013. Prosjektrapport "Hjemmebasert rehabilitering for pasienter med hjerneslag i kommunene Stord, Bømlo og Fitjar": med hovedfokus på samhandling mellom faggrupper, mellom enheter innen helsetjenestene, og dermed på kontinuitet i rehabilitering hos pasienter som har hatt hjerneslag. Haugesund: Helsetorgmodellen. Hentet

fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/150758/Helsetorg/modellen-rapport%202013-1.pdf?sequence=1>

Laigaard, A. (2013). Tillidsreform i Socialforvaltningen. Københavns kommune: Socialforvaltningen. Hentet

fra: http://modernisering.nu/media/613852/tillidsreformen_i_socialforvaltning_en.pdf

Lobiondo-Wood, G. (2014). *Nursing research : methods and critical appraisal for evidence-based practice*. (8. utg.) St. Louis: Elsevier.

Martinsen, K. & Kjær, T. A. (2012). *Løgstrup og sykepleien* Oslo: Akribe.

Maze, T. H., Agarwal, M., & Burchett, G. (2006). Whether weather matters to traffic demand, traffic safety, and traffic operations and flow. *Transportation Research Record Journal of the Transportation Research Board* 1948 (1), 170-176. doi: <http://dx.doi.org/10.3141/1948-19>

Melting, J. B. & Frantzen, L. (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet

fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1139/F%C3%B8rste%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf>

Mentsen Ness, T. (2015). *Home nursing care in rural areas: Stories from oldest old persons living alone and their nurses*. Doktorsavhandling, Fakulteten för humanvetenskap, Avdelningen för omvårdnad, Mittuniversitetet. Sundsvall: Mittuniversitetet.

- Moe, A. (2013). *Jeg vil leve til jeg dør: Livslyst hos hjemmeboende kronisk sykeeldste eldre. Doktorsavhandling*. Institutionen för Hälsovetenskap, Mittuniversitetet. Sundsvall: Mittuniversitetet. Hentet fra: <http://miun.diva-portal.org/smash/get/diva2:599884/FULLTEXT01.pdf>
- Moe, A., Hellzen, O., & Enmarker, I. (2013). The meaning of receiving help from home nursing care. *Nurs Ethics*, 20(7), 737-747.
doi:10.1177/0969733013478959
- Moe, S. (2010). *Tid - en sosial konstruksjon?* Oslo, Abstrakt forl.
- Mørk, E., Sundby, B., Otnes, B., Wahlgren, M., & Gabrielsen, B. (2013). *Pleie- og omsorgstjenesten 2012: statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. (43/2013 ed.) Oslo: SSB. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/242516?ts=150606744c0>
- Naustdal, A. G. & Netteland, G. (2012). Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. *Sykepleien forskning*, 7(3), 270-277.
DOI:10.4220/sykepleienf.2012.0133. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/sjukepleiedokumentasjon-i-eit-elektronisk-samhandlingsperspektiv>
- Neuendorf, K. A. (2016). *The Content Analysis Guidebook*. Second Edition/Kindle Edition. Thousand Oaks,: SAGE Publications.
- Næstved Kommune. (2016). *Indsatskatalog for Sygeplejeydelser*. Næstved Kommune.
- Olsen, R., Hellzen, O. & Enmarker, I. (2013). Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and transfer characteristics. *Int J Integr Care*, 13, 1-10. doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.879>

Otnes, B. (2015). Stadig mer hjelp til dem under 67 år, pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013. *Samfunnsspeilet elektronisk ressurs*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/stadig-mer-hjelp-til-dem-under-67-ar>

Otnes, B. & Haugstveit, F. (2015). *Kommunal variasjon i omsorgstjenester. Rapport* (Rep. No. 44). Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/243181?ts=1506fa1fef8>

Plan- og bygningsloven - plbl. (1985). Plan- og bygningslov. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1985-06-14-77#KAPITTEL_1

Prior, L. (2003). *Using documents in social research*. London: Sage Publications Ltd.

Raffnsøe-Møller, M. (2011). Etik, selvdannelse og selvledelse i sygepleje. I red. Uhrenfeldt, L., Sørensen, E.E. *Sundhedsfaglig ledelse*. København: Gads forlag.

Rambøll (2009). *Kortlægning og måling af administrative opgaver hjemmeplejeområdet*, København: Rambøll Management.

Rodney, P. & Varcoe, C. (2012). *Constrained Agency: The social structure of Nurses' Work*. I Baylis, F., Borgerson, K., Hoffmaster, B. & Sherwin, S. (Red.) *Health Care Ethics in Canada*. Toronto: Nelson Education Ltd.

Rusdal, M. & Aase, K. (2013). Kontinuitet i sykepleien til pasienter med vekselopphold. *Sykepleien forskning*, 8(2),124-130. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0050. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/04/kontinuitet-i-sykepleien-til-pasienter-med-vekselopphold>

- Rønning, R. (2004). *Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sandø, K. (2001). Offentlig statistikk: en brukerveiledning. *Til opplysning* nr 5. Trondheim, Universitetsbiblioteket i Trondheim. Hentet fra: http://www.ntnu.no/ub/formidl/utgivelser/til_opplysning/to_nr5.php
- Schillander, P. (2010). *Valfrihet och transporter i hemtjänsten*. https://trafikverket.ineko.se/Files/sv-SE/10549/RelatedFiles/2010_29_valfrihet_och_transporter_i_hemtjansten.pdf
- Schofield, D. (2015). *Reflexive Media Education: Exploring Mediagraphy as a Learning Activity in Upper Secondary School*. Trondheim: NTNU. Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/301972>
- Schærström, A., Rämgård, M., & Löfman, O. (2011). *Hälsans och ohälsans landskap: från medicinsk geografi till hälsogeografi*. Lund: Studentlitteratur.
- Sharman, Z. C. (2010). The recruitment and retention of community health workers in small cities, towns, and rural communities. Thesis. Vancouver: University of British Columbia. Hentet fra: <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/24/items/1.0069999>
- Sim, J. & Wright, C. (2000). *Research in Health Care: Concepts, Designs and Methods*. Cheltham: Nelson Thomes Ltd.
- Sims-Gould, J., Byrne, K., Beck, C., & Martin-Matthews, A. (2013). Workers' experiences of crises in the delivery of home support services to older clients: a qualitative study. *J Appl Gerontol*, 32(1), 31-50.
doi:10.1177/0733464811402198

Skinner, M. W., Yantzi, N. M., & Rosenberg, M. W. (2009). Neither rain nor hail nor sleet nor snow: Provider perspectives on the challenges of weather for home and community care. *Social Science & Medicine*, 68, (4) 682-688. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.11.022. Hentet fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608006102>

Slote, M.A. (2007). *The ethics of care and empathy* London: Routledge.

Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene: veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialhelsetjenesteloven* Oslo: Direktoratet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-til-forskrift-om-kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenestene-for-tjenesteyting-etter-kommunehelsetjenesteloven-og-sosialtjenesteloven>

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

SSB (2016). IPLOS - Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Oslo, Statistisk sentralbyrå, SSB. Hentet fra: <https://www.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/iplos>

Steinberg, S. J. & Steinberg, S. L. (2006). *Geographical information systems for the social sciences. Investigating Space and Place*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc .

Strandquist, M. (2007). *Kompetanse i hjemmetjenesten: kvalitet og forutsigbarhet for pasienten* (1/2007). Hentet fra: http://www-bib.hive.no/tekster/hveskrift/rapport/2007-01/rapp01_2007.pdf

- Szebehely, M. 2005. Äldreomsorgsforskning i Norden: en kunskapsöversikt. København: Nordisk Ministerråd. Hentet fra: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:700736/FULLTEXT01.pdf>
- Szebehely, M. 2006. Omsorgsvardag under skiftande organisatoriska villkor– en jämförande studie av den nordiska hemtjänsten. *Tidsskrift for arbejdsliv*, 8(1), 49-66.
- Szebehely, M. & Trydegård, G.B. (2012). Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. *Health & Social Care in the Community*, 20(3), 300-309. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01046.x.
- Syvertsen, T. (1998). Dokumentanalyse i medievitenskapen: Tilgang, kildekritikk, problemstillinger. Oslo: Institutt for medier og kommunikasjon, Universitetet i Oslo.
- Sæterstrand, T., Holm, S., & Brinchmann, B. 2015. Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis. *Klinisk Sygepleje*, 29(1), 4-16.
- Tufte, P. (2013a). *Time to care: temporal conditions, Work performance and meaning of Work in the Danish home care sector. Ph.D. thesis.* Roskilde: Roskilde Universitet. Hentet fra http://rudar.ruc.dk/bitstream/1800/12846/1/Time_to_care.pdf
- Tufte, P. (2013b). Is There Time Enough? Temporal Resources and Service Performance in the Danish Home Care Sector. *Nordic Journal of Working Life Studies* 3(2), 97-112. doi: <http://dx.doi.org/10.19154/njwls.v3i2.2552>

- Tufte, P. & Dahl, H. M. 2016. Navigating the field of temporally framed care in the Danish home care sector. *Sociology of Health & Illness*, 38(1) 109-122. doi: 10.1111/1467-9566.12343. Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.12343/full>
- Twigg, J. (2000). *Bathing - the body and community care* London: Routledge.
- Twigg, J. (2006). *The body in health and social care* Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Tønnessen, S. (2011). *The challenge to provide sound and diligent care: A qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service*. Doctoral dissertation, Oslo: University of Oslo
- Tønnessen, S. (2014). Prioriteringer i hjemmesykepleien - mot prioriteringskriterier i helseog omsorgstjenestene? I Kassah, B. L., Tingvoll, W.-A. & Kassah, A. K. (Red) *Samhandlingsreformen under lupen: kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*, Bergen: Fagbokforlaget 2014.
- Tønnessen, S., Lind Kassah, B. L. & Tingvoll, W.A. 2016.Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien forskning* 11(1),14-22. doi:10.4220/Sykepleienf.2016.56496. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/01/samhandling-med-spesialisthelsetjenesten>
- Tønnessen, S. & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien forskning* 7 (3) 280-285. *Sykepleien Forskning* , 7(3), 280-285.doi:10.4220/sykepleienf.2012.0134 Hentet

fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/hva-er-faglig-forsvarlig-hjemmesykepleie>

Tønnessen, S., Nortvedt, P., & Førde, R. (2011). Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18(3), 386-396. doi: 10.1177/0969733011398099.

Utaaker, E. (2008). *Hjemmetjenesten: døgnåpen, tidløs og slitesterk: tanker og tall etter fem år med Rett hjem* Trondheim: Arbeidstilsynet. Hentet fra: <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=97811>

Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd: hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*, 22/07. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2007/Organisering-for-velferd>

Vabø, M. (2008). Omsorgshverdag i Norden – arbeidsgleder, travelhet, ansvarspress. *Aldring og Livslöp*, (4), 2-7.

Vägverket. (2007). *Kravspecifikation för ruttoptimering. Publikation 2007:59*, Vägverket, Borlänge. Hentet fra: http://www.lansstyrelsen.se/jonkoping/SiteCollectionDocuments/Sv/miljo-och-klimat/klimat-och-energi/hemti%C3%A4nst/2007_59_kravspecifikation_for_ruttoptimering.pdf

Varde Kommune. (2016). *Indsatskatalog og kompetenceprofiler for sundhedslovsindsatser for sygeplejen og ældreområdet*. Varde kommune.

- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser: den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo, Akribe.
- Vike, H., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R., & Bakken, R. (2002). *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Walivaara, B. M., Savenstedt, S., & Axelsson, K. (2013). Caring relationships in home-based nursing care - registered nurses' experiences. *Open.Nurs.J*, (7), 89-95. doi: 10.2174/1874434620130516003
- Walsh, K., & Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *Int J Nurs Pract*, 8(3), 143-151.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in nursing and health research*. (4th ed.) New York: Springer Publishing Company.
- Wood, M. J. & Ross-Kerr, J. (2011). *Basic steps in planning nursing research: from question to proposal*. (7 utg) Sudbury, Mass: Jones and Bartlett.
- Wærness, K. (1982). *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken* Oslo: Universitetsforlaget. Hentet fra: <http://www.nb.no/nbsok/nb/2e7765a061db768dccc5b2184f543910?index=1#0>
- Wærness, K. (1999). Kan travelhet skape grusomhet i den offentlige omsorgstjenesten? I Thorsen, K. og Wærness, K. (Red) *Bli omsorgen borte? eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo, Ad Notam Gyldendal. Hentet fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/455f601fb99add26414ae6dbb33b4f1f?index=1#149>

Østbye, H., Helland, K., & Knapskog, K. (2013). *Metodebok for mediefag*. (4. utg.)
Bergen: Fagbokforlaget

Öresland, S. (2011). *Nurses go visiting: ethics and gender in home-based nursing care*. Medical dissertations Umeå: Umeå Universitet. Hentet fra: <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:416076/FULLTEXT01.pdf>

Öresland, S., Maatta, S., Norberg, A., Jorgensen, M.W., & Lutzen, K. (2008).
Nurses as guests or professionals in home health care. *Nursing Ethics*, 15, (3)
371-383. doi: 10.1177/0969733007088361.

Del II

Artiklene studien bygger på

- I. A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time? *BMC Health Services Research* 2014, 14:439 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/439> Kopi av artikkel.

- II. Sykepleiefaglige utfordringer i hjemmetjenesten – hvordan organiseres besøk hos brukere som får to eller flere besøk daglig? *Geriatrisk sykepleie. Tidsskrift for sykepleie i geriatri og demens* 2014, 6(2):24–34 http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/226224/3/14Gs2_utfordringer_i_hjemmetjenesten_3278.pdf. Kopi av artikkel.

- III. Allocation of Home Care Services by Municipalities in Norway: A Document Analysis. Kopi av innsendt artikkel lastet ned fra tidsskriftets nettside for innsending av artikkel.

- IV. Do municipalities comply with official quality standards for home care services? A c analysis. Kopi av innsendt artikkel lastet ned fra tidsskriftets nettside for innsending av artikkel.

RESEARCH ARTICLE

Open Access

A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time?

Solrun G Holm^{1*} and Ragnhild O Angelsen²

Abstract

Background: Home care services in Norway are provided for free, and municipalities are responsible for their provision to all those in need of them, in accordance with the Act on Municipal Health and Care Services. The costs of home care services are increasing. Many municipalities are now working to find the best cost-effective solutions to ensure that home care services are of sufficient quality but still affordable. This paper describes how nurses and health workers spend their working time, with a hypothesis that driving time and time required to document details of the care given are underestimated in weekly planning schedules.

Methods: This article sets out a descriptive retrospective study of day-schedules and driving routes for staff working in home care services. Data were analyzed using GIS.

Results: The driving time was between 18% and 26% of working time in municipality A, and between 21% and 23% in municipality B. Visiting time varied between 44% and 62% in municipality A, and 40% and 56% in municipality B. Other tasks, including the legally-required documentation of the care given, varied between 19% and 32% in municipality A and 21% and 38% in municipality B. Overall, 22% of the driving routes in municipality A, and 14% in municipality B, took more time than expected. In municipality A, 22% of the day-schedules underestimated overtime; this figure was 14% in municipality B.

Conclusions: In home care services, time taken for driving and to write statutory documentation seems to have been underestimated. Better planning and organization of driving routes would reduce driving time and allow more time for other necessary work.

Keywords: Home care services, Home care recipient, Geographic information systems (GIS), Nursing, Driving route, Driving time, Visiting time, Working time

Background

The population in Norway is aging, more people need help for longer periods and more diseases are treatable with new technology [1]. Norway provides free health care and ranks among the highest of all OECD nations for public health spending per capita [2]. The Government believed that these developments were not sustainable, and, on this basis, introduced a new health care reform in 2012 called *The Coordination Reform: Proper treatment – at the right place and right time* [3]. To

follow this up, a new law and regulations on health and care services were also introduced: *The Norwegian Health Service Act* [4]. *The Coordination Reform* and the new law changed municipalities' role in the provision of coordinated health and care, giving them the largest part in meeting the growth in demand for health services. They are responsible for providing reasonable, high-quality home care services, including both social and nursing care, to all who need them, regardless of age or diagnosis. Developments in recent years show that home care recipients with comprehensive assistance needs have been assigned a growing number of hours of assistance per week [5]. One year after *The Coordination Reform* was implemented, the cost of home care services is

* Correspondence: solrun.holm@uin.no

¹The Faculty of Professional Studies, University of Nordland, 8049 Bodø, Norway

Full list of author information is available at the end of the article



increasing. Many municipalities are now working to find the most cost-effective solutions that will ensure that home care is of adequate quality but still affordable.

People who need home care services may apply for them to the municipality. All home care recipients are registered in an electronic patient journal system, which also records decisions about what services the municipality has assigned to each of them, including home help, home nursing care or both. The decisions show how many hours of home help or home nursing care each user should receive each week, and which tasks should be done in that time.

If the decision means that the recipient receives more than one visit per week, the time allocated is divided by the number of visits and the services to be performed. Employees in home care offices operationalize the decision, often in collaboration with home care recipients, to decide which days and at which time the visits will occur. Home care recipients often live far from home care services' offices, which mean that nurses and health care workers need to use cars to visit them.

There is no limit to the number of home care recipients in any given municipality. The Act on Municipal Health and Care Services says only that the municipality must ensure that all persons residing there receive the necessary health services [4].

Lack of time is perceived as a problem for the staff in home care services. During the last few years there have been a lot of press reports about home care services, focusing on the lack of time, including "Stopwatch care" [6-8], "Tough priorities in home care services" [9], and "6 minutes for dinner help" [10]. It is also reported as an issue in several studies on homecare services. These studies have showed that nurses and health workers in Norway experienced increased time pressure and lack of time as a dominant and restricting factor in providing home care services [11-16].

Since home care recipients get a certain number of hours of home care services per week, providers set up day schedules and driving routes on a weekly basis. Traditionally, operational planning is done manually. A nurse or experienced health worker has the responsibility for organizing the weekly plan of day schedules and driving routes according to the sector's record of recipients. This is quite a complex task, requiring those responsible to take into account the tasks to be done at each port of call, and the expertise required. Some visits might require more than one employee to provide comprehensive nursing. In addition, they must bear in mind that some tasks, such as the administration of medication like insulin, should happen at a fixed time. The day schedules and driving routes show how each sector operationalizes the care required for each home care recipient, and the amount of time employees are expected to spend with them. The list of driving routes does not show the driving time, only the visiting time.

Since research shows that nurses and other health workers in home care services experienced lack of time as a problem, this indicates that the planning of day schedules and driving routes is probably not optimal. Planners know the visiting time but not the driving time and transfer time from the car into the recipients' house and back again.

Many articles discuss how to solve the planning problems for home health care services, and balance the workload and optimal driving routes [17-24]. Everbom et al. [25] developed a system for home care services that included travel times and distances.

