

Kan forsterket hjemmetjeneste hindre innleggelse i sykehjem?

Ved å styrke kapasiteten i hjemmetjenesten, ønsket Ullern bydel å gi pleietrengende eldre et alternativ til innleggelse i institusjon. Denne artikkelen presenterer prosjektet, og viser hvordan sterkt pleietrengende hjemmeboende må følges opp for å unngå innleggelse i sykehjem eller sykehus. Hjemmetjenesten kan være et godt alternativ til sykehjem når brukeren, de pårørende og hjelperne har klare kontrakter på en ansvars- og funksjonsfordeling som alle parter opplever som hensiktsmessig.

Høsten 1997 ble bydel Ullern tildelt midler fra Byrådsavdelingen for eldre og bydelene for å gjennomføre prosjekt *Hjemmetjenesten - et reelt alternativ til sykehjem*. Prosjektet startet 01.10.97 og ble avsluttet 31.09.1999. Bakgrunnen for prosjektet var at bydelen ønsket en bedre utbygget hjemmetjeneste som kunne gi et kvalitativt faglig bedre og mere omfattende tjenestetilbud i tråd med brukernes økende behov. Ved å styrke kapasiteten i hjemmetjenesten, både faglig og bemanningsmessig, ønsket bydelen å gi pleietrengende eldre mennesker et alternativ til innleggelse i institusjon (sykehjem eller sykehus). Hjemmetjenesten i Ullern bydel er delt i to distrikter; Skøyen/Smestad distrikt og Ullern distrikt. Distriktene var omtrent like store geografisk og bemanningsmessig ved prosjekt-start. Av organisasjonsmessige hensyn er det Ullern distrikt som har drevet prosjektet, mens Skøyen/Smestad har fungert som kontrolldistrikt. Prosjektleder ble rekruttert fra den ordinære sykepleierstaben i Ullern distrikt. Prosjektet er i tillegg blitt drevet av en styringsgruppe med overordnet beslutningsmyndighet, og en prosjektgruppe som har fungert som en ideskaper og arbeidsgruppe for prosjektet.

Etter brukerens ønske

Det ble i planarbeidet utarbeidet retningslinjer for hvilke brukere som kunne dra nytte av prosjektet. Retningslinjene sier i tillegg noe om prosjektets målgruppe:

- Brukere som ellers ville hatt behov for en sykehjems- eller institusjonsplass.
- Brukere som har et stort behov for pleie og omsorg.
- Brukere i terminalfasen som ønsker å motta pleie i hjemmet.

Forutsetningen for å registrere en bruker i prosjektet, var at brukeren selv hadde et ønske om å bo hjemme. Vedkommende måtte også være villig til å ta imot nødvendige hjelpemidler til sitt eget beste, eller av hensyn til personalets arbeidsmiljø.

Metoder i evaluering av prosjektet

Forskningsavdelingen ved Diakonhjemmets høgskolesenter (Diaforsk) fikk i oppdrag å evaluere prosjektet (1). For å systematisere pleie- og omsorgsdata om brukerne anbefalte vi å benytte et internasjonalt klinisk vurderingsskjema som er tilrettelagt for brukere av hjemmetjenesten. Brukernes situasjon målt med rai-hc (residents assessment instrument - homecare) ga en omfattende beskrivelse av brukernes kliniske situasjon, kognitiv- og fysisk fungering, samt bruk av formelle- og uformelle tjenester (2, 3). Vi innhentet kvantitative og kvalitative data fra brukere, pårørende og ansatte.

Evalueringens problemstillinger:

- Hvor stor var pleietyngden på hjemmeboende brukere i Ullern distrikt sammenlignet med brukere som var flyttet til sykehjem i Smestad/Skøyen distrikt?
- Hvilke medisinske- og sykepleiefaglige behov hadde brukerne i Ullern?
- Hvordan opplevde brukerne og deres pårørende situasjonen?

Skøyen/Smestad hjemmesykepleie fungerte som kontrolldistrikt for prosjektet.

For å sammenligne omsorgsbehovet i de to brukergruppene ble det benyttet *Gerix: Informasjon og beslutningsstøtte for omsorgstjenesten* (4). Spørsmålene i Gerix har en firedelt skala. Vi har delt skalaen i to for å sammenligne de to distriktene utfra i hvilken grad brukerne greier aktiviteten alene eller med tilrettelegging eller er helt eller delvis avhengig av personhjelp.

