

Østlandsforskning

Postadresse:
Postboks 388
N-2801 Gjøvik

Kontoradresse:
Berghusveien 16

Telefon:
061/78 401
061/78 406

Avd. Hamar:
Kronborgveien 14
2300 Hamar
Tlf. 065/25 540

Avd. Kongsberg:
Postboks 213
3601 Kongsberg
Tlf. 03/73 40 60

Avd. Lillehammer:
Postboks 1004 Skurva
2601 Lillehammer
Tlf. 062/55 600

ØF-NOTAT 04. 12/1988

Tittel: "FRAMTIDA HAR BRUK FOR FORTIDA"
INTEGRERING AV DØGNSERVICE, HJEMMESYKEPLEIE OG INSTITUSJONSTJENESTE. I VANG KOMMUNE

Forfatter(e):

TELLEF RAUSTØL

4 emneord:

DØGNSERVICE
HJEMMEBASERT
HJEMMEHJELP
OMRÅDESYKEPLEIER

Dato:

5. SEPTEMBER 1988

Ekstrakt:

I VANG KOMMUNE HAR INNFØRING AV DØGNSERVICE BIDRATT TIL "EKTESKAP" MELLOM HJEMMESYKEPLEIEN OG INSTITUSJONSTJENESTEN. I ET FORSØKSPROSJEKT FRA 1987-88 ER EN SLIK INTEGRERT MODELL "VANGSMODELLEN" UTPRØVD. ERFARINGENE FRA PROSJEKTET FORELIGGER I DENNE RAPPORTEN.

Merknader: VANG KOMMUNE ER EN AV 3 KOMMUNER I OPPLAND FYLKE SOM HAR DELTATT I "DØGNSERVICEPROSJEKTET" (1986-88). I KOMMUNENE ER DET PRØVD UT ULIKE MODELLER FOR DØGNSERVICE.

PROSJEKTDATA:

Prosjekt nr. og navn:

04.0149. DØGNSERVICEPROSJEKTET

Prosjektleder:

TELLEF RAUSTØL

Andre prosjektpublikasjoner:

Prosjektmedarbeidere:

Oppdragsgiver:

OPPLAND FYLKESKOMMUNE

FORORD.

Vang kommune har som en av tre kommuner i Oppland fylke deltatt i DØGNSERVICEPROSJEKTET.(1986/88) De øvrige forsøkskommunene har vært Gjøvik og Ringebu. I de tre kommunene er det prøvd ut ulike modeller for døgnservice.Erfaringene fra hele prosjektet er omtalt i en egen hovedrapport.

Vang kommunestyre vedtok i februar 1987 å gjennomføre et forsøksprosjekt med å omorganisere eldreomsorgstjenesten etter en hjemmebasert modell med Vangsheimen som døgnbase. Døgnservice ble integrert i denne modellen og forsøket er evaluert av Østlandsforskning. Denne delrapporten oppsummerer erfaringene fra prosjektet i Vang kommune.

Oppland fylkeskommune har vært oppdragsgiver og har stått for finansieringen i samarbeid med Sosialdepartementet .

Det har vært oppnevnt en lokal styringsgruppe som har bestått av:

Ordfører Erling Øraker

Rådmann Ottar Haugen

Områdesykepleier Svenn-Åge Sund

Kommunelege I Sissel Offergård Jevne

Helse og sosialsjef Åge Thor Hestnes

Pleie og omsorgsleder Kirsten Rygh

Vi vil takke ansatte i Vang kommune, i særlig grad pleie og omsorgsleder Kirsten Rygh, for arbeidet med å framskaffe materiell og dokumentasjon til evalueringen.

Det faglige miljøet i Østlandsforskning avd. Lillehammer har gitt nyttige innspill og vært en viktig inspirasjonskilde i arbeidet med prosjektet. Jeg vil spesielt få takke Halvor Fauske, Rolf Rønning og Ole Petter Askheim for verdifulle kommentarer og støtte underveis