There is, however, no research that shows how much driving time employees of home care services are expected to use when they visit home care recipients, and only a few reports based on the employee's own record of how they spent time during the shift [26]. Using the geographic information system, GIS, we were able to register driving routes in home care in a GIS application for calculating driving time [20,24].

There have been a number of studies using GIS in health care research. Nykiforuk and Flaman [27] carried out a literature review to identify how GIS applications have been used in health-related research. They found that in general, researchers had focused on the distance or travel time to health facilities [28-32] rather than time taken for home care services employees to travel to home care recipients.

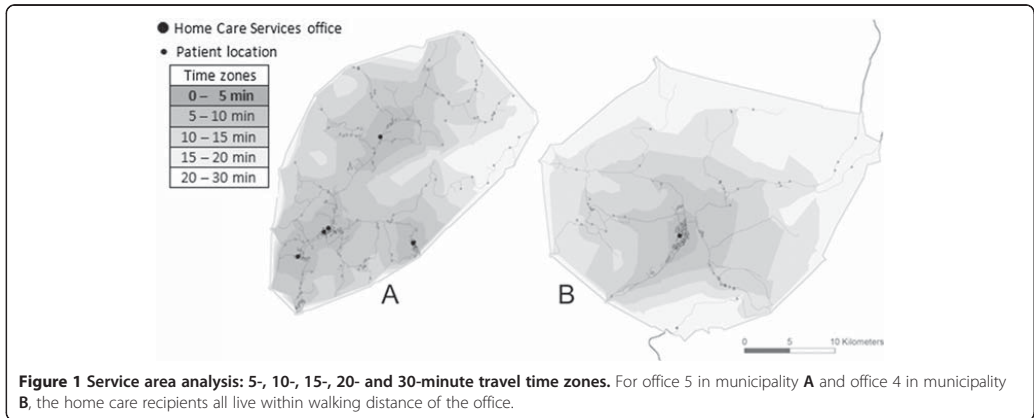
The aim of our study is to learn how nurses and health workers in home care services spent their working time using GIS to analyze a weekly plan of daily schedules and driving routes, and in particular to calculate distance driven and the amount of time spent driving, in addition to visiting time. Our hypothesis is that driving time and time required to document details of the care given are underestimated in planning schedules.

Methods

This is a descriptive, retrospective study of day-schedules and driving routes for employees of home care services in two municipalities in northern Norway.

The participants of the study were home care services in two municipalities, A and B, in northern Norway. Municipality A has a total land area of 405.58 km² (156.60 square miles), and a population of 10 800. Municipality B has a total land area of 698.22 km² (269.58 square miles), and a population of 10 000. Of the inhabitants, 16% in municipality A and 13% in municipality B are 67 years and older.

Home care services in municipality A are organized into five sectors and in municipality B into four. Municipality A has located its five home care services offices in five smaller municipal centers, while municipality B has located them all in one place, the community center (see Figure 1).



We collected data from those offices from where the employees mostly visited home care recipients, using a car. In municipality A, this was four offices, numbered 1, 2, 3, and 4, and in municipality B, it was three, numbered 1, 2, and 3. In the week of the study, 276 home care recipients in municipality A and 181 in municipality B had one or more visits. Table 1 shows the number of home care recipients visited in each sector.

Data collected for this study

We collected 420 day schedules from home care services offices in the two municipalities, covering a period of 1 week in December 2013. In addition, we recorded 471 decisions describing how much time was allocated to each individual home care recipient each week.

In municipality A, schedules only give the duration of the visits where those are fixed for some reason, unlike municipality B, where the duration is given for all visits. We had to go through all the vehicle routes with a divisional nurse for every sector in municipality A to find the time scheduled for each visit.

To estimate how far each employee drove and the driving time required on day and evening shifts, all day schedules and driving routes for Monday to Sunday were registered in Excel for analysis using GIS. Visits were recorded in the order in which they were set up by the home care services office. For each visit, the nurse or health worker must spend time to park the car, find the necessary equipment, and time of entering the house.

Table 1 Number of home care recipients visited during the week of the study

| | All | Office 1 | Office 2 | Office 3 | Office 4 |
|----------------|-----|----------|----------|----------|----------|
| Municipality A | 276 | 81 | 77 | 45 | 73 |
| Municipality B | 181 | 82 | 49 | 50 | |

After the visit, he spends time on going out again and back to the car. The worker will spend some time on this depending on how far from the house he has to park the car. After discussion with divisional nurses we added five minutes transfer time, for the time spent getting out of the car and into the house, and then out of the house and into the car. We were therefore able to estimate the total driving time. The visit time for each user was also recorded, as well as the working time including shift reports (handover time) and breaks for each employee. Shift reports lasted 30 minutes in the morning in both municipalities, but differed in the afternoon. Municipality B had a 10- to 15-minute report on the afternoon shift, while reporting time in municipality A varied between 10 and 30 minutes.

Analysis of the data

Data were analyzed using ArcGIS version 10.1, Network Analyst, a GIS. GIS are computer-based systems for storing, managing, analyzing, and presenting geographic data [33]. They are “enabling” technology tools, used for working with data with a spatial component. For home care services, the spatial components were the offices and patients’ addresses.

Using ArcGIS version 10.1, Network Analyst, a basemap with a street network containing speed limits and distances for all streets was created for both municipalities. The speed limits and distances were necessary to calculate the routes as realistically as possible. Each patient’s address and the home care services offices were included on the basemap. The addresses and any other patient-identifying information were removed from the data set before further analysis to ensure patient confidentiality. Based on the location of the home care services office(s), a service area analysis was carried out, to show the area an employee can cover from his/her office, in terms of driving time.

For the routing analysis, a model was created (Figure 2) for calculating each route, called the “solver”. All driving routes were recorded in the solver. Based on this information, the solver took into consideration the location of patients and home care services office, and the road network, and calculated the best route. The final routes were displayed on a map, and a table showed the time required for each route and its distance.

The required routes for each day can be displayed graphically on the basemap once calculated. Using ArcGIS Server terms, the application required mapping, feature, geoprocessing, and geocoding services. These services were developed from map documents made in ArcMap 10.1. The mapping service produced the basemap for the project. It contained layers with geographic reference information, useful for viewer orientation. Those layers that had operational functions, such as searching and exploring attributes, could be published as a feature service. A geocode service was added to make it easier to explore the map based on address location.

Methodological considerations

In order to obtain reliable findings, it was important that all map data was correct, including addresses and speed limits on individual roads. Local maps were not updated with new addresses, so we needed some verification. Where addresses were not clear, we checked with the employees responsible for route planning. To check the speed limits, where necessary we drove the routes.

Ethical considerations

The research project was supervised by the Regional Committee of Ethics (Northern Norway) in 2011 and the study was done by following the Helsinki Declarations ethical guidelines. The registration number from the Regional Committee of Ethics is 2011/2457-6 (Document-id is number 181546). Since the data material is indirectly person-identifiable, it has been anonymized. Notification of the

project was sent to the Norwegian Social Science Data Services, and the study was advised in 2011 with the reference number 28643. Verbal information and written approval were given as described in the Helsinki Declaration.

Results

In total, in the week examined, there were 276 home care recipients in municipality A and 181 in municipality B. Staff carried out 2 677 visits in municipality A, and 1 466 in municipality B. The employees drove 268 scheduled tours in municipality A and 152 tours in municipality B (Table 2).

On average, every employee visited 10 home care recipients during their shift, although the actual planned number of visits ranged from one to 23 in a single shift. The employees had most planned visits on the afternoon and evening shift.

Location of home care recipients – travel time from home care services offices

From the GIS analysis, we obtained a map showing the location of all home care recipients and home care services offices. Figure 1 shows the distance which can be travelled from each office in 5, 10, 15, 20, and 30 minutes.

Figure 1 does not make clear that B has a bigger area than A, since it only shows the road network, and not the actual landscape. However, the figure does show the concentration of home care recipients, and how far they are in driving time from a home care services office. Most of the home care recipients live within 10 minutes’ drive of the local office. The GIS maps show why the municipalities organize home care services differently. Municipality A was once four municipalities, which merged in 1963. It therefore has four obvious smaller centers. Municipality B has one obvious location for the office at the center.

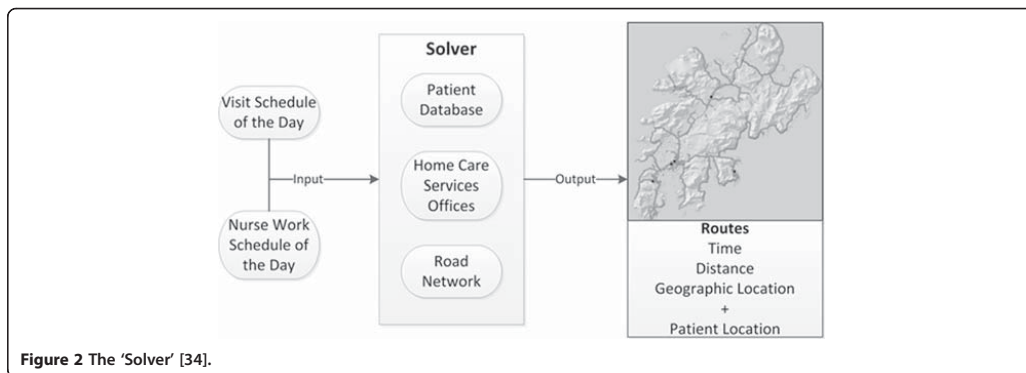


Figure 2 The ‘Solver’ [34].

Table 2 Overview of the number of home care recipients, visits, and driving routes for each office

| HCS office | Municipality A | | | Municipality B | | |
|--------------|----------------|-------------|------------|----------------|-------------|------------|
| | Recipients | Visits | Routes | Recipients | Visits | Routes |
| Office 1 | 81 | 528 | 61 | 82 | 519 | 57 |
| Office 2 | 77 | 888 | 82 | 49 | 493 | 47 |
| Office 3 | 45 | 691 | 64 | 50 | 454 | 48 |
| Office 4 | 73 | 560 | 61 | | | |
| Total | 276 | 2667 | 268 | 181 | 1466 | 152 |

Driving routes

The number of planned visits on each route varied from day to day through the week on the day shift, although the number of visits on the evening shift was about the same each day.

Use of GIS for driving route analysis gives a picture of geographic accessibility to the home care recipients. Figure 3 shows a map of two of the planned driving routes, one from each municipality on a weekday. The maps show the distance from the home care services office to the individual home care recipients. The planned driving route in Municipality A showed that there were only 11 minutes left to do other tasks like writing legally-required documentation. The work on this route was to help home care recipients with morning care, showering, wound care, drug administration, and putting

on compression stockings. In municipality B, the employee had 110 minutes to do other tasks. The work on this route was to help home care recipients with drug administration, put on compression stockings, provide morning care, and wound care. Two home care recipients got two visits because they needed help with breakfast and dinner. The maps also showed that the driving routes were planned in a way that the employees had to drive the same route in different directions several times.

Kilometers driven

The planned driving routes in Municipality A showed that the employees had to drive a total distance of 7 933 kilometers, with each one averaging 29.60 km. In municipality B, the planned driving routes had a total distance of 5 959 km and an average of 39.20 km.

The map in Figure 2 shows that in municipality A, there is a large difference in the size of the land area covered by each office, which is reflected in how many kilometers employees have to drive on average to visit home care recipients. Employees at Office 1 drove the largest number of km during the week, 3 450 km. The staff at Offices 2, 3 and 4 drove 2 040 km, 1 209 km, and 1 234 km, respectively. In municipality B, employees drove 2 653 km, 1 559 km, and 1 747 km from Offices 1, 2, and 3.

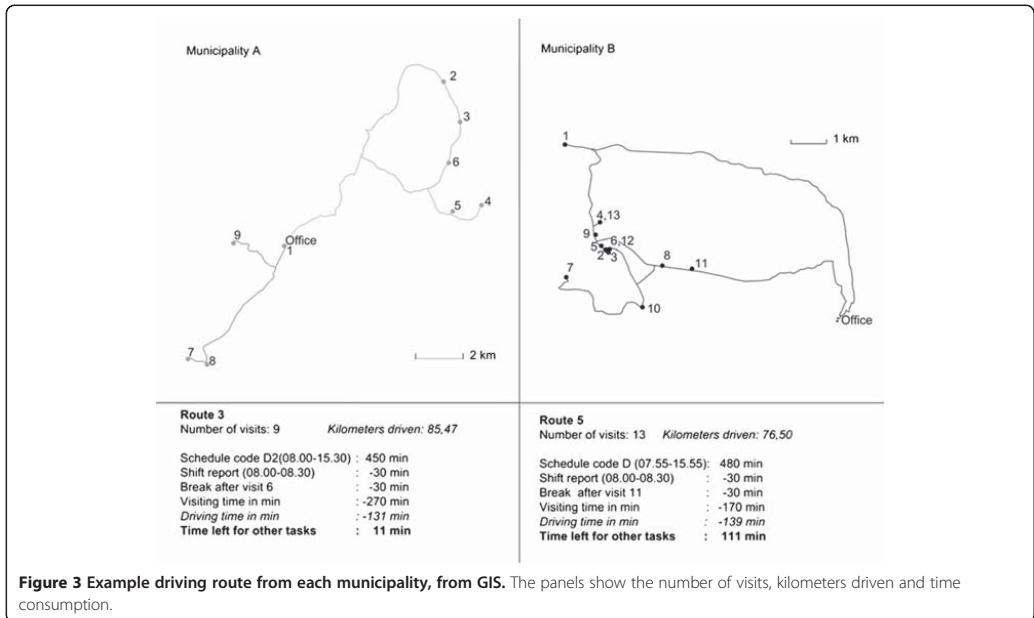


Figure 3 Example driving route from each municipality, from GIS. The panels show the number of visits, kilometers driven and time consumption.

In municipality A, there were two sectors, 2 and 3, where most driving routes were less than 10 km. In sector 1, most driving routes were 10 km or more and in sector 4, the majority of employees drove between 10 and 20 km during the shift. Only sectors 1 and 2 had any driving routes between 100 and 120 km.

Municipality B had a different driving pattern from municipality A (Table 3). All sectors had routes that were less than 10 km, but in sector 1, the majority of the driving routes were between 40 and 70 km. For sectors 2 and 3, most routes were respectively 30–40 km and 20–30 km.

Spatial analysis

Spatial analysis of the planned driving routes related to care given showed that 5% of the driving routes in municipality B were set up in such a way that the employee visited one or two home care recipients living some distance apart. Figure 4 shows such a route, where the employee drove 15 km each way to visit a home care recipients for just 15 minutes. All other home care recipients were living in the same area. The weekly plan showed that there were two other employees who drove the same way, one of whom could have made this visit instead. In municipality A, only 2% of the driving routes were set up in this manner.

Allocation of working time

Using GIS, we calculated the expected driving time. Visiting times were allocated and the remaining working

time was for other necessary tasks, such as legally-required documentation, home visits to people who have applied for home care services, and a statutory break. Table 4 shows how much time the employees spent on driving, visits, completing patient documentation and other tasks during the week. It shows that driving time in both municipalities was approximately 20% of the total shift time. In municipality A, driving time varied between 18% and 25% of total shift time, and in municipality B, it was between 21% and 22%. Visiting time varied between 44% and 69% in municipality A, and between 40% and 56% in municipality B. Other tasks, including the legally-required documentation of the care given, varied between 10% and 32% in municipality A and 24% and 38% in municipality B.

The employees use mobile devices such as tablets or mobile phones to retrieve information about home care recipients. With mobile devices, employees can complete the legally-required documentation after each visit. The manager of home care services in both municipalities sees it as an advantage that all reports are written immediately after each visit, although this time is not set aside in the weekly plan. Writing legally-required documentation takes some time depending on what care has been provided and how familiar the employee is with the mobile device. In this study, we examined whether managers need to take into account time spent on documentation. We estimated that this took 5 minutes per visit, on average, which was confirmed by the offices. When we added 5 minutes for documentation onto each visit, the total time employees

Table 3 Ratio of short and long driving routes in Municipalities A and B

| Kilometers | Municipality A | | | | Municipality B | | |
|--------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | Sector 1 Number of routes n% | Sector 2 Number of routes n% | Sector 3 Number of routes n% | Sector 4 Number of routes n% | Sector 1 Number of routes n% | Sector 2 Number of routes n% | Sector 3 Number of routes n% |
| 0-10 km | | 46 (56%) | 29 (45%) | 12 (20%) | 8 (14%) | 11 (23%) | 8 (17%) |
| 10-20 km | 3 (5%) | 9 (11%) | 7 (11%) | 22 (36%) | 4 (7%) | 6 (13%) | 4 (8%) |
| 20-30 km | 10 (16%) | 1 (1%) | 8 (13%) | 15 (25%) | 2 (4%) | 6 (13%) | 13 (27%) |
| 30-40 km | 4 (7%) | | 8 (13%) | 10 (16%) | 6 (11%) | 13 (28%) | 5 (10%) |
| 40-50 km | 9 (15%) | 2 (2%) | 11 (17%) | 2 (3%) | 9 (16%) | 2 (4%) | |
| 50-60 km | 14 (23%) | 8 (10%) | 1 (2%) | | 8 (14%) | 1 (2%) | 2 (4%) |
| 60-70 km | 3 (5%) | 7 (9%) | | | 9 (16%) | 1 (2%) | 2 (4%) |
| 70-80 km | 8 (13%) | 1 (1%) | | | 6 (11%) | 6 (13%) | 1 (2%) |
| 80-90 km | 6 (10%) | | | | 3 (5%) | | 2 (4%) |
| 90-100 km | | 7 (9%) | | | 2 (4%) | | 1 (2%) |
| 100-110 km | 2 (3%) | 1 (1%) | | | | | |
| 110-120 km | 2 (3%) | | | | | 1 (2%) | |
| 120-130 km | | | | | | | 1 (2%) |
| Total | 61 (100%) | 82 (100%) | 64 (100%) | 61 (100%) | 57 (100%) | 47 (100%) | 48 (100%) |

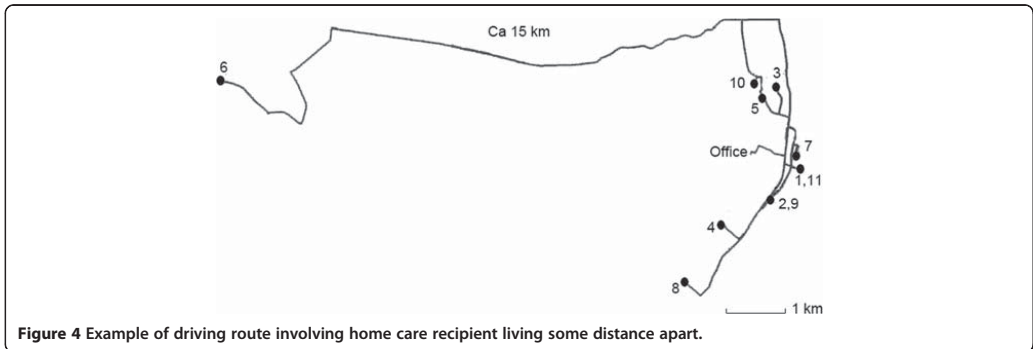


Figure 4 Example of driving route involving home care recipient living some distance apart.

spent on visiting home care recipients increased by 10% at Office 1, 14% at Offices 2 and 3, and 12% at Office 4 in municipality A, and by 11% at Office 1, 13% at Office 2, and 12% at Office 3 in municipality B (Table 5). Time to do other tasks was reduced accordingly.