Brukernes alder, kjønn og funksjonsevne

En viktig faktor for å angi behov for hjemmetjenester, er andelen av eldre over 80 år i bydelen. På landsbasis er det 4,1 prosent av befolkningen som er 80 år eller eldre. Gjennomsnittstallet for de ulike bydelene i Oslo er 4,8 prosent (5). Kvinnene utgjorde 65 prosent av materialet på Ullern og 71 prosent Skøyen/Smestad. Gjennomsnittsalderen var 84 år i begge distriktene. I Skøyen/Smestad distrikt var 64 prosent av brukerne aleneboende mot 49 prosent i Ullern. Tabell 1 viser en sammenligning av brukernes hjelpebehov i de to distriktene. Chi er et uttrykk for avvik fra statistisk uavhengighet.

På området «fysisk egenomsorg» var det liten forskjell på de to distriktene. I Smestad/Skøyen klarte en større andel av brukerne å komme på toalettet ved egen hjelp, men de klarte ikke å i vareta sin medisinske egenomsorg. I forhold til «orienteringsevne» og «oppfatning av egen situasjon» var det ingen forskjell, men i psykososiale forhold var brukerne på Smestad/Skøyen mer avhengig av personhjelp.

Komplekse pleiebehov

Gerix-registreringen gir i liten grad et bilde av brukernes medisinske og sykepleiefaglige behov. Brukerne i Ullern distrikt ble derfor vurdert i Rai for å dokumentere hvilket komplekst pleiebehov de representerte.

Av medisinske sykdommer hadde 24 (38 prosent) av brukerne Alzheimer eller en annen demens type, og måtte derfor ha hjelp hjemme. I tillegg hadde sju andre brukere demensdiagnoser, uten at dette var hovedårsaken til behov for hjemmetjenester. 13 (21 prosent) hadde en aktiv kreftdiagnose, og fire av disse hadde fått beskjed om at det var begrenset levetid (under 180 dager). Flere brukere hadde ulike hjerte-karlidelser. Seks brukere fikk behandling etter lårhalsbrudd. Tre brukere hadde diabetes.

I løpet av siste uke hadde halvparten av brukerne plager med svimmelhet eller ørhet. Nesten alle var plaget av ustabil gange og 35 (56 prosent) hadde falt én eller flere ganger siste halvår. Det var 45 (71 prosent) som hadde problemer med kortidshukommelsen (de husket tilsynelatende ikke etter 5 minutter). 12 (19 prosent) av brukere hadde plager med ødemer og 24 (38 prosent) hadde smerter daglig. 40 (64 prosent) var inkontinente for urin, og 17 (28 prosent) for avføring. Fem av de seks av brukerne som var plaget med vrangforestillinger var også hallusinert. Bare én av disse brukte psykofarmaka (se tabell 2).

Om lag halvparten av brukerne trengte hjelp for å forflytte seg fra seng til stol. De var derfor avhengige av at det måtte være en person i nærheten når de hadde behov for å hvile. De fleste trengte hjelp til å bevege seg i trapper. 24 brukere hadde ikke vært ute av leiligheten den siste måneden (se tabell 3).

Brukere og pårørende vurderer forskjellig

Det ble sendt ut et spørreskjema til de brukerne som juni 1999 bodde hjemme, og inngikk i prosjektet. Det ble også sendt ut skjema til den nærmeste pårørende, også der brukeren var flyttet til sykehjem. Det kom inn 18 utfylte svar fra brukerne og 22 fra de pårørende. I fem tilfeller hadde både brukeren og de pårørende fylt ut hvert sitt skjema. Flere av spørsmålene var identiske på de to skjemaene. Der resultatene er slått sammen (N=35), er det brukerens skjema som er benyttet.

Trygghet: Brukerene selv svarte oftere *Stort sett trygg*, enn det pårørende gjorde, henholdsvis 78 prosent og 32 prosent. Dette vil være både et etisk og et praktisk problem for hjemmetjenesten. Det er vanskelig å handle mot en brukers ønske, samtidig er det de nærmeste pårørende som sliter med utrygghet og skyldfølelse. Omsorgsbehovet kan synes umettelig for den enkelte pårørende, mens hjemmetjenesten har erfaring med at selv brukere med meget redusert egenomsorgsevne, likevel trives best i sitt eget hjem.

Ønske om flere tjenester: Det er verdt å merke seg at ti av de pårørende mente at det burde være lettere å få langtidsopphold eller fast plass i sykehjem, mens *ingen* av brukerne selv krysset av for dette. Bare én bruker mente det burde være lettere å få hjemmesykepleie, mens syv av de pårørende ønsket dette. Både de pårørende og brukerne ønsker mer hjemmehjelp. Vi tolker dette slik at det er behov for tettere oppfølging av et medmenneske, men ikke nødvendigvis for konkret hjelp til tradisjonell *iadl*-virksomhet (utadrettet rutineaktivitet i hjemmet eller i samfunnet, her problemer med matlaging og handling).

Situasjoner som kunne vært møtt annerledes: De pårørende hadde ulik erfaring med møte med hjemmetjenesten, for eksempel ville flere ha mer hjelp til personlig hygiene. Noen fikk kun en dusj en gang per uke, og hvis brukeren vegret seg, kunne det gå to uker mellom hver dusjing. De pårørende ønsket mer informasjon fra hjemmetjenesten om brukerens situasjon. De skulle også ønske at de hadde mer tid hos den gamle. Det var ellers svært ulike forhold de pårørende var opptatt av.

Ansattes vurderinger

For å få samlet ulike erfaringer fra prosjektet, valgte vi å sende et spørreskjema til de pleierne som hadde deltatt i prosjektet. Spørreskjemaet inneholdt fortrinnsvis faste svaralternativ, men ga også mulighet til kvalitative uttrykk for erfaringer. Pleierne returnerte svarskjemaene i lukket konvolutt direkte til Diaforsk. Alle de 15 ansatte som var tilknyttet prosjektet (juni 1999) besvart spørreskjemaet.

Yrkesbakgrunn, stillingsbrøk, alder og ansettelsestid: Intensjonen bak prosjektet var at en skulle gi et forsterket hjemmesykepleietilbud. Men det hadde, som tidligere drøftet, vært vanskelig å få offentlig godkjente sykepleiere i full stilling. Flere av pleierne har deltidsstillinger. Åtte (53 prosent) av pleiere går i full stilling. Alderen på pleierne varierer fra 22 år til 54 år. Gjennomsnittsalderen er 39 år (Median = 40,5 år). Ansettelsestiden varierer fra 6 måneder til vel 14 år. Gjennomsnittlig ansettelsestid er ca 3 1/2 år (Median = 1 1/2 år).

Tidspress: Ti av tretten pleiere som besvarte spørsmålet, opplevde at de minst en gang i uka måtte gå for tidlig fra en bruker. Fem svarte at dette skjedde *to til tre ganger per uke* og tre svarte *fire til fem ganger per uke*. Vi valgte å utdype hva pleierne opplevde var vanskeligst å få tid til, og resultatet var kanskje som forventet. De opplevde i størst grad å få tid til *brukerens personlige stell*, og minst tid til å gi *psykisk støtte*. Personlig stell er noe konkret og målbart, og det må bare gjøres. Psykisk støtte er en udefinerbar størrelse som er vanskelig å tildele i antall minutter eller timer.

Årsak til innleggelse i sykehjem: Pleierne opplevde at siden de pårørende var slitne, måtte brukeren søkes inn på sykehjem. Pårørende *orke ikke mer*. Brukerne trengte omfattende fysisk stell. En pleier skriver: *«Noen brukere er så pleietrengende at de trenger tilsyn 24 timer i døgnet.»* En annen sier at en viktig grunn til innleggelse er at *«brukerne trenger så mye hjelp fra hjemmetjenesten, at det blir for dyrt.»* Aldersdemens blir også oppgitt som en viktig årsak til at det var vanskelig å få et godt nok tilbud hjemme: *«Brukeren klarer ikke å ta vare på seg selv p.g.a. glemsomhet og angst og er en fare for seg selv i hjemmet.»*

Etiske utfordringer: Forholdet mellom brukerens autonomi og de pårørendes ønsker, var de etiske problemstillinger som var vanskeligst for de ansatte å forholde seg til. Dette var et spenningsfelt hvor både faglige, etiske og juridiske konsekvenser som måtte drøftes i hver enkelt tilfelle.

Andre refleksjoner: De ansatte ga uttrykk for at det hadde skjedd en endring med dem i løpet av prosjektet. De var blitt flinkere til å samarbeide med andre, og de satset nå mer på at *«den gamle skulle være mer hjemme»*. De opplevde ikke at de *«tenkte oftere på brukerne i fritiden»* i dette prosjektet enn det som var vanlig i hjemmesykepleien.

Flere av de ansatte bekymret over det tunge klientellet som nå var i hjemmesykepleien: *«Følelsen av ikke å gjøre nok blant personalet gir utbrenthet.»* Pleierne var også bekymret over mangel på rekruttering av fagpersonell.

Mange av brukerne ga uttrykk for ensomhet og angst, og en pleier kommenterte at pasientenes livskvalitet reduseres som følge av kommunens prioriteringer. Flere skrev at mange av de hjemmeboende i prosjektet hadde behov for mer omfattende hjelp enn hjemmesykepleien hadde kapasitet til. For brukere som hadde behov for mer en tre besøk per døgn, ble det reist spørsmål om ikke sykehjem hadde vært et bedre alternativ.

Belastende prosjekt har utløst energi

Flere ansatte ga uttrykk for at prosjektet virket stimulerende i avdelingen. Det har lært pleierne å tenke på en annen måte. Prosjektet har utløst energi, selv om det til tider har vært en stor belastning. Ledelsen for prosjektet får bra attest. Flere gir uttrykk for et godt arbeidsmiljø. Hjemmetjenesten kan være et godt alternativ til sykehjem, i den grad brukeren, de pårørende og hjemmetjenesten har klare kontrakter på en ansvars- og funksjonsfordeling som alle parter opplever hensiktsmessig.