In municipality A, at office 2, if the planned allocation of work to the employees had incorporated the extra 5 minutes spent writing the statutory documentation after each visit, then the total time spent at work would have exceeded the original plan (Table 5).

Overtime

By examining each driving route for the week, including driving time, it was clear that some routes were planned with insufficient time to do the scheduled tasks (see Tables 6 and 7).

In municipality A, 22% of the driving routes were planned with insufficient time to do the scheduled tasks. Taking into account the time required to write up the statutory documentation of care given, the number of routes with insufficient time allocated increased to 37% (Tables 6 and 7).

For municipality B, there were fewer routes that were planned with insufficient time to do the scheduled tasks. Without including time for statutory documentation,

only 14% were planned with insufficient time to do the scheduled tasks. Including the statutory documentation time; however, 32% of routes were planned with insufficient time to do the scheduled tasks.

Discussion

Using the maps, it is easier to understand why it is important to take into account the driving time. Tables 4 and 5 show there is a range of variability in the driving time, in the visiting time, and in the time taken for other tasks such as legally-required documentation between municipality A and B. There are several reasons for these variations. The difference related to driving time between sectors in municipality A is because of the different distances and the numbers of visits. The variations in visiting time are caused by how many home care recipients each sector was assigned. It also depends on whether the office managers can change the written assignment if the home care recipients require fewer or more hours each week. The home care services in both municipalities have a fixed number of personnel. The assignments change frequently for various reasons. Home care recipients require more help when they get sick and none at all if they temporarily move into a hospital or a nursing home. If a home care recipient assigned 20 hours

Table 4 Allocation of working time during the week (n is the sum of the normal working hours the employees were scheduled to work that week in each office)

| Office | Municipality A | | | | Municipality B | | |
|---------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| | Office 1 Hours (n = 401.5) | Office 2 Hours (n = 517.25) | Office 3 Hours (n = 414) | Office 4 Hours (n = 402.5) | Office 1 Hours (n = 397.5) | Office 2 Hours (n = 322) | Office 3 Hours (n = 319.5) |
| Driving time | 100.83 (25%) | 109.38 (21%) | 74.27 (18%) | 74.00 (18%) | 88.17 (22%) | 70.93 (22%) | 66.58 (21%) |
| Visiting time | 177.67 (44%) | 356.75 (69%) | 212.00 (51%) | 199.67 (50%) | 159.08 (40%) | 170.38 (53%) | 177.97 (56%) |
| Time to other tasks | 123.00 (31%) | 51.12 (10%) | 127.73 (31%) | 128.83 (32%) | 150.25 (38%) | 80.68 (25%) | 74.95 (23%) |
| Total | 401.50 (100%) | 517.25 (100%) | 414.00 (100%) | 402.50 (100%) | 397.50 (100%) | 322.00 (100%) | 319.50 (100%) |

Table 5 Allocation of working time during the week, with documentation time included in visiting time (n is the sum of the normal working hours the employees were scheduled to work that week in each office)

| Office | Municipality A | | | | Municipality B | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| | Office 1 Hours (n = 401.5) | Office 2 Hours (n = 517.25) | Office 3 Hours (n = 414) | Office 4 Hours (n = 402.5) | Office 1 Hours (n = 397.5) | Office 2 Hours (n = 322) | Office 3 Hours (n = 319.5) |
| Scheduled working hours | | | | | | | |
| Driving time | 100.83 (25%) | 109.38 (21%) | 74.27 (18%) | 74.00 (18%) | 88.17 (22%) | 70.93 (22%) | 66.58 (21%) |
| Visiting time including documentation | 218.58 (54%) | 430.75 (83%) | 267.83 (65%) | 246.33 (61%) | 202.33 (51%) | 210.63 (65%) | 215.88 (68%) |
| Time to other tasks | 82.08 (20%) | | 71.90 (17%) | 82.17 (20%) | 107.00 (27%) | 40.43 (13%) | 37.03 (12%) |
| Total | 401.49 (100%) | 540.13 (104%) | 414.00 (100%) | 402.50 (100%) | 397.50 (100%) | 321.99 (100%) | 319.49 (100%) |

a week in care moves to a nursing home or dies, then the sector gains that 20 hours for other tasks. Municipality B has a greater opportunity to deal with variations in visiting time between sectors because the sector offices are in the same place. The sector managers have a policy of helping each other with the daily program. In municipality A, it is harder to deal with visiting time variations. The sectors do not overlap, and the sector managers have only one weekly meeting with the service manager. If an employee in Office 3 has only a few visits and Office 1 needs help, the distance between the offices is 18 km, and the home care recipient may live 15 km from the office.

Maps that show where home care recipients live give a picture of the accessibility of delivering home care services. Our study found that geographic factors, particularly driving time, including transfer time, affect how much time employees spend with home care recipients. If we look at how the driving time, visiting time, and time for other tasks are planned related to the total working time for each office, it appears that there is sufficient time to do the daily work (Table 4). However, analyzing each driving route using GIS gives a different picture: then, both municipalities had planned routes with too many visits.

By taking into account the transfer time as well as time in the car, we got a more accurate picture of the total time taken to get between home care recipients' visits. Employees did not consider transfer time to be

important, but it can add up to quite a large proportion of the working day. If the employee visits 10 home care recipients, the transfer time could add up to 50 minutes, if it is 5 minutes per visit. In the winter with a lot of snow, the transfer time may be longer. If the scheduler does not take transfer time into account, he or she may think the employee has more time available than is actually the case.

If there are no unexpected events during visits, it seems likely that planned working hours are sufficient for all the visits. However, the afternoon/evening shift workers have a particularly tight schedule. When something unexpected happens, for example, a home care recipient has fallen and must be hospitalized, the employee seldom submits written admission notes to the hospital in accordance with best practice to ensure continuity of care [35]. Olsen et al. [35] found that admission notes were present in only 1% of patient transfers from home care to hospital. This may indicate that other municipalities also have tight schedules. Other studies have shown that employees prioritize meeting recipients' needs rather than compliance with documentation requirements [11,16].

As mentioned in the introduction, many employees of home care services experienced increased time pressure and lack of time as a dominant and restricting factor in providing services [11-16]. If driving time is not taken into account, it is easy to plan too many visits for one route. There is also a problem that the assignments of hours to home care recipients are not always updated

Table 6 Percentage of routes where the work can be done within normal working hours

| Municipality | Municipality A Routes (n = 268) | Municipality B Routes (n = 152) |
|----------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Normal working hours | 209 (78%) | 131 (86%) |
| Overtime | 59 (22%) | 21 (14%) |
| Total | 268 (100%) | 152 (100%) |

Table 7 Percentage of routes where the work can be done within normal working hours when writing the legally required documentation after each visit

| Municipality | Municipality A Routes (n = 268) | Municipality B Routes (n = 152) |
|----------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Normal working hours | 169 (63%) | 103 (68%) |
| Overtime | 99 (37%) | 49 (32%) |
| Total | 268 (100%) | 152 (100%) |

[36,37]. If the weekly plans do not show the number of hours the home care recipients really need, the office manager needs to tell the staff about changes.

The use of smartphones and tablet PCs, the home care services manager in both municipalities expects that employees will write their statutory report of the care given immediately after the visit, and not when they return to the office. When the employee writes their report immediately, taking on average 5 minutes, the timing of the remaining visits will be delayed by 5 minutes for each visit. By introducing this way of working, it is possible that the order of visits will need changing, especially if recipients need to be visited at a particular time.

There is an expectation that the use of smartphones and tablet PCs will release more time for home care recipients. A study from Copenhagen showed that the use of netbooks to document the care given after each visit reduced the time spent on report-writing by an average of 15 minutes per day per employee [38]. Use of netbooks proved to be good for visits of longer duration. For short visits, however, it took too long to log in and out of the netbook, while the focus was efficiency. Mobile ICT devices are here to stay, but there has, as yet, been no research showing how ICT changes the working day in home care services.

Overtime on some schedules and driving routes is a problem in both municipalities, primarily for evening routes and short shifts. During this particular week, Municipality A had a real problem with overtime. Analyzing the maps, it was largely Office 2 that was the problem, because several employees were off sick with flu, and it was difficult to find temporary substitutes.

If the time taken for statutory documentation of care given is taken into account, overtime seems to be a greater challenge to both municipalities. Employees on these routes were not able to spend the designated time with the home care recipients and stay within given working hours. On the day shift, it seems to be possible to coordinate driving routes so that all work is done during working hours, but it is harder on the evening shift. This is less of an issue in municipality B than municipality A, because all the home care services offices in B have home care recipients in the municipality center. The offices cooperate about visiting home care recipients, and the managers talk over the problem, and change the schedules. This is more difficult in municipality A because of the distance between offices and because the managers only meet each other once a week, along with the service manager.

The consequence of setting up day schedules and driving routes with too many visits in relation to working hours is that home care recipients do not get the service they require, and have been allocated, and the employees do not have time to do all the necessary work. If something unexpected happens on the shift, it is not certain that all visits will be carried out. To have a strict

schedule creates frustration and stress for employees [11,39,40]. With schedules that are over-strict in relation to working hours, it will be difficult for the employees to follow up the requirements in *The Coordination Reform: Proper treatment – at the right place and right time* [3] and *Regulation of Quality of Care in Health and Social Services Regulated in the Municipal Health Care Act and the Social Health Care Act* [41].

As spatial analysis shows, some driving routes need to be better organized to reduce unnecessary driving. Fuel in Norway costs approximately NOK 16 per liter, NOK 60 per US gallon (about \$10 or £6), so good organization of routes could reduce ongoing vehicle costs, and therefore the cost of the service overall.

Conclusions

Using GIS to analyze driving routes in home care services, our study shows that driving time and time required to write up statutory documentation are underestimated in planning weekly day schedules. In addition, the maps shows that municipal geography determines where home care services' sector offices are located. About a third of day schedules are set up with too many visits, so that employees do not have time to complete all that is required. More research is needed to gain knowledge of how time is allocated to home care recipients, particularly in countries where home care is a free service, to get more visit time and reduce driving time.

Implications for clinical practice

There are many people who will need home care services in the future, and a fair distribution of services must be managed. One way to do that is to improve knowledge of time requirements, and to develop planning tool with a convenient user interface that is integrated into the patient documentation system. Our study suggests that GIS could help as a planning tool in these services and as a result provide control over the time spent related to visits to home care recipients.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

SGH developed the original idea of the study, conducted the analyses and drafted the manuscript. ROA developed the Geographical Information Systems database used in this project. All authors read and corrected draft versions. Both authors approved the final version of this manuscript.

Acknowledgment

This study was undertaken with funding from Regional research fund Northern Norway.

Author details

¹The Faculty of Professional Studies, University of Nordland, 8049 Bodø, Norway. ²Geodata AS, Schweigaardsgate 28, 0133 Oslo, Norway.

Received: 26 January 2014 Accepted: 22 September 2014
Published: 26 September 2014

References

1. Ministry of Health and Care Service: *Future Care, Meld. St. 29 (2012–2013) Report to the Storting (White Paper) Chapter 1–3*. Oslo: Regjeringen; 2013. <http://www.regjeringen.no/pages/38452288/PDFS/STM201220130029000.EN.PDFS.pdf>.
2. OECD: *Health at a Glance*. OECD Indicators, OECD Publishing; 2013. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en. doi:10.1787/health_glance-2013-en.
3. Ministry of Health and Care Services: *The Coordination Reform: Proper Treatment – at the Right Place and Right Time*. Oslo: Regjeringen; 2009. http://www.regjeringen.no/upload/hod/dokumenter%20info/samhandling%20engelsk_pdfs.pdf.
4. Ministry of Health and Care Services: *The Norwegian Health Service Act*. Oslo: Regjeringen; 2011. <http://www.ub.uio.no/ujur/ulovdata/lov-20110624-030-eng.pdf>.
5. Mørk E, Sundby B, Otnes B, Wahlgren M, Gabrielsen B: *Pleie- og Omsorgstjenesten 2012: Statistikk om Tjenester og Tjenestemottakere*. Oslo: SSB; 2013. <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/pleie-og-omsorgstjenesten-2012>.
6. Aasberg K: *Eldrepleie med Stoppeklokke*. In *Aftenbladet*. 2004:14–2. <http://www.aftenbladet.no/nyheter/lokalt/Eldrepleie-med-stoppeklokke-2779001.html#U6Pgwn1FBk>.
7. Ringerike Blad: *Stoppeklokke-omsorg*. In *Ringerike Blad*. 2013:19–9. <http://www.ringblad.no/nyheter/article6872078.ece>.
8. Bergmo T, Jenssen GK, Kumano-Ensy AL: *Oslo Driver Stoppeklokkeomsorg*. In *NRK-Østlandssendingen*. 2007. NRK.no/ostlandssendingen 30-8-2007. <http://www.nrk.no/ostlandssendingen/-oslo-driver-stoppeklokkeomsorg-1.3335342>.
9. Connell RSA, Skiphavn S: *Knallharde prioriteringer i hjemmetjenesten*. *DT* 2011, 1–9. <http://www.dt.no/nyheter/knallharde-prioriteringer-i-hjemmetjenesten-1.6457188>.
10. Hvattum M: *Underernærte Bergljot (81) får 6 minutters middagshjelp*. *TV2* 2010, 30–11. <http://www.tv2.no/a/3354491>.
11. Tønnessen S, Nortvedt P, Førde R: *Rationing home-based nursing care: professional ethical implications*. *Nurs Ethics* 2011, **18**:386–396.
12. Nortvedt P, Pedersen R, Grøthe KH, Nordhaug M, Kirkevold M, Slettebø Å, Brinchmann BS, Andersen B: *Clinical prioritizations of healthcare for the aged – professional roles*. *J Med Ethics* 2008, **34**:332–335.
13. Vabø M: *Caring for people or caring for proxy consumers?* *Eur Soc* 2006, **8**(3):403–422.
14. Utaaker E: *Hjemmetjenesten: Døgnåpen, Tidløs og Slitesterk: Tanker og Tall Etter fem år med Rett Hjem*. Trondheim: Arbeidstilsynet; 2008. <http://www.arbeidstilsynet.no/binfile/download2.php?tid=97811>.
15. Hamran T, Moe S: *Yngre og Eldre Brukere i Hjemmetjenesten – Ulike Behov Ellers Forskjellsbehandling: Flerfaglig Praksis i et Interaksjonsteoretisk Perspektiv*, Rapport nr. 3 Høgskolen. http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/144318/Rapport03_2012.pdf?sequence=1.
16. Gjertsen H, Solvoll G, Gjernes T: *Tidsbruk og Byrðkrati i Pleie- og Omsorgstjenestene: en Studie av Omfang, Nytte og Kostnader ved Rapporterings- og Dokumentasjonsarbeid i Kommunale Pleie- og Omsorgstjenester*, Rapport nr. 12. Bode: Nordlandsforskning; 2012. http://nordlandsforskning.no/files/Rapporter_2012/Rapport_12_2012.pdf.
17. Trautsamwieser A, Hirsch P: *Optimization of daily scheduling for home health care services*. *JAOR* 2011, **3**:124–136. <http://www.tadbr.ca/jaor/archive/v3/n3/jaov3n3p124.pdf>.
18. Nickel S, Schröder M, Steeg J: *Mid-term and short-term planning support for home health care services*. *EJOR* 2012, **219**:574–587.
19. Koelman PM, Bhulai S, Van Meersbergen M: *Optimal patient and personnel scheduling policies for care-at-home service facilities*. *EJOR* 2012, **219**:557–563. <http://www.math.vu.nl/~sbhulai/papers/WS2011-03.pdf>.
20. Angelsen R: *Web GIS for hjemmetjenesten: Web GIS for home care services*. *Kart og plan* 2013, **3**:165–178. <http://www.kartogplan.no/Artikler/KP3-2013/Web%20GIS%20for%20hjemmetjenesten.pdf>.
21. Liu R, Xie X, Garaix T: *Hybridization of tabu search with feasible and infeasible local searches for periodic home health care logistics*. *Omega* 2014, **47**:17–32.
22. Everborn P, Flisberg P, Rönqvist M: *Laps Care – an operational system for staff planning of home care*. *EJOR* 2006, **171**:962–976.
23. Benzarti E, Sahin E, Dallery Y: *Operations management applied to Home Care Services: Analysis of the districting problem*. *Decis Support Syst* 2013, **55**:587–598.
24. Bakker M, Co K, Crawford C, Mack J, Fraser S, Schuurman N, Walker B: *Optimization of Home Support Scheduling: Enhancing the home Support Service of the Vancouver Island Health Authority with GIS*. British Columbia: Simon Fraser University; 2013. http://www.sfu.ca/geog/geog455_1131/Home/index.html.
25. Everborn P, Rönqvist M, Einarssdóttir H, Eklund M, Lidén K, Almqvist M: *Operations research improves quality and efficiency in home care*. *Interfaces* 2009, **39**:18–98. 100,102.
26. Rambøll: *Kortlægning og Måling af Administrative Opgaver Hjemmeplejeområdet*. København: Rambøll Management; 2009. http://www.kldk/ImageVaultFiles/id_40611/cf_202/Hjemmeplejen.PDF.
27. Nykiforuk CJ, Flaman LM: *Geographic information systems (GIS) for health promotion and public health: a review*. *HPP* 2011, **12**:63–73.
28. Berke EM: *Geographic information systems (GIS): recognizing the importance of place in primary care research and practice*. *J Am Board Fam Med* 2010, **23**:9–12.
29. Aneja S, Gross CP, Soulos PR, Yu JB: *Geographical information systems: applications and limitations in oncology research*. *Oncology* 2011, **25**:1221–1225.
30. Gabbert JP, Trine RM, Bintz M: *Improving a regional outreach program in a large health system using geographic information systems*. *WMJ* 2012, **111**:134–137.
31. Dulin MF, Ludden TM, Tapp H, Blackwell J, de Hernandez BU, Smith HA, Furuseth OJ, Furuseth OJ: *Using Geographic Information Systems (GIS) to understand a community's primary care needs*. *J Am Board Fam Med* 2010, **23**:13–21.
32. López-Lara E, Garrido-Cumbrera M, Díaz Cuevas MP: *Improving territorial accessibility of mental health services: The case of Spain*. *Eur J Psychiatry* 2012, **26**:227–235.
33. Cromley EK, McLafferty S: *GIS and Public Health*. New York - London: The Guilford Press; 2012.
34. Angelsen R: *Web GIS for Home Care Services*. Master thesis in Geographic Information Systems. California: University of Redlands; 2012.
35. Olsen R, Hellzen O, Enmarker I: *Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and transfer characteristics*. *Int J Integr Care* 2013, **13**:1–10.
36. Torheim KB: *IPLoS, Elektronisk Saksbehandling og Vedtak: Hvilken Nytte har Saksbehandlere av Individbasert Pleie- og Omsorgsstatistikk (IPLoS) og Elektronisk Saksbehandling*. Hvilke Muligheter Ligger i IPLoS og Elektronisk Saksbehandling til å Imøtekomme Samhandlingsreformen? Grimstad: 2013. <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/90333/Karin%20Bj%C3%84rkkj%C3%A6r%20Torheim%20oppgave.pdf>.
37. Kirchhoff JW: *De Skulte Tjenestene – om Uønsket Atferd i Offentlige Organisasjoner*. Karlstad University: Faculty of Economic Sciences, Communication and IT, Working Life; 2010. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2287297/FULLTEXT01.pdf>.
38. Nielsen K: *Slutrapport ABT Fondsprosjekt "Online Hjemmesygepleje – Netbooks til Hjemmesygeplejen"*. København: København kommune Sundheds- og Omsorgsforvaltningen; 2010. http://www.digst.dk/~media/Afsluttede%20projekter/Netbooks%20til%20hjemmesygeplejen%20mindsker%20administrationstid/Slutrapport_netbooks_hjemmesygeplejen.ashx.
39. Kirchhoff JW: *Yrkesrelatert stress i hjemmebaserte tjenester*. *Sykepleien Forskning* 2011, **6**(2):144–150. <http://sykepleien.no/forskning/2011/05/yrkesrelatert-stress-i-hjemmebaserte-tjenester>.
40. Gjevjon ER, Romoren TI, Kjos BO, Hellesø R: *Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes*. *J Nurs Manag* 2013, **21**:182–190.
41. Ministry of Health and Care Services: *FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om Kvalitet i Pleie- og Omsorgstjenestene for Tjenesteytting Etter lov av 19. November 1982 nr. 66 om Helsestjenesten i Kommunene og Etter lov av 13. Desember 1991 nr. 81 om Sosiale Tjenester m.v.*, Regulation of quality of care in health and social services regulated in the municipal health act and the social service act. Oslo: Lovdata; 2003. <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>.

doi:10.1186/1472-6963-14-439

Cite this article as: Holm and Angelsen: A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time? *BMC Health Services Research* 2014 **14**:439.

Sykepleiefaglige utfordringer i hjemmetjenesten

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



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

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 døgnrytmen 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



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 unødig 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 beskyttedoverflaten
9. Unngå farer i miljøet og å skade andre
10. Kommunisere med andre ved å uttrykkefølelser, behov, frykt eller oppfatninger
11. Dyrke sin tro
12. Arbeid på en måte som styrker selvfølelsen.
13. Koble av eller delta i ulikeformer 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 unødig sengeopphold

- Mulighet for ro og skjermet privatliv
- Få ivare tatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- Mulighet for selv å ivareta egenomsorg
- En verdig livsvalslutning i trygge og rolige omgivelser
- Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- Nødvendig tannbehandling og ivare tatt 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 påkledning
- 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 brukers 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.

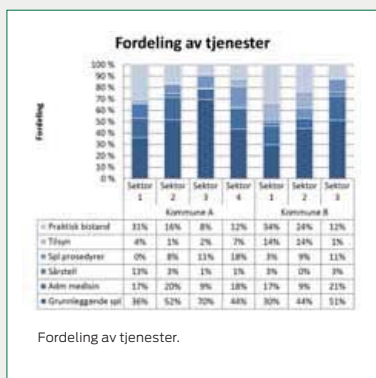
| Sektor kontorer | Kommune A | | | Kommune B | | |
|-----------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|
| | Besøk N(%) | Kjøreruter N(%) | Brukere N(%) | Besøk N(%) | Kjøreruter N(%) | Brukere N(%) |
| Sektor kontor 1 | 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 bruker, 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.

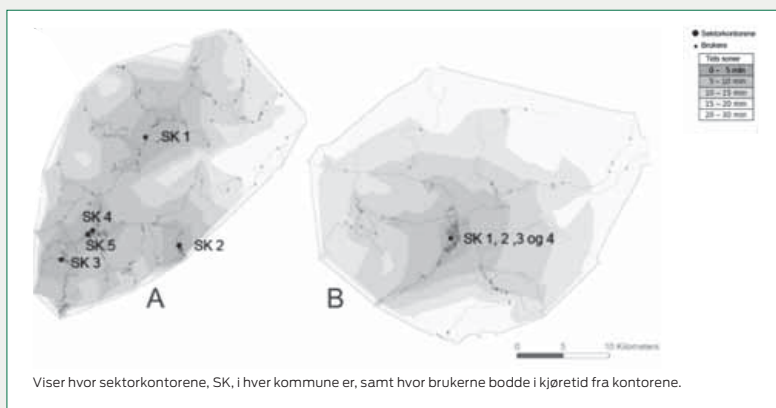
FIGUR 1:



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.

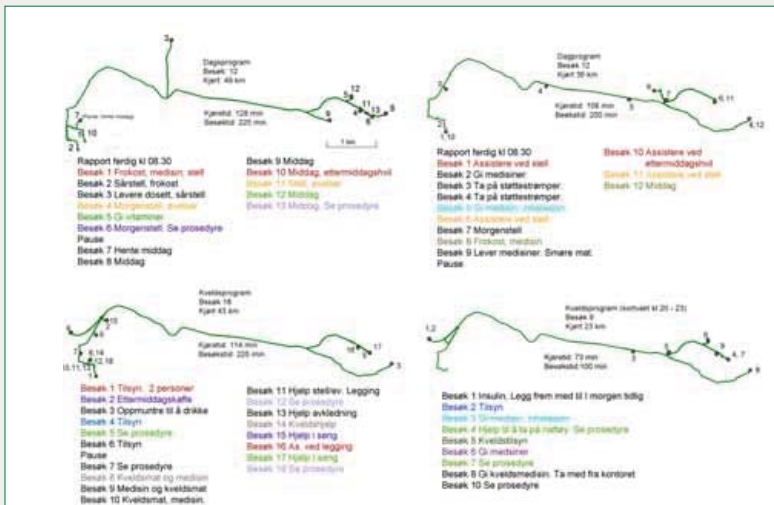
Funn

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.

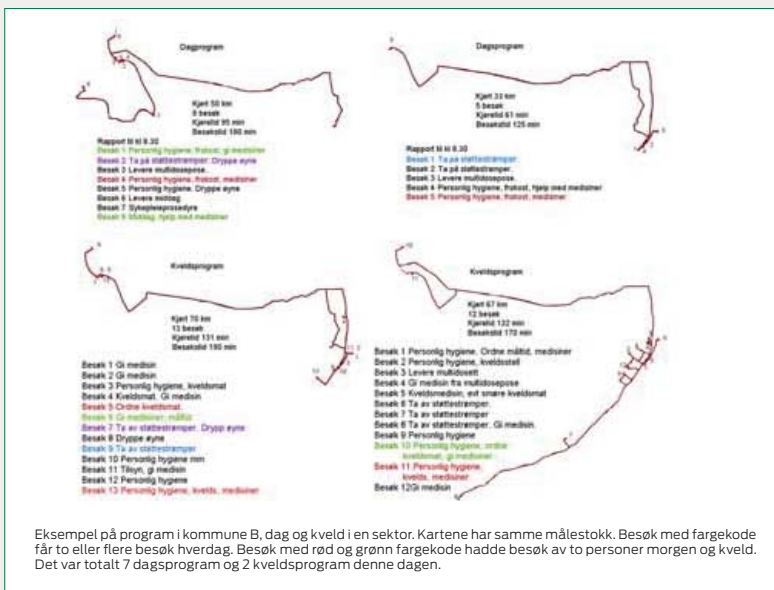
Tabell 2 Viser oversikt over antall bruker, antall besøk per uke og antall ruter for å dekke besøkene.

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 besøkene skjer innenfor.

| 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 kommunens 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.

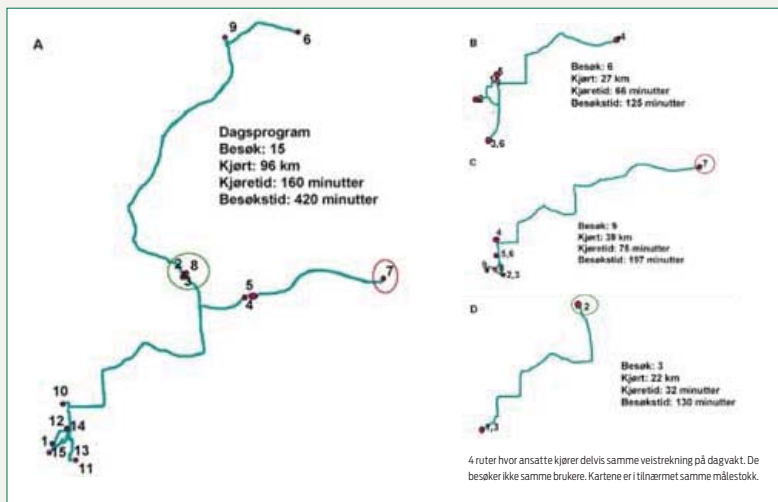
De fleste kjørerutene utenfor tettbygd strøk følger hovedveiene fram og tilbake til kontoret med avstikere som figur 3, 4, og 5 gir eksempler på.

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

Vedtøkene 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 trygge 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 ivarettatt 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 medisiner 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/STM201220130023000DDPDFS.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/STM201220130029000DDPDFS.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/STM200820090047000DDDPDFs.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/1259657_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 helsestjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. [www.lovdata.no/for/st/ho/ho-20030627-0792.html](http://lovdata.no/for/st/ho/ho-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, Forde 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. Kirrchhoff 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/Rapporter_2012/Rapport_12_2012.pdf (Lest 28.04.14)
20. Absølem 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 Nur* 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 i 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/phin0005-0011.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. Passalant 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. Vågverket. Valgfrihet og transporter i hemntjensten. Göteborg: Vågverket; 2010. publikationswebbutik.vv.se/upload/5498/2010_29_valgfrihet_och_transporter_i_hemntjensten.pdf (Lest 28.04.14)
38. Vågverket. Kravspesifikasjon for ruttotimering. Publikasjon 2007:59. Borlänge: 2007 publikationswebbutik.vv.se/upload/3067/2007_59_kravspesifikasjon_for_ruttotimering.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. 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 rammen for oppfølging av hjelp til på- /avklødding at kompresjonsstrømper i hjemmetjenesten innenfor det som er forvarlig? *Geriatrisk Sykepleie* 2014, 2: 26-30.
44. Helsenetverk Lister. Foreløpige resultater medisindispenser. 2014. www.lister.no/prosjekter/helsenetverk-lister/velferdsteknologi/demens/567-forloepige-resultater-medisindispenser. (Lest 28.04.14)

Allocation of Home Care Services by Municipalities in Norway: a Document Analysis

Solrun G. Holm^{1§}, Terje A. Mathisen¹, Torill M. Sæterstrand², Berit S. Brinchmann³

¹Nord University Business School, 8049 Bodø, Norway

²Faculty of Professional Studies, Nord University, 8455 Stokmarknes, Norway

³Faculty of Professional Studies, Nord University, 8049 Bodø, Norway

§Corresponding Author

E-mail addresses:

SGH: solrun.holm@nord.no

TAM: terje.a.mathisen@nord.no

TMS: torill.m.saterstrand@nord.no

BSB: berit.s.brinchmann@nord.no

Abstract

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
Background: In Norway, elderly care is primarily a municipal responsibility. Municipal health services strive to offer the ‘lowest level of effective care,’ and home healthcare services are defined as the lowest level of care in Norway. Municipalities determine the type(s) of service and the amount of care applicants require. The services granted are outlined in an individual decision letter, which serves as a contract between the municipality and the home healthcare recipient. The purpose of this study was to gain insight into the scope and duration of home healthcare services allocated by municipalities.

19
20
21
22
23
24
25
26
Methods: A document analysis was performed on data derived from 833 letters to individuals allocated home care services in two municipalities in Northern Norway (Municipality A = 500 recipients, Municipality B = 333 recipients).

27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
Results: In Municipality A, 74% of service hours were allotted to home health nursing, 12% to practical assistance, and 14% to support contact; in Municipality B, the distribution was 73%, 19%, and 8%, respectively. Both municipalities allocated home health services with no service end date (41% and 85% of the total services, respectively). Among recipients of “expired” services, 25% in Municipality A and 7% in Municipality B continued to receive assistance.

41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
Conclusions: Our findings reveal that the municipalities adhered to the goal for home care recipients to remain at home as long as possible before moving into a nursing home. The findings also indicate that the system for allocating home healthcare services may not be fair, as the municipalities lacked procedures for revising individual decisions. Our findings indicate that local authorities should closely examine how they design individual decisions and increase their awareness of how long a service should be provided.

1 **Keywords:** home health nursing, practical assistance, support contact, community, healthcare
2 delivery, aging
3
4
5
6
7
8

9 **Background**

10 In Norway, as in many other countries, the goal is for disabled residents who require
11 home healthcare services to remain at home as long as possible before moving into a nursing
12 home. Home healthcare services are defined as the ‘lowest level of effective care’ in Norway
13 [1]. According to the Health and Care Services Act, Norwegian inhabitants have a legal right
14 to home healthcare services, irrespective of age, gender, socioeconomic status, or other
15 differences [2]. These services are organized, managed, and primarily financed by Norwegian
16 municipalities, and this approach to healthcare is called the Scandinavian or Nordic model
17 [3]. Norway, which has approximately 5 million inhabitants, is divided into 428
18 municipalities. The smallest has 200 inhabitants, and the largest has 658,390, and
19 approximately 55% of the municipalities have fewer than 5000 inhabitants.
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35

36 Home healthcare services are responsible for performing various services, but in this
37 study, we specifically focused on home health nursing, practical assistance (formerly referred
38 to as home help), and support contact. According to Fjørtoft [4], home health nursing
39 provided by registered nurses and licensed practical nurses is a comprehensive service that
40 includes rehabilitative, therapeutic, and assistive home healthcare, in addition to nursing. This
41 service is administered to people who require home healthcare for either a short or long
42 period as a result of illness, impaired health, old age, or other factors. The practical assistance
43 provided by licensed practical nurses and home care aides includes help with personal and
44 instrumental activities of daily living (PADL and IADL, respectively). Individuals who are
45 completely dependent on practical or personal help to manage their daily activities are
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 entitled to assistance. They pay a fee to cover part of the expenses for these services, and the
2 municipality covers the remainder of the cost. Support contact is a service provided to
3 individuals and families who, as result of disability, age, or mental health problems, require
4 personal assistance to avoid isolation or to live a socially active life. Support contacts'
5 primary task is usually to help these individuals engage in meaningful leisure activities. They
6 do not replace professionals or volunteers; instead, they are meant to provide a supplementary
7 service that is paid for by home healthcare services. The role of support contacts is
8 comparable to that of voluntary workers in other Western countries [5-7].
9

10 All individuals with special assistance needs due to illness or disability can apply for
11 home healthcare services in the municipality in which they are living or staying. Depending
12 on the services applied for, it may be necessary to provide information on factors such as
13 health/diagnoses, level of functioning, family relationships, social relationships, housing,
14 current services, and personal resources. Typically, nurses conduct a home visit to collect the
15 necessary information about an applicant. The municipal administration of home healthcare
16 services then uses this information to make an individual decision about the type and scope of
17 the services the applicant requires. According to Otnes and Haugstveit [8], almost all requests
18 for home healthcare services in Norway are granted (99%). Table 1 provides two examples of
19 individual decisions.
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45

46 **Table 1**

47 *Examples of How Individual Decisions Are Formulated Based on Individual Decisions from*
48 *the Dataset*
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Individual Decision Example 1

The municipality grants (recipient's name) 9 hours of home health nursing per week starting 01.01.08. The assistance includes drug administration 3 x daily, blood glucose measurements x 3 daily, showering x 1 per week and assistance with putting on elastic stockings daily. You will also receive help with eye drops daily.

Individual Decision Example 2

The municipality grants (recipient's name) home health nursing 14 hours, 45 minutes per week. The help will include:

| Measures | Number | | Hours | Note |
|-------------------------|--------|--------|-------|----------------------------------|
| Other measures | 3 | daily | 0:15 | Help with meals |
| Dressing and undressing | 2 | daily | 0:30 | Morning care and evening care |
| Shower | 2 | weekly | 01:00 | |
| Medication | 1 | weekly | 00:30 | Fill and deliver the dosette box |

The individual decision acts as a municipal contract with the applicant that outlines the types of assistance and healthcare deemed necessary for the applicant to remain at home [9-12]. Under the Public Administration Act, applicants for home healthcare are entitled to a written reply with an individual decision issued by the municipality within 30 days [11], and the home care services' offices receive copies of these letters. The content of the individual decision letters serves as the basis for planning and implementing home healthcare services in collaboration with the individuals who receive them.

To ensure the provision of fair services, the Norwegian Directorate of Health [7] has published a guide for municipalities regarding procedures and documentation in nursing and home healthcare. It describes the requirements for the formulation of individual decisions and states as follows:

When allocating services it has to be clear in the decision letter to the recipient what they can expect of services. This decision letter should as far as possible be designed

1 in such a way that the recipient knows which services are to be provided, their scope,
2 and when they will be given. [7, p. 49]
3

4 Furthermore, in an audit report, the Norwegian Board of Health Supervision [13] indicates
5 that the decisions may be regarded as municipalities' "information label" on the home
6 healthcare services granted.
7
8
9

10 The Norwegian Association of Local and Regional Authorities [14] provides
11 recommendations regarding the expected amount of time required per week for different
12 services. An example of a time allotment outlined in these recommendations is 30 minutes
13 for morning care (e.g., toileting), 20 minutes for wound dressing, 10 minutes for compression
14 stockings (on/off), and 30 minutes for showering. These estimates are intended to be used
15 only as a starting point. The Norwegian Directorate of Health (2006) clarifies that service
16 provision should be adapted to individual service needs based on individual assessments. If
17 municipalities have different standards for service allocation, conflict can easily arise with
18 regard to the process of individual assessment and individualized services. Nonetheless, an
19 individual's service provision at any given time must not be less comprehensive than or
20 otherwise fail to meet the acceptable minimum standard level of care.
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38

39 Prior studies on the delivery of home healthcare have focused on how employees
40 experience the delivery of home healthcare and whether there is enough time allocated to the
41 required tasks [15-19]. However, we have found no studies that directly analyze documents
42 describing what home healthcare services are allocated by municipalities. This study
43 contributes to a more complete understanding of the allocation of home healthcare services in
44 Norway.
45
46
47
48
49
50
51
52

53 The aims of this retrospective, descriptive study were a) to gain insight into the
54 information about healthcare services municipalities included in individual decisions and b)
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

to determine where home care recipients live in relation to home healthcare service offices.

The research questions were as follows:

- 1) What type of home healthcare services do municipalities allocate, and how do the services differ between the two observed municipalities?
- 2) What combinations of home healthcare services do home care recipients receive?
- 3) What is the duration of the services allocated?
- 4) Are there differences in the scope of services associated with where home healthcare recipients live?

Methods

This study was part of an innovative user-driven project called the “Development and Maintenance of Good Quality Services to Home Care Recipients in Open Care,” conducted by the Centre for Development of Home Healthcare Services in Nordland in two northern Norwegian municipalities. The same two municipalities were examined in the current study. The aims of this current project were to reveal the scope of the provision of home healthcare services in municipalities and to identify the requirements to address future challenges. The two municipalities that participated in this project agreed to provide information on home healthcare services. These municipalities were selected because they are located in rural regions and are large enough to provide a sufficiently broad set of observations. Moreover, they provide breadth in data because they have different characteristics in terms of where people live and the organization of home healthcare services.

We used document analysis to gain insight into the services home care recipients receive from municipalities. Because documents were the main source in the investigation,

1 we followed the general rule that all relevant documents be examined and analyzed for the
2 time period specified [20-22].
3
4
5

6 ***Participant Selection***

7
8
9
10 The sample included home healthcare services in two municipalities (A and B)
11 located in rural northern Norway. Municipality A has a total land area of 405.58 km² (156.60
12 square miles), and Municipality B has a total land area of 698.22 km² (269.58 square miles).
13
14 Although the two municipalities have a similar number of inhabitants, the settlement patterns
15 differ due to geography. In addition to rural and remote areas, Municipality A has four
16 smaller centers, and Municipality B has one (Figure 1). In 2012, Municipality A had a
17 population of approximately 10,800, and Municipality B had a population of approximately
18 10,100. That year, 16% of residents in Municipality A and 13% of those in Municipality B
19 were 67 years or older (retirement age in Norway). In both municipalities, home healthcare
20 services are divided into five sectors. Municipality A has three smaller centers, including a
21 sector office and a community center with two sector offices; in Municipality B, all sector
22 offices are located at the community center. The smaller centers in Municipality A have a
23 grocery store and a postal service. In Municipality B, citizens must travel to the municipal
24 center to food shop in a grocery store. In both municipalities, home healthcare recipients live
25 within a 30-minute drive of the home care sector offices [15].
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47

48 ***Data Sources***

49
50
51 The data sources comprised copies of all written individual decision documents
52 outlining recipients' home healthcare services issued in December 2012. This month was
53 randomly selected, and because the demand for home healthcare services is more or less
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 constant throughout the year, the selection of the study period was not expected to influence
2 the results.
3

4
5 The criterion for document selection was that the document contained individual
6 decisions pertaining to home health nursing, practical assistance, and/or support contact. A
7 total of 833 individual decisions were registered in December 2012 (500 from Municipality A
8 and 333 from Municipality B).
9
10
11
12
13

14 *Coding and Data Analysis*

15 Each individual decision letter was registered with a unique combination of a serial number
16 and the registered home healthcare service number. This method was used to identify
17 recipients who received more than one service. To analyze the documents, we developed a
18 coding system based on the content requirements for decisions provided in the Administrative
19 Procedures and Documentation for Nursing and Care Services manual [7] and the Quality in
20 Nursing and Care Services manual [23]. In the codebook, we included a list of variables to
21 examine and a coding scheme. The services and scope of services were divided into three
22 main categories: home health nursing, practical assistance, and support contact. Each of these
23 services was allotted a certain number of hours and minutes per week, which were outlined in
24 an additional category, duration of services. Under personal information, we recorded
25 recipients' gender and year of birth.
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45

46 Data extraction was performed by two trained assistants with master's degrees who
47 were familiar with the terminology and specifically trained to extract relevant information
48 from the decision letters. The registered content included information such as dates and
49 allocated hours and minutes. The documents were split into two piles, and each assistant
50 transcribed the information from her pile. The data reliability was checked by ensuring that
51 10% of the documents were randomly selected and compared with the registered data [24].
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 All documents that contained data with large deviations were also compared with the
2 registered data, and all data from the controlled documents were registered as correct.
3
4
5

6 ***Statistical Analysis***

7
8
9
10 Data that required geographic reference were analyzed using ArcGIS version 10.2.2
11 Network Analyst geographical information system (GIS) software. Independent means *t*-tests
12 were performed using Strata version 12 to determine whether the time allocated for home
13 health nursing, practical assistance, and support contact in the sectors differed significantly.
14 Significant deviations are presented in Table 2. The dependent variable was the score
15 (allocated time), and the independent variable was the differentiator of the two scores
16 (municipality or sector).
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28

29 <<Table 2 here>>
30
31
32
33

34 **Results**

35
36 The document analysis revealed that in both municipalities, the 80-89 age group
37 contained the most home visit recipients. The second-largest age group differed between the
38 municipalities (Municipality A = 70 to 79 years; Municipality B = 90 to 99 years). In both
39 municipalities, the majority of recipients in all age groups were women (approximately 70%).
40
41
42
43
44
45

46 All individual decisions fulfilled the necessary requirements detailed by the
47 authorities [7]. Recipients received a written document that outlined the individual decision
48 regarding the scope of the services to be provided and what recipients could expect. These
49 documents did not indicate the time of day the service was to be provided but stated that
50 recipients would arrange the specifics of visits with the sector office.
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

In both municipalities, the decisions were primarily written in one of two ways (Table 1). In one format, the decision stated the hours granted per week and overviewed the services granted to the recipient. The other format described in detail how often the services should be administered each week and allocated a certain amount of time to each type of service.

Home Healthcare Services Provided by the Municipalities

In response to research question #1, the findings on the type and scope of home healthcare services revealed the following: Municipality A allocated 74% of service time to home health nursing, 14% to support contact, and 12% to practical assistance. Municipality B allocated 73% service time to home health nursing, 19% to practical assistance, and 8% to support contact.

The findings regarding the average and median number of hours allocated per week to home health nursing revealed that both municipalities had home care recipients with comprehensive needs (Table 2). Two sectors in both Municipality A (Sectors 3 and 5) and Municipality B (Sectors 1 and 5) significantly deviated from one another. In Municipality A, the differences were significant at the $p < .10$ level; in Municipality B, they were significant at the $p < .10$ level for Sector 1 and at the $p < .05$ level for Sector 5. In Municipality A, one home care recipient in Sector 3 was granted 210 total hours per week, and one in Sector 5 was granted 213. In Sector 1 in Municipality B, one home care recipient was granted 28 hours, 25 minutes per week. All other recipients received less than 5 hours, 20 minutes per week. In Sector 5, one recipient was granted 94 hours, and one was granted 92 hours, 15 minutes per week. At the municipal level, there was no significant deviation.

In terms of practical assistance, Sectors 3 and 5 in Municipality A and Sector 5 in Municipality B deviated significantly from the others at the $p < .05$ level. The sectors in Municipality A each had one recipient who received 10 hours or more practical assistance per

1 week, which increased the average. In Sector 5 of Municipality A, one recipient received 30
2 minutes per week, which decreased the average.
3

4
5 Additionally, in two sectors in Municipality A (Sectors 1 and 3), support contact
6 significantly differed at the $p < .05$ level. These sectors each had a few recipients who
7 obtained more than 7 hours per week, which increased the average.
8
9

10 11 12 13 14 ***Combinations of Home Healthcare Services*** 15

16
17 The findings concerning the combination of services (research question #2) are shown
18 in Figure 2. The municipalities differed in that the highest percentage of recipients in
19 Municipality A received only home nursing, whereas the highest percentage in Municipality
20 B received a combination of home nursing and practical assistance. For both municipalities,
21 practical assistance was the second most common service, followed by support contact,
22 combined home nursing, practical assistance, and support; combined home nursing and
23 support contact; and combined practical assistance and support contact. At the sector level,
24 the greatest percentage of recipients in Municipality A received only home health nursing,
25 followed by combined home health nursing and practical assistance. In Sectors 1, 2, and 4,
26 the third highest percentage of recipients received only practical assistance; in Sectors 3 and
27 5, the third highest percentage received only support contact. The picture was somewhat
28 different in Municipality B. Specifically, in two sectors (1 and 2), the highest percentage of
29 recipients received only practical assistance, followed by home health nursing. In Sector 3,
30 the highest percentage of recipients received home health nursing, followed by combined
31 home health nursing and practical assistance. In Sector 4, the majority of recipients received
32 combined home health nursing and practical assistance, followed by only home health
33 nursing.
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Duration of Services

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

In response to research question #3, the findings revealed that the service duration ranged from a few days to an indefinite amount of time. In Municipality A, 41% of home care recipients were granted services without an end date, 36% were granted services for 2 years, and 23% were granted services for less than 2 years; among the decisions with an end date, the duration of service ranged from 14 days to 547 days. In Municipality B, 86% of home care recipients received service without an end date. Among decisions with an end date, the service duration ranged from 3 days to 684 days. All individual decisions in both municipalities stated that the overall service would be continuously assessed and would be subject to change if individuals' assistance needs changed. All individual decisions that included support contact had an end date.

A closer inspection of the service duration revealed that 25% of individual decisions in Municipality A and 7% in Municipality B had "expired," but the home care recipients were still receiving the service. Only individual decisions about home health nursing had expired. Four individual decisions in Municipality A and five in Municipality B had expired on a date prior to 2006, indicating that these home healthcare recipients had received services for more than 6 years without a formal individual decision. The most outdated individual decision in Municipality A expired in 2005, and that in Municipality B had expired in 2004. Twenty-six individual decisions in Municipality A and 11 in Municipality B had expired between 2006 and 2010. Thirty-six individual decisions in Municipality A and one decision in Municipality B had expired in 2011. In November 2012, 58 and 8 individual decisions had expired in Municipalities A and B, respectively.

Location of Home Care Recipients

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

In response to research question #4, the map in Figure 1 shows that the majority of the home healthcare recipients lived within a 10-minute drive of the sector offices (Municipality A = 88%, Municipality B = 84%). Of all the sectors in Municipality A, Sector 1 deviated from this pattern the most. Specifically, only 52% of home healthcare recipients lived within a 10-minute drive of the sector office. In Municipality B, 76%, 73%, and 71% of home healthcare recipients in Sectors 1, 2, and 3, lived within a 10-minute drive of the sector office, respectively. As shown in Figure 1, these differences were due to settlement patterns within the sectors. Figure 1 also shows how many decisions each home healthcare recipient received, and it reveals that most recipients of both home health nursing and practical assistance and support contact lived close to the sector office. The exceptions were Sector 1 in Municipality A and Sector 2 in Municipality B.

The maps that indicate the location of home healthcare recipients of comprehensive home health nursing and practical assistance reveal that most lived near the sector offices (Figures 3 and 4). Sector 1 in Municipality A was noteworthy because recipients were more spread out there than in other sectors. Figure 5 demonstrates the differences between the municipalities with respect to recipients with a support contact. Recipients who received 7 hours of support contact or more lived near the sector offices, whereas those in rural areas received 4 hours or less.

Discussion

The first notable finding is the number of individual decisions without an end date, which may be understood in several ways. One possible explanation is that the examples of individual decisions in the Administrative Procedures and Documentation for Nursing and Care Services document published by the Norwegian Directorate of Health [7] have no end dates, which may lead municipalities to simply follow these guidelines. Because most

1 recipients of home healthcare services are over 70 years of age, this finding could also be
2 based on the expectation that individuals will require services for the rest of their lives. All
3 individual decision letters include a phrase that states that the recipient's need for home
4 healthcare services will be continuously assessed and that changes will be made if care needs
5 change. Thus, the design of individual decisions requires home healthcare employees to
6 understand the necessity of providing feedback regarding whether there is a need to change or
7 discontinue a recipient's service. Additionally, individual decisions must be clearer about
8 when a service should be revised or terminated. In the current structure, home healthcare
9 recipients may receive the service for rest of their lives, regardless of whether it is required.
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21

22 The second key finding is the high number of expired individual decisions that were
23 still in operation. Notably, only decisions about home health nursing had expired. One
24 possible explanation is that home health nursing is the only service that does not involve
25 payment. In contrast, recipients pay a deductible for practical assistance, and a support
26 contact is an external service paid for by home healthcare services. For these services, the
27 deductible payment is controlled, and individuals who work as support contacts receive
28 payment.
29
30
31
32
33
34
35
36
37

38 It is also possible that missing individual decisions and expired decisions are the
39 result of poor recordkeeping. Although no study has directly examined the contents of
40 individual decisions in association with recordkeeping, a number of studies have examined
41 the quality of home healthcare employees' electronic patient record (EPR) documentation
42 [25-27]. The results reveal that EPR documentation is frequently incomplete. Consequently,
43 our findings regarding expired decisions appear to be consistent with prior reports about
44 incomplete electronic health records.
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54

55 These findings reveal that employees provide home healthcare services that are not
56 described in individual decisions. This practice is inconsistent with the fundamental ideals of
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 a fair distribution of services and equal access and the notion that recipients with equal needs
2 should be treated equally [28].
3
4
5
6

7 *Allocation of Home Healthcare Services and Recipient Locations*

8
9

10 As expected, home health nursing was allocated the most hours in both municipalities.
11 However, Municipality A allocated more hours to support contact than to practical assistance,
12 whereas the opposite was true in Municipality B. The main reason for this difference may be
13 that Municipality B allocated a percentage of hours to PADL as part of practical assistance,
14 whereas in Municipality A, PADL was included as part of home health nursing. Specifically,
15 PADL assistance was described as a service included in Municipality B's minimum standard
16 for both practical assistance and home health nursing. In Municipality A, PADL assistance
17 was described as a service included in home health nursing. Consequently, municipalities
18 may require home care recipients to pay for PADL; however, this occurs only when the
19 service is not perceived as essential healthcare under the Municipal Health Services Act [11].
20 If PADL is not defined as essential healthcare, then charging for the service is one way that
21 poorer municipalities can improve their financial situation with regard to the provision of
22 home healthcare services. The number of municipalities that charge for PADL in Norway is
23 currently unknown. According to the Norwegian Directorate for Health's municipality guide,
24 which details procedures and documentation for nursing and care, PADL may be considered
25 either practical assistance or healthcare [7].
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47

48 In many cases, the allocation of practical assistance is sufficient for people to stay at
49 home longer. Figure 3 show that many of the individuals who received the fewest hours of
50 practical assistance lived in the outskirts of their municipalities, and some also received home
51 nursing in the form of medication administration once per week or help with compression
52 stockings daily.
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Figure 4 shows that home care recipients with comprehensive care needs resided near the sector offices. Most had moved into sheltered housing (also known as assisted living or housing for care). In Norway, as in certain other Western countries, sheltered housing acts as a supplement and alternative to nursing homes for frail, elderly individuals who require special and extraordinary care [29-31]. In Municipality B, the majority of individuals with comprehensive care needs lived in sheltered housing near the sector office, with the exception of one, who lived approximately 20 minutes away. In contrast, in Municipality A, many recipients with comprehensive care needs still lived in their original homes. Although the government aims to ensure that as many people as possible remain at home as long as possible, they acknowledge the benefits of moving individuals with the greatest care needs into sheltered housing located closer to sector offices. This practice reduces employees' travel time, allows more time for recipient care, and it makes it easier to follow up with recipients in harsh winter conditions (e.g., blizzards or power failure) [32,33].

31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Most individuals who were assigned support contact received only this service. In Municipality A, support contact hours were deliberately assigned to home care recipients with functional impairments living in rural areas (Figure 5). Due to poor transportation, it is necessary to have a support contact with a private vehicle so that he/she can transport recipients to places such as the library, cinema, cafés, and discotheques, to take them on trips, or to accompany them to other events. It is currently unclear why Municipality A assigns more hours to support contact than Municipality B. It may be that Municipality A has more applicants for support contact or that Municipality B has stricter criteria for allocating hours to support contact. According to Westerberg [34], a minority of home care services in Norwegian communities offers support contact. It might also be that municipalities do not make support contact service sufficiently available because it is a free service for recipients or because the municipalities do not consider support contacts to be a valuable service [35].

Limitations

To our knowledge, this was the first study to perform a document analysis of individual decision letters about home healthcare. We limited the study to the collection of data from home healthcare services in two rural municipalities in Norway. Caution should be exercised when generalizing the results for larger cities in Norway.

Conclusion

Our findings reveal that the municipalities follow the national goal for home care recipients to be able to remain at home as long as possible. However, it would be beneficial for home care recipients with comprehensive nursing needs to move from their homes on the outskirts of the municipality into sheltered housing near sector home care service offices. Our findings also indicate that the system for allocating home healthcare services may not be fair. The analysis of the allocation of home healthcare services strongly suggests the possibilities for improvement. In particular, the municipalities lack procedures for revising individual decisions. The implications of our findings for local authorities are that they should closely examine how they design individual decisions and increase their awareness of the length of time a service should be provided. Municipalities should also view support contacts as a valuable service. Overall, future research on how municipalities allocate home healthcare services and how individual decisions are followed-up by sector office employees is required.

List of Abbreviations

IADL instrumental activities of daily living

GIS geographical information system

PADL personal activities of daily living

Declarations

Ethics Approval and Consent to Participate

Ethical approval was granted by the Regional Committees for Medical and Health Research Ethics, REC North (2011/2457-6) and Norwegian Social Science Data Services (NSD; No. 28643). The collected confidential documents regarding individual decisions were anonymous and were treated as confidential, in accordance with the REC North requirements.

Consent for Publication

Not applicable.

Availability of Data and Material

Data collected for this study will not be made publicly available, as REC North required data to be stored on a password protected file on the University's server to ensure confidentiality and privacy. Access to the data was only permitted to the investigators for a designated period of time.

Competing Interests

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

The current study is part of a larger project, entitled the "Development and Maintenance of Good Quality Services to Home Care Recipients in Open Care," which was funded by the Regional Research Fund Northern Norway (RFFNORD; Project No. 208979).

Authors' Contributions

1
2 All authors substantially contributed to the conception and design of the study. SGH
3
4 conducted the first analysis and the data interpretation and produced the first draft of the
5
6 manuscript. All authors contributed to revisions of the analysis and manuscript and read and
7
8 approved the final manuscript.
9
10

Acknowledgements

11
12
13
14
15 We thank the participating home care services for providing access to the documents
16
17 necessary to conduct this study. This manuscript has been edited for US English by American
18
19 Journal Experts number PM14YCVR
20
21
22
23
24
25
26
27
28

References

- 29
30
31
32 1. Johansen E, Fagerström L. An investigation of the role nurses play in Norwegian
33
34 home care. *Br J Comm Nurs*. 2010;15:497-502; doi:10.1080/15017419.2012.667000.
35
36 2. Norwegian Directorate of Health. [Administrative procedures and documentation for
37
38 nursing and care services]. Oslo, Norway: Helsedirektoratet; 2006. [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/81/IS-1040-Veileder-i-](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/81/IS-1040-Veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester.pdf)
39
40 [saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/81/IS-1040-Veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester.pdf). Accessed 29
41
42 August 2016.
43
44 3. McNatty KP, Hudson NL, Collins F, Fisher M, Health DA, Henderson KM. Effects of
45
46 oestradiol-17 beta, progesterone or bovine follicular fluid on the plasma
47
48 concentrations of FSH and LH in ovariectomized Booroola ewes which were
49
50 homozygous carriers or non-carriers of a fecundity gene *J Reprod Fertil*.
51
52 1989;87:573–85.
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
4. Kemp A, Hvid H. Elderly care in transition - management, meaning and identity at work: a Scandinavian perspective. København: Copenhagen Business School Press; 2012.
5. Fjørtoft AK. Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.
6. Johannessen A, Hallberg U, Möller A. Motivating and discouraging factors with being a support contact in the dementia care sector: a grounded theory study. *Scand J Disabil Res.* 2013;15:70-81; doi:10.1080/15017419.2012.667000.
7. Helsedirektoratet. [Guidelines for administrative procedures. IS-2442]. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1149/Veileder-for-saksbehandling-IS-2442.pdf>. Accessed 29 Aug 2016.
8. Otnes B, Haugstveit F. [Municipal variation in care services] (Report No. 44). Statistics Norway. 2015. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/243181?_ts=1506fa1fef8. Accessed 29 August 2016.
9. Birkeland A, Flovik AM. Sykepleie, guest editor i hjemmet.. Oslo: Cappelen.
10. Ministry of Justice and Public Security. [Administration Act with regulations: Act 10 February 1967 relating to procedure in administrative cases, last amended by the Act June 14, 2013 no. 42 on February 7, 2014]. Bergen, Norway: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke; 2014.
11. Molven O. Sykepleie og jus. Oslo: Gyldendal Juridisk; 2012.
12. Vabø M. [Organization for Welfare: home healthcare services in a steering ideological period of change]. Norsk Institutt for Forskning om Oppvekst, Velferd og Aldring. <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2007/Organisering-for-velferd>. Accessed 29 August 2016.

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
13. Norwegian Board of Health Supervision. Krevende oppgaver Med svak styring: samlerapport fra tilsyn i 2010 Med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre (May 2011 ed.). [complex tasks and services require stronger governance]. Oslo, Norway: Helsetilsynet; 2011.
https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2011/helsetilsynetrapport_5_2011.pdf. Accessed 29 August 2016.
14. Norwegian Association of Local and Regional Authorities (NALRA). [User guide "FRYD" tool for measuring condition between resources and performance for dimensioning of municipal home care service]. Oslo: KS; 2004.
15. Holm SG, Angelsen RO. A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time? *BMC Health Serv Res.* 2014;14:439; doi:10.1186/1472-6963-14-439.
16. Mery G, Wodchis WP, Laporte A. The determinants of the propensity to receive publicly funded home care services for the elderly in Canada: a panel two-stage residual inclusion approach. *Health Econ Rev.* 2016;6:8; doi:10.1186/s13561-016-0086-6.
17. Oomkens R, Hoogenboom M, Knijn T. Performance-based contracting in home-care work in The Netherlands: professionalism under pressure? *Health Soc Care Comm.* 2016;24:399-410; doi:10.1111/hsc.12218.
18. Sæterstrand T, Holm S, Brinchmann B. *Hjemmesykepleiepraksis*, guest editor. NY: Hvordan.
19. Tuft P, Dahl HM. Navigating the field of temporally framed care in the Danish home care sector. *Sociol Health Illn.* 2016;38:109-22; doi:10.1111/1467-9566.12343.
20. Bryman A. *Social research methods*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
21. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. Thousand Oaks, CA: Sage Publishing House; 2012.
22. Syvertsen T. [Document analysis in media studies: access, source criticism, issues. The overview of public documents and documents from media institutions (print and web sources)]. Oslo, Norway: Institutt for Medier og Kommunikasjon, Universitetet i Osl; 1998.
23. Norwegian Directorate of Health. [Quality in nursing and care services: guideline manual on quality in nursing and care services for intermediation by Municipal Health and Social Health Services Act]. Helsedirektoratet. 2004.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/122/IS-1201-Kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf> . Accessed 29 Aug 2016.
24. Lombard M, Snyder-Duch J, Bracken CC. Practical resources for assessing and reporting intercoder reliability in content analysis.
<http://matthewlombard.com/reliability/>. Accessed 29 August 2016.
25. Gjevjon ER, Hellestø R. The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *J Clin Nurs*. 2010;19:100-8; doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x.
26. Sockolow PS, Bowles KH, Lehmann HP, Abbott PA, Weiner JP. Community-based, interdisciplinary geriatric care team satisfaction with an electronic health record: a multimethod study. *Comput Inform Nurs*. 2012;30:300-11; doi:10.1097/NCN.0b013e31823eb561.
27. Turjamaa R, Hartikainen S, Kangasniemi M, Pietilä AM. Is it time for a comprehensive approach in older home care clients' care planning in Finland? *Scand J Caring Sci*. 2015;29:317–24; doi:10.1111/scs.12165.

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
28. Tønnessen S, Førde R, Nortvedt P. Fair nursing care when resources are limited: the role of patients and family members in Norwegian home-based services. *Policy Polit Nurs Pract.* 2009;10:276-84; doi:10.1177/1527154409357108.
29. Iecovich E. Live-in care workers in sheltered housing for older adults in Israel: the new sheltered housing law. *J Aging Soc Policy.* 2016;28:277-91; doi:10.1080/08959420.2016.1162657.
30. Vlachantoni A, Maslovskaya O, Evandrou M, Falkingham J. 2016. The determinants of transitions into sheltered accommodation in later life in England and Wales. *J Epidemiol Comm Health.* 2016;70:771-7; doi:10.1136/jech-2015-205462.
31. Ytrehus S. The role of the housing allowance for the elderly in Norway: views of recipients. *J Housing Elderly.* 2015;29:164-79; doi:10.1080/02763893.2011.545749.
32. Joseph GM, Skinner MW, Yantzi NM. The weather-stains of care: interpreting the meaning of bad weather for front-line health care workers in rural long-term care. *Soc Sci Med.* 2013;91:194-201; doi:10.1016/j.socscimed.2012.08.009.
33. Smallbone C, Staniland K. Care in the community: what would happen if the lights went out? *Br J Comm Nurs.* 2011;16:342-6; doi:10.12968/bjcn.2011.16.7.342.
34. Westerberg TH. [Good services in the dementia-care sector: dementia team, day care, and schools for caregivers]. Tønsberg: Aldring og Helse; 2009.
35. Johannessen A, Möller A, editors. Why do administrators employ or not employ support contacts? A Norwegian qualitative study. *Nordic Journal of Social Research.* 2012;3:17-32; doi:10.15845/njsr.v3i0.213.

Figure Legends

Figure 1 Location of home care recipients, showing the number of individual decision each recipient has.

Figure 2 Combination of services allocated in each sector and in each municipality as a whole.

Figure 3 Location of home care recipients, showing hours per week allocated to practical assistance.

Figure 4 Location of home care recipients, showing hours per week allocated to home health nursing.

Figure 5 Location of home care recipients, showing hours per week allocated to support contact.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Table 2*Average and Median Numbers of Hours of Home Healthcare Services per Week*

| Municipality A | | | | | | Municipality B | | | | | |
|-----------------------------------|-------|----------------------|--------|------|-----------------------------------|----------------|----------------------|--------|------|--|--|
| | Hours | Average ^a | Median | SD | | Hours | Average ^a | Median | SD | | |
| Home Health Nursing | | | | | | | | | | | |
| Sector 1 (<i>n</i> = 53) | 136 | 2.6 | 2.0 | 2.3 | Sector 1 (<i>n</i> = 47) | 93 | 2.0* | 1.0 | 4.1 | | |
| Sector 2 (<i>n</i> = 60) | 287 | 4.8 | 2.8 | 5.6 | Sector 2 (<i>n</i> = 25) | 55 | 2.2 | 1.2 | 2.7 | | |
| Sector 3 (<i>n</i> = 33) | 396 | 12.0* | 5.1 | 37.0 | Sector 3 (<i>n</i> = 39) | 142 | 3.6 | 1.2 | 9.1 | | |
| Sector 4 (<i>n</i> = 73) | 265 | 3.6 | 2.4 | 3.9 | Sector 4 (<i>n</i> = 39) | 116 | 3.0 | 2.0 | 3.3 | | |
| Sector 5 (<i>n</i> = 38) | 428 | 10.4* | 3.3 | 30.9 | Sector 5 (<i>n</i> = 13) | 505 | 38.8** | 28.0 | 34.9 | | |
| Municipal level (<i>n</i> = 257) | 1512 | 5.6 | 2.4 | 18.3 | Municipal level (<i>n</i> = 163) | 911 | 5.6 | 1.5 | 14.8 | | |
| Practical Assistance | | | | | | | | | | | |
| Sector 1 (<i>n</i> = 43) | 47 | 1.1 | .8 | .8 | Sector 1 (<i>n</i> = 59) | 42 | .8 | .7 | 0.9 | | |
| Sector 2 (<i>n</i> = 41) | 53 | 1.3 | .8 | 1.5 | Sector 2 (<i>n</i> = 25) | 15 | .5 | .5 | .3 | | |
| Sector 3 (<i>n</i> = 23) | 32 | 1.4** | .8 | 1.9 | Sector 3 (<i>n</i> = 26) | 16 | .7 | .6 | .2 | | |
| Sector 4 (<i>n</i> = 32) | 32 | 1.0 | 1.0 | 0.6 | Sector 4 (<i>n</i> = 32) | 23 | .7 | .7 | .3 | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----|-------|-----|-----|-----------------------------|-----|-------|-----|-----|
| Sector 5 ($n=39$) | 71 | 1.7** | 1.0 | 2.6 | Sector 5 ($n=12$) | 65 | 6.0** | 6.5 | 3.3 |
| Municipal level ($n=178$) | 235 | 1.3 | 0.7 | 1.6 | Municipal level ($n=153$) | 161 | 1.1 | .7 | 1.7 |
| Support Contact | | | | | Support Contact | | | | |
| Sector 1 ($n=21$) | 65 | 3.1** | 3.0 | 1.0 | Sector 1 ($n=7$) | 20 | 2.9 | 2.0 | 1.6 |
| Sector 2 ($n=8$) | 31 | 3.9 | 4.0 | 1.1 | Sector 2 ($n=0$) | - | - | - | - |
| Sector 3 ($n=10$) | 49 | 4.9** | 4.0 | 2.6 | Sector 3 ($n=7$) | 20 | 2.9 | 2.0 | .7 |
| Sector 4 ($n=19$) | 85 | 3.9 | 4.0 | 1.9 | Sector 4 ($n=2$) | 4 | 2.0 | 2.0 | - |
| Sector 5 ($n=9$) | 57 | 3.8 | 4.0 | 1.6 | Sector 5 ($n=1$) | 2 | 2.0 | 2.0 | - |
| Municipal level ($n=67$) | 287 | 4.0 | 4.0 | 1.7 | Municipal level ($n=17$) | 46 | 2.7 | 3.0 | 1.1 |

Note: *Significant deviations from the mean are indicated by * at the $p < .10$ level and ** at the $p < .05$ level.

Figure 1

[Click here to download Figure 1...tif](#)

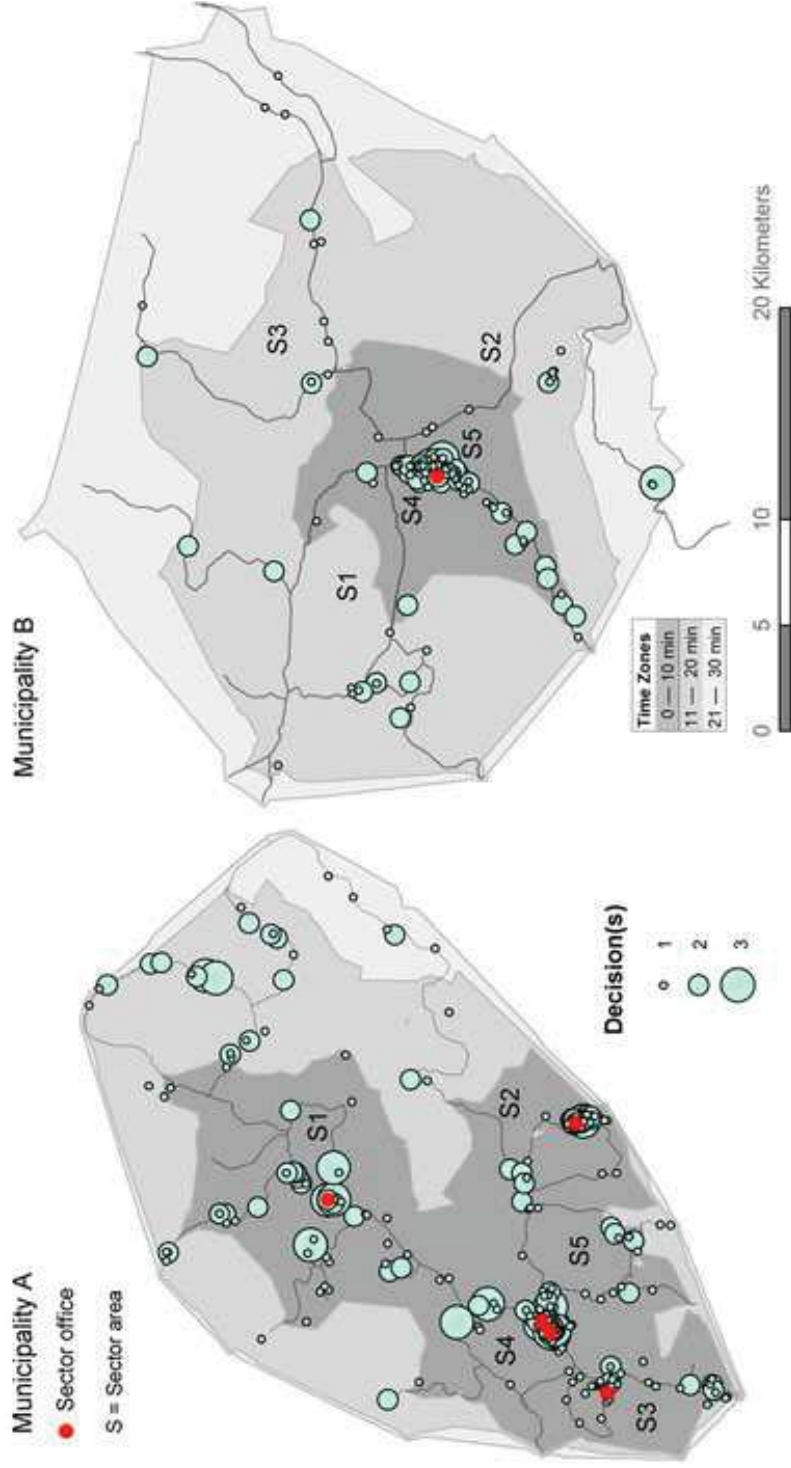


Figure 2

[Click here to download Figure 2..tif](#)

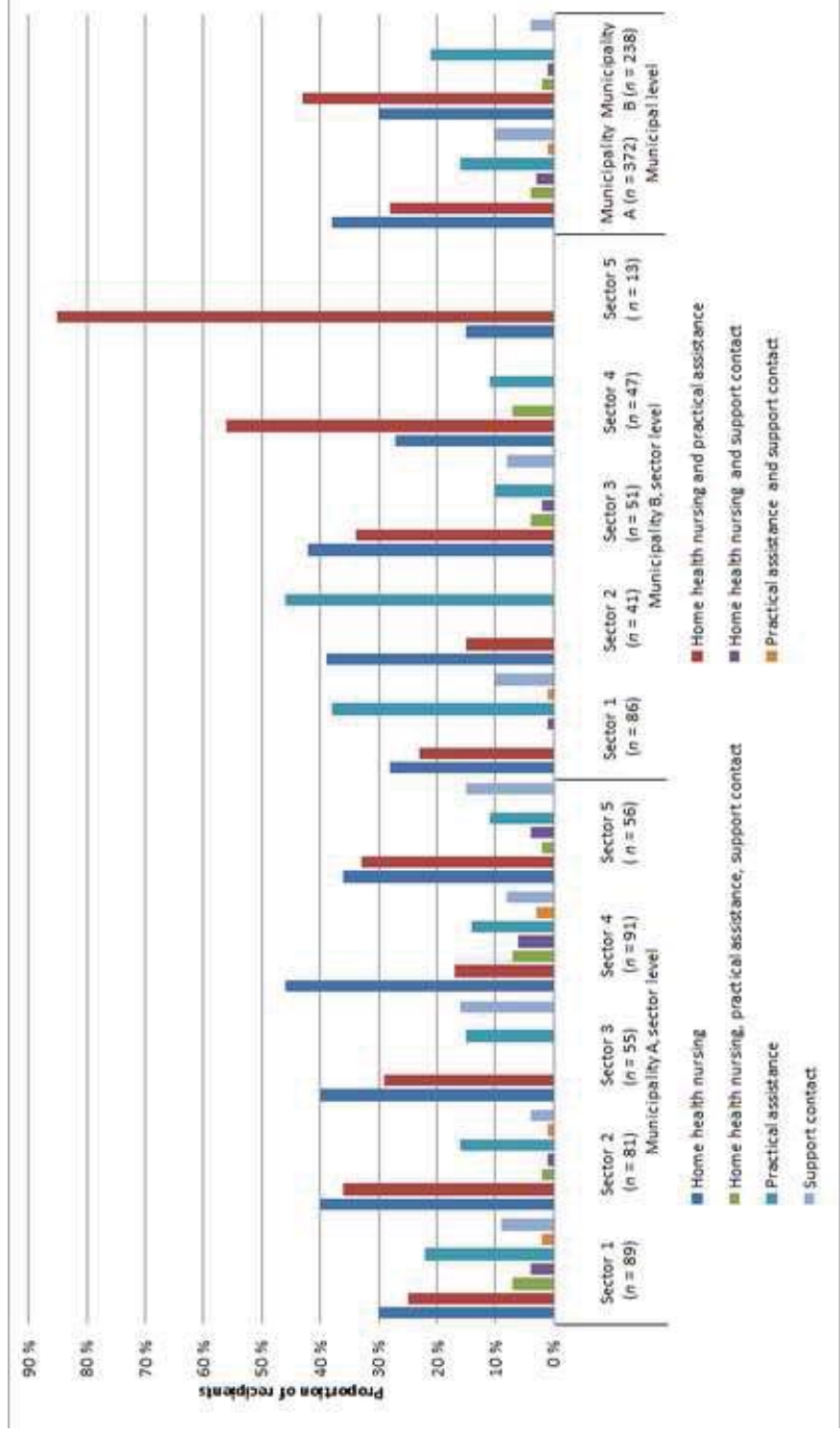


Figure 3

[Click here to download Figure 3..tif](#)

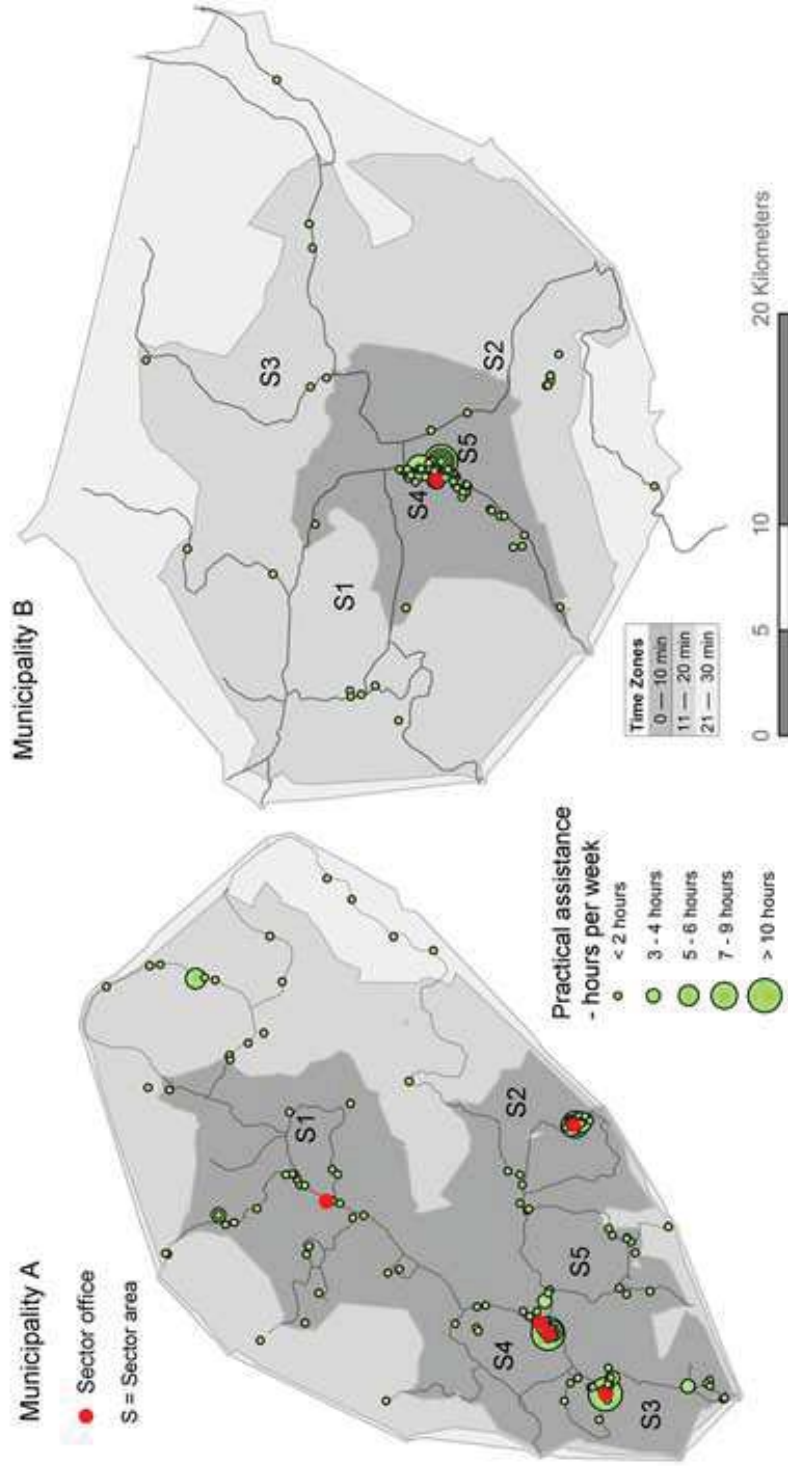


Figure 4

[Click here to download Figure 4.tif](#)

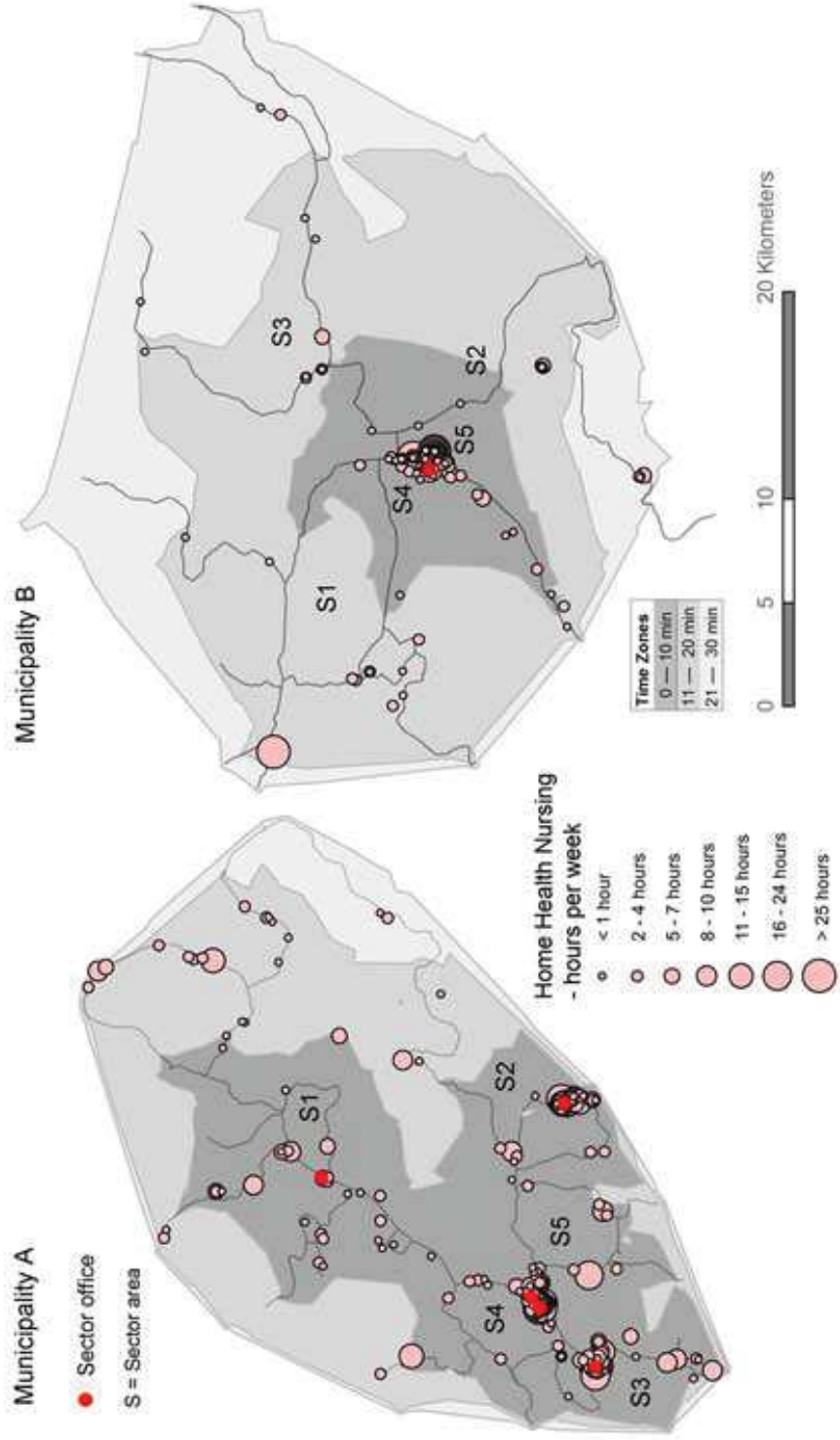
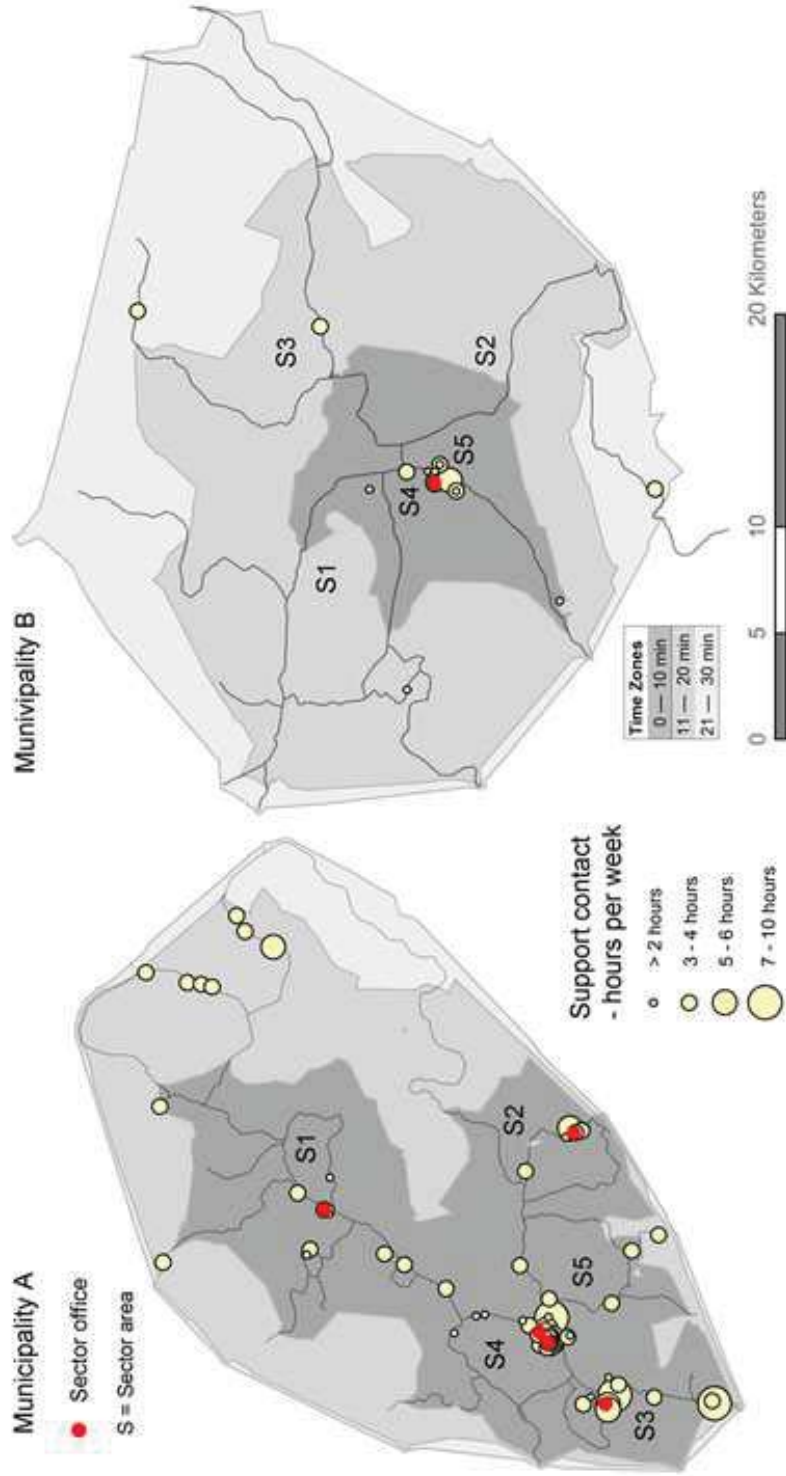


Figure 5

[Click here to download Figure 5..tif](#)



DEL III

VEDLEGG

INNHOLD

| | |
|--|------------|
| VEDLEGG I - KODEBOK..... | 181 |
| VEDLEGG II - VISER KJØRERUTENE EN UKEDAG I EN SEKTOR I KOMMUNE A OG EN SEKTOR I KOMMUNE B | 185 |
| VEDLEGG III - FORSLAG TIL TIDSESTIMATER FRA FRYD..... | 187 |
| VEDLEGG IV - GODKJENNING FRA REK..... | 189 |

VEDLEGG I - KODEBOK

1.1 UKEPROGRAM - ENHET

1.1.1 Hver besøksrute ble registrert med hvem som fikk besøk fortløpende

Kodings-enhet:

- Start fra kontoret
- Brukers løpenummer
- Adresse (Ikke synlig i presentasjon)
- Besøksstid
- Oppgitt tjeneste
- Hvem som utførte besøket

Opplysninger om de som hadde besøksrutene

Kodings-enhet:

- ID
- Ansatt
- Vakt – og arbeidstid
- Kommentar
- Pause
- Fellesrapport dag
- Fellesrapport ettermiddag

1.2 VEDTAK I – ENHET

Kodings-enhet:

- ID
- Løpenummer
- Tekst vedtak med begrunnelse

1.3 VEDTAK II - ENHET

Kodings-enhet:

- ID,
- Løpenummer,
- Alder,
- Kjønn,

- Dato start (vedtak)
- Dato slutt (vedtak)
- Søknad mottatt
- Søknad vedtatt
- Vedtak sendt

- Vedtak hjemmesykepleie timer/uke,
- Hjelp praktiske funksjoner
- Adm medisin
- Sårstell
- Sykepleieprosedyrer
- Tilsyn

- Vedtak praktisk bistand timer/uke.
- Praktisk bistand når (eks hver 3. uke)

- Vedtak støttekontakt timer/uke,



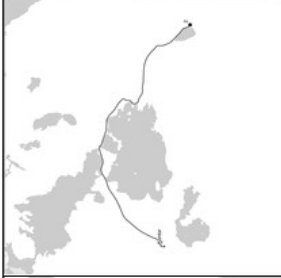




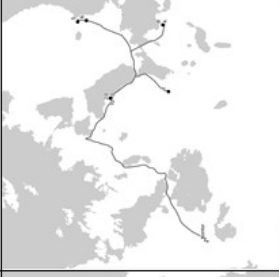
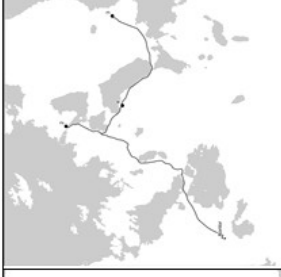
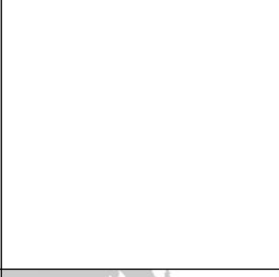
| | | |
|---------------------------|---|--|
| | samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet | |
| Fysiologiske behov | | |
| IV | Fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat | ernæring, drikke, kost, kosthold, mat, vekt |
| V | Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise | frokost, middag, kveldsmat, aftens, kaffe, ettermiddagskaffe, måltid |
| VI | Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter | trening, fysioterapi, rehabilitering, basseng, svømming |
| VII | Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett) | Hygiene, toalettbesøk, dusj, morgenstell, aftenstell, stell, kveldsstell, stomi, kateter, dobøtte, dostol, toalettstol |
| VIII | Tilpasset hjelp ved av- og påkledning | påkledning, kledning |
| IX | Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand | IX-1: Medisin, multidoser, dosett, injeksjoner, inhalasjon, insulin IX-2: blodsukker, sår, sårstell, sårbehandling, blæreskylle, strømpe, støttestrømpe, kompresjonsstrømpe, observere, smerte, blodtrykk, rehabilitering |
| X | Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene | Tannpuss, munnhygiene, munnstell, tenner |

1.1.2 Vedtak - Støttekontakt

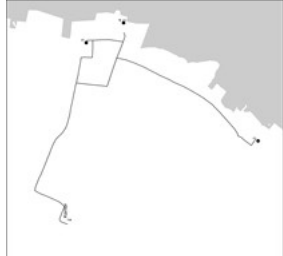
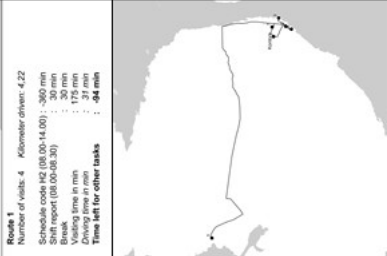

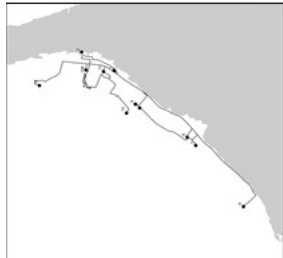
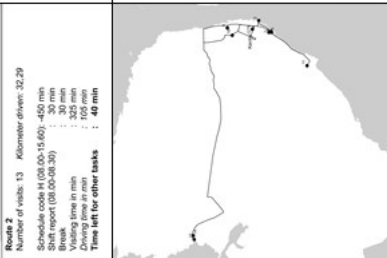


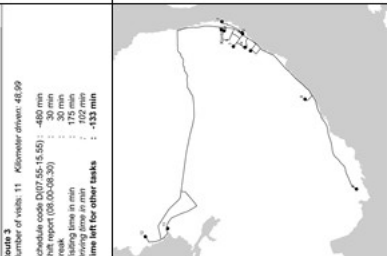

| Egenskaper ved tjenesten | | |
|--------------------------|--|---|
| | Kategorier - analyseenhet | Kodings-enhet |
| III | Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet | samvær, sosial kontakt, fellesskap, aktivitet |

VEDELEGG II – VISER KJØRERUTENE EN UKEDAG I EN SEKTOR I KOMMUNE A OG EN SEKTOR I KOMMUNE B

Kommune A

| | | | |
|---|---|---|---|
|  | <p>Route 1 Number of visits: 7 Kilometer driven: 49,63 Schedule code D2 (08.00-15.30) : -450 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Waiting time in min : 95 min Driving time in min : 90 min Time left for other tasks : -205 min</p> |  | <p>Route 2 Number of visits: 1 Kilometer driven: 18,86 Schedule code C1 (08.00-15.30) : -450 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Waiting time in min : 29 min Driving time in min : 29 min Time left for other tasks : -331 min</p> |
|  | <p>Route 3 Number of visits: 9 Kilometer driven: 86,77 Schedule code D2(08.00-15.30) : -450 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Waiting time in min : 270 min Driving time in min : 137 min Time left for other tasks : 11 min</p> |  | <p>Route 4 Number of visits: 6 Kilometer driven: 29,43 Schedule code D2 (08.00-15.30) : -450 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Waiting time in min : 292 min Driving time in min : 64 min Time left for other tasks : -421 min</p> |
|  | <p>Route 5 Number of visits: 3 Kilometer driven: 36,36 Schedule code D2 (08.00-15.30) : -450 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Waiting time in min : 240 min Driving time in min : 53 min Time left for other tasks : 47 min</p> |  | <p>Route 6 Number of visits: 7 Kilometer driven: 35,37 Schedule code D2 (08.00-15.30) : -450 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Waiting time in min : 295 min Driving time in min : 80 min Time left for other tasks : -17 min</p> |
|  | <p>Route 7 Number of visits: 6 Kilometer driven: 22,85 Schedule code D2 (08.00-15.30) : -450 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Waiting time in min : 122 min Driving time in min : 82 min Time left for other tasks : -162 min</p> |  | <p>Route 8 Number of visits: 4 Kilometer driven: 58,14 Schedule code D2 (08.00-15.30) : -450 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Waiting time in min : 295 min Driving time in min : 80 min Time left for other tasks : -32 min</p> |
|  | <p>Route 9 Number of visits: 9 Kilometer driven: 51,06 Schedule code D3 (07.30-15.30) : -480 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Waiting time in min : 295 min Driving time in min : 80 min Time left for other tasks : -201 min</p> |  | <p>Route 10 Number of visits: 7 Kilometer driven: 35,37 Schedule code D2 (08.00-15.30) : -450 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Waiting time in min : 295 min Driving time in min : 80 min Time left for other tasks : -17 min</p> |

Kommune B

| | | |
|--|--|--|
|  <p>Route 1 Number of visits: 4 Kilometer driven: 4,22 Schedule code: H (08.00-14.00) : 300 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Visiting time in min : 37 min Driving time in min : 94 min Time left for other tasks : -94 min</p> |  <p>Route 2 Number of visits: 13 Kilometer driven: 32,29 Schedule code: H (08.00-15.00) : 450 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Visiting time in min : 172 min Driving time in min : 105 min Time left for other tasks : 40 min</p> |  <p>Route 6 Number of visits: 6 Kilometer driven: 32,34 Schedule code: D (07.55-15.55) : 480 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Visiting time in min : 187 min Driving time in min : 85 min Time left for other tasks : -184 min</p> |
|  <p>Route 3 Number of visits: 11 Kilometer driven: 48,99 Schedule code: D (07.55-15.55) : 480 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Visiting time in min : 172 min Driving time in min : 102 min Time left for other tasks : 133 min</p> |  <p>Route 7 Number of visits: 13 Kilometer driven: 47,43 Schedule code: D (07.55-15.55) : 480 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Visiting time in min : 172 min Driving time in min : 108 min Time left for other tasks : 132 min</p> |  <p>Route 8 Number of visits: 12 Kilometer driven: 67,06 Schedule code: K (15.00-22.00) : 420 min Shift report (15.00-15.10) : 10 min Break : 30 min Visiting time in min : 122 min Driving time in min : 78 min Time left for other tasks : -78 min</p> |
|  <p>Route 4 Number of visits: 12 Kilometer driven: 50,04 Schedule code: D (07.55-15.55) : 480 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Visiting time in min : 172 min Driving time in min : 114 min Time left for other tasks : -110 min</p> |  <p>Route 9 Number of visits: 14 Kilometer driven: 64,28 Schedule code: K (15.00-22.00) : 420 min Shift report (15.00-15.10) : 10 min Break : 30 min Visiting time in min : 200 min Driving time in min : 53 min Time left for other tasks : -53 min</p> |  <p>Route 5 Number of visits: 13 Kilometer driven: 76,50 Schedule code: D (07.55-15.55) : 480 min Shift report (08.00-08.30) : 30 min Break : 30 min Visiting time in min : 170 min Driving time in min : 110 min Time left for other tasks : -110 min</p> |

VEDLEGG III - FORSLAG TIL TIDSESTIMATER FRA FRYD

Forslag til tidsestimater hjemmesykepleieoppgaver:

Tidsestimatene er kun ment som et utgangspunkt. Kommunen legger til / trekker fra aktiviteter og tid slik at estimatene gjenspeiler kommunes tjenesteprofil.

| <i>Oppdrag</i> | <i>Tid i minutter</i> |
|--------------------------------|-----------------------|
| Morgenstell inkl. toalettbesøk | 30 |
| Kveldsstell inkl. toalettbesøk | 20 |
| Frokost / kveldsmat | 15 |
| Varme middag | 20 |
| Dusj | 30 |
| Sårskift med grønsåpebad | 30 |
| Sårskift | 20 |
| Kompresjonsstrømpe (på / av) | 10 |
| Dosere medisin | 20 |
| Gi medisiner | 10 |
| Injeksjon | 20 |
| Kateterisering | 20 |
| Telefontilsyn | 5 |
| Øyedrypping | 10 |
| Toalettbesøk / bleieskift | 15 |
| Tilsyn natt | 10 |
| | |
| Pluss-tid: | |
| Forflytning funksjonshemmede | 15 |
| Motivering demente | 15 |

Ingen besøk skal vare kortere enn 10 minutter!

Forslag til tidsestimater praktisk bistand:

Tidsestimatene er kun ment som et utgangspunkt. Kommunen legger til / trekker fra aktiviteter og tid slik at estimatene gjenspeiler kommunes tjenesteprofil.

| <i>Oppdrag</i> | <i>Tid i minutter</i> |
|---|-----------------------|
| Praktisk hjelp / opplæring | |
| Rengjøring med støvsuging, gulvvask, rengjøring av bad og toalett | |
| Liten bolig < 50m ² | 60 |
| Middels bolig <100m ² | 75 |
| Stor bolig >100m ² | 90 |
| Tillegg for tett møblering el. | 10 |
| Klesvask | |
| Legge i maskinen | 5 |
| Henge opp / ta ned tøy | 10 |
| Brette tøy / legge i skap | 10 |
| Tilleggsoppgaver | |
| Støvtørring | 15 |
| Støvsuging av møbler | 10 |
| Tømme søppel | 5 |
| Tømme toalettbøtte | 5 |
| Skifte sengetøy | 10 |
| Oppvask | 10 |
| Trappevask | 10 |
| Hjelp til å bestille matvarer | 10 |
| Handle | 30 |
| Pluss-tid: | |
| Motivering demente | 15 |

Ingen besøk skal vare kortere enn 15 minutter! Ved oppdrag under 1 time rundes tiden opp til nærmeste kvarter. Ved oppdrag på mer enn en time rundes tiden ned til nærmeste kvarter.

VEDLEGG IV - GODKJENNING FRA REK

| | | | | |
|----------------|-----------------------|-----------------|--------------------|-------------------------|
| Region: | Saksbehandler: | Telefon: | Vår dato: | Vår referanse: |
| REK nord | | | 31.01.2012 | 2011/2457/REK nord |
| | | | Deres dato: | Deres referanse: |
| | | | 13.12.2011 | |

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Solrun G. Holm
Utviklingscenter for hjemmetjenester Nordland

2011/2457 Utvikling og vedlikehold av kvalitative gode tjenestetilbud til brukere i åpen omsorg

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) i møtet 12.01.2012.

Forskningsansvarlig institusjon: Vestvågøy kommune ved Lars Pleym Ludvigsen
Prosjektleder: Solrun G. Holm

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

Hovedmål * å få kunnskap om hvilke tilbud tjenestemottaker får, og omfanget av ressurser Vedtak om pleie- og omsorgstjenester utløser. * å utvikle og forbedre tjenestetilbudet slik at det fanger opp de nye behovene samhandlingsreformen legger opp til. Prosjektet skal forsøke å gi svar på hvordan kommunene kan utvikle og vedlikeholde kvalitative gode tjenestetilbud bl.a. ved å analysere innholdet i Vedtaket om pleie- og omsorgstjenester og hvordan det endrer seg over tid. I tillegg skal det kartlegges hvilken ressursbruk vedtak utløser i et nedenfra og opp perspektiv og hvordan systemet påvirker individers beslutninger og handlinger. Ny kunnskap i dette prosjektet vil bl.a. være kunnskap om hvordan helsepersonell følger opp vedtak og hvor ofte endret situasjon hos tjenestemottaker vil føre til endret vedtak, samt om hvor det er mulig å gjennomføre effektivitetstiltak. Prosjektet vil også få fram kunnskap om hvordan helsepersonell følger opp § 6. om ressursbruk i Helsepersonelloven.

Framleggingsplikt

De prosjekt som skal framlegges for komiteen er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke. Komiteen vurderer at dette prosjektet ikke vil gi ny kunnskap om sykdom eller helse, men skal søke å få innsikt i og forståelse for hvordan tjenesteutøverne forstår Vedtaket om pleie og omsorgstjenester og de handlinger og oppgaver dette genererer, samt å utvikle og forbedre tjenestetilbudet slik at det fanger opp de nye behovene samhandlingsreformen legger opp til. Prosjektet har mange momenter som taler for at dette er helsetjenesteforskning, og at det ikke er egnet til å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

Prosjektet faller således ikke inn under helseforskningsloven.

Selv om prosjektet som sådan faller utenfor, skal det forskes på helseopplysninger. Helseforskningslovens § 4 d definerer både direkte personidentifiserende opplysninger og aidentifiserte opplysninger som helseopplysninger. Komiteen vil derfor vurdere om det kan gis dispensasjon fra taushetsplikt etter forskrift av 2. juli 2009, der REK er gitt myndighet til å gi slik dispensasjon.

| | | | |
|--|---|---|---|
| Besøksadresse: TANN-bygget Universitetet i Tromsø 9037 Tromsø | Telefon: 77646140 E-post: rek-nord@fagmed.uit.no Web: http://helseforskning.etikkom.no/ | All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK nord og ikke til enkelte personer | Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK nord, not to individual staff |
|--|---|---|---|

Dispensasjon fra taushetsplikt

Komiteen kan gi adgang til bruk av helseopplysninger som er samlet inn i helsetjenesten til forskning uten hinder av taushetsplikt, jf. hlf §35.

Dispensasjon skal bare gis dersom forskningen er av vesentlig interesse for samfunnet og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt. Reglene om taushetsplikt gjelder tilsvarende for den som mottar opplysningen.

Komiteen har i vurderingen lagt vekt på at dette er samfunnsmessig viktig forskning fordi observasjoner av samhandlingsreformen er et dagsaktuelt tema og fordi man her setter fokus på en tradisjonelt ressurs svak gruppe hjelpetregende.

I vurderingen av om deltakernes velferd og integritet er ivaretatt, har komiteen lagt vekt på at de opplysninger som hentes ut av journaler skal aidentifiseres, det skal altså ikke oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger i prosjektet.

Videre når det gjelder prosjektmedarbeidernes tilstedeværelse på møter så vil prosjektmedarbeiderne kunne få kjennskap til sensitiv informasjon om individene som vedtakene retter seg mot. Men denne skal ikke registreres eller på annen måte brukes i studien, observasjonen er rettet mot hvordan de ansatte forstår innholdet i vedtaket og setter dette ut i praksis. Med hensyn til uthenting av informasjon fra pasientjournaler i hjemmetjenesten ,vil det være opplysninger som utelukkende er knyttet direkte opp de hjelpetiltak vedtaket skal iverksette. Alle ander personidentifiserende opplysninger vil bli fjernet. Med bakgrunn i dette anser komiteen at også hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt .

I forbindelse med behandling av dispensasjon, har REK adgang til å stille vilkår for gjennomføring av prosjektet.

Rek krever som hovedregel at prosjektleder innehar doktorgrads kompetanse. I dette prosjektet har Brinchmann slik kompetanse , men står oppført som prosjektmedarbeider.

Dette må endres slik at Brinchmann blir stående som prosjektleder.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. helseforskningslovens § 10, jf. forskningsetikkloven § 4, 2. ledd.

Med hjemmel i forskrift av 02.07.09 nr. 989, der REK er delegert myndighet til å gi dispensasjon fra taushetsplikt etter helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13 første ledd gis det dispensasjon fra taushetsplikt for innhenting av de data som er nevnt i søknaden. De personer det gis dispensasjon for er Solrun G. Holm og Torill Sæterstrand. Reglene om taushetsplikt etter helsepersonelloven gjelder for Solrun G. Holm og Torill Sæterstrand.

Det er knyttet vilkår til dispensasjonen vedørende prosjektleder. Brinchmann har i kraft sin doktorgrad kompetanse til å være prosjektleder, og må påta seg prosjektlederansvaret.

Prosjektet godkjennes under forutsetning av at de vilkårene som er anført ovenfor blir innarbeidet før prosjektet settes i gang.

I tillegg til vilkår som fremgår av dette vedtaket, er tillatelsen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Godkjenningen av prosjektet gjelder til 31.08.2014. Av dokumentasjonshensyn kan dataene likevel bevares inntil 31.08.2019. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen 29.02.2020.

Opplysningene skal lagres avidentifisert, det vil si adskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren».

Prosjektet skal sende sluttmelding til REK nord på fastsatt skjema, jf helseforskningsloven § 12.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. helseforskningslovens §10,3ledd og forvaltningslovens §28. En eventuell klage sendes til REK Nord. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf forvaltningslovens § 29.

Dersom det skal gjøres vesentlige endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er så store at det er tale om et helt nytt prosjekt, må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at det sendes ny søknad, jf helseforskningslovens § 11.

Vi ber om at tilbakemeldinger til komiteen og prosjektendringer sendes inn på skjema via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Øvrige henvendelser sendes på e-post til post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen,

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Monika Rydland Gaare
seniorkonsulent

Kopi til: lars.pleym.ludvigsen@vestvagoy.kommune.no, ruth.olsen@uin.no,

| | | | | |
|----------------|-----------------------|-----------------|--------------------|-------------------------|
| Region: | Saksbehandler: | Telefon: | Vår dato: | Vår referanse: |
| REK nord | Veronica Sørensen | 77620758 | 20.03.2012 | 2011/2457/REK nord |
| | | | Deres dato: | Deres referanse: |
| | | | 01.03.2012 | |

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Solrun G. Holm
Utviklingscenter for hjemmetjenester Nordland, Pb 504

2011/2457 Utvikling og vedlikehold av kvalitative gode tjenestetilbud til brukere i åpen omsorg

Forskningsansvarlige institusjoner : Vestvågøy kommune v/ Lars Pleym Ludvigsen og Universitetet i Nordland, Senter for praktisk kunnskap v/ Ruth Olsen

Prosjektleder: Solrun G. Holm

Prosjektleders prosjekttale :

Hovedmål å få kunnskap om hvilke tilbud tjenestemottaker får, og omfanget av ressurser Vedtak om pleie- og omsorgstjenester utløser. Å utvikle og forbedre tjenestetilbudet slik at det fanger opp de nye behovene samhandlingsreformen legger opp til. Prosjektet skal forsøke å gi svar på hvordan kommunene kan utvikle og vedlikeholde kvalitative gode tjenestetilbud bl.a ved å analysere innholdet i Vedtaket om pleie- og omsortjenester og hvordan det endrer seg over tid. I tillegg skal det kartlegges hvilken ressursbruk vedtak utløser i et nedenfra og opp perspektiv og hvordan systemet påvirker individers beslutninger og handlinger. Ny kunnskap i dette prosjektet vil bl.a være kunnskap om hvordan helsepersonell følger opp vedtak og hvor ofte endret situasjon hos tjenestemottaker vil føre til endret vedtak, samt om hvor det er mulig å gjennomføre effektivitetstiltak. Prosjektet vil også få fram kunnskap om hvordan helsepersonell følger opp § 6. om ressursbruk i Helsepersonelloven.

Vi viser til skjema for prosjektendring av 01.03.2012

Endringen av prosjektleder fra Solrun.G.Holm til Berit.S.Brinchmann er tråd med de vilkår for vedtak som ble gitt av komiteen den 31.01.2012.

Etter fullmakt er det fattet slikt:

Vedtak

Med hjemmel i helseforskningsloven § 10 og forskningsetikkloven § 4 godkjennes prosjektet slik det nå foreligger.

Endringen godkjennes under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, endringsøknaden, oppdatert protokoll og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

For øvrig gjelder de vilkår som er satt i forbindelse med tidligere godkjenning av prosjektet.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. helseforskningslovens § 10 tredje ledd og forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette e-brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK nord, sender REK nord klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at tilbakemeldinger til komiteen og prosjektendringer sendes inn på skjema via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Øvrige henvendelser sendes på e-post til post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen,

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Veronica Sørensen
rådgiver

Kopi til: lars.pleym.ludvigsen@vestvagoy.kommune.no; ruth.olsen@uin.no; asne.halskau@nsd.uib.no

Hensikten med denne avhandlingen er å få ny kunnskap om virksomheten til hjemmetjenesten slik den framkommer i dokumentene om organisering av de ansattes arbeidsdag og i dokumentene som synliggjør innholdet i de tjenester kommunen har tildelt tjenestemottakerne.

Studien har et retrospektivt, deskriptivt design, og metoden som er brukt, er dokumentanalyse.

Det teoretiske perspektivet som funnene fra de fire delstudiene drøftes i forhold til, er en modell av hjemmetjenestens virkelighet i tid og rom. Modellen skiller mellom tre dimensjoner, den kulturelle, den strukturelle og den interaksjonelle dimensjonen. Den kulturelle dimensjonen viser til hvilke verdier og normer som dominerer innenfor hjemmetjenesten. Den strukturelle dimensjonen viser til organisering og planlegging av hjemmetjenesten. Den interaksjonelle dimensjonen viser til samhandling og påvirkning.

Dokumentanalysen viser ulike sider ved hjemmetjenestens virkelighet. Innenfor den kulturelle dimensjonen synliggjør funnene en kultur som ikke alltid forholder seg til vedtak. Vedtakene viser at hjemmetjenesten har en form for hjelpekultur primært med fokusering på hva brukerne trenger hjelp til og lite fokusering på hva brukerne kan gjøre for å ivareta egenomsorg. Innenfor den strukturelle dimensjonen viser funnene at planlegging av besøksrutene ikke alltid tar hensyn til de geografiske avstandene, noe som medfører at de ansatte ikke får tilstrekkelig tid hos brukerne. Gir ikke besøksruten rom for å bruke den tiden som vedtaket gir, skaper det dårligere kår for samhandling mellom ansatte og brukere. Det kan også medføre at brukeren ikke får den tjenesten vedkommende skal ha.

Denne studien viser at det behov for forbedringer i hjemmetjenesten, ikke bare når det gjelder rutiner, men også hva angår kultur for hva som anses som akseptabelt.