Tilbud om dagsenter og muligheter for korttidsopphold i sykehjem må utvides. Den hjemmeboende må sikres medisinsk og sykepleiefaglig oppfølging, og det må være et tett samarbeid med sykehus.

Primärsykepleie og nettverksmøter

En forutsetning for å nå prosjektets målsetting var flere ansatte. Rekruttering av sykepleiere i prosjektstillinger har fra første stund vært vanskelig. Prosjektet hadde midler til seks hjemmesykepleiestillinger, men det var ikke mulig å få besatt flere enn fire. Til tross for dette har den samlede staben i Ullern hjemmesykepleie strukket seg langt for å få prosjektet til å gli. Nettverksmøter med Diakonhjemmets sykehus, har vist seg som en god metode for å planlegge tiltak i hjemmet, enten brukeren befinner seg på sykehus, sykehjem eller i sitt eget hjem.

Hjemmesykepleien har i løpet av prosjektperioden deltatt på 130 nettverksmøter. Deltagere i et nettverksmøte er hjemmesykepleien, bruker (som regel), pårørende, hjemmehjelpen, sykepleiere og leger fra sykehus, ergoterapeut, fysioterapeut, eventuelt psykiatrisk sykepleier og sosionom.. De fleste nettverksmøter avholdes på sykehus, men kan også finne sted i brukers hjem eller på et sykehjem.

Hjemmetjenesten har også innført primærsykepleie som et ledd i å skape trygghet for bruker og pårørende når brukeren har kommet hjem fra sykehuset.

Vanskelig å få sammenlignbare data

Det har vært vanskelig å få sammenlignbare data før og etter iverksettingen av prosjektet. Det er ikke dokumentert i hvilken grad de ansatte har jobbet konkret med brukere tilknyttet prosjektet, og hvor mye tid de har vært hos ordinære brukere. Sammenligningen med Skøyen/Smestad distrikt viser at de brukere som var valgt ut fra dette distriktet, var noe mer avhengig av hjelp enn brukere i Ullern.

De tydeligste forskjellene i de to distriktene var brukernes sosiale nettverk. I Ullern distrikt hadde brukerne daglig kontakt med nærmiljøet, og de pårørende var langt sterkere inn i bildet enn på Skøyen. Dette var nok en viktig årsak til at brukere i Ullern kunne bo hjemme lenger.

Grensen mellom trivsel ved å bo hjemme og uforsvarlighet knyttet til dette, må vurderes individuelt. Vi anbefaler i denne sammenhengen å følge de hjemmeboende brukerne med regelmessig dokumentasjon av helhetstilstanden. Rai-hc eller et lignende verktøy vil kunne fange opp tegn på komplikasjoner på et tidlig tidspunkt, slik at man kan iverksette tiltak for å hindre institusjonsinnleggelse. En slik dokumentasjon vil også gi beskjed når risikofaktorene er så omfattende, at dersom ikke spesielle hensyn tilsier det, bør brukeren anbefales sykehjemsplass. Oppsummerende kan man si at prosjektet førte til at sterkt pleietrengende kunne bli boende hjemme i stedet for å bli innlagt i institusjon. Brukerne var tilfredse, mens de pårørende følte på et tungt ansvar som de kunne lagt fra seg hvis det pleietrengende familiemedlemmet hadde kommet på sykehjem.

Av tekniske årsaker er figurer og tabeller bare å finne i papirutgaven av artikkelen.

LITTERATUR:

1. Sørbye LW, Brenden AC. Hjemmetjenesten et reelt alternativ til sykehjem i Ullern bydel? Oslo: Diakonhjemmets høgskolesenter, desember 1999.
2. Morris JN. mfl. RAI-HC, brukermanualen 1996, Oslo: Diakonhjemmets høgskolesenter; Diaforsk, 1997.
3. Grue, EV. Sørbye, LW. Helse - og omsorgsbehov hos hjemmeboende vurdert med RAI-HC. Pleie- og omsorgstjenesten i St. Hanshaugen - Ullevål bydel. Diakonhjemmets høgskolesenter, forskningsrapport 8/98.
4. Gerix-start. Registrering av individdata. Veiledning til personalet. Et samarbeidsprosjekt mellom kommunene, Sosial- og helsedepartementet, Kommunal og Arbeidsdepartementet, Statistisk Sentralbyrå og Storbysforskning/KS.)Trondheim: Wennbergs trykkeri AS, 1994.
5. Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Statens helsetilsyn: Styrings- og informasjonshjulet 1997, Akershus, Østfold, Oslo, Hefte I-0892/6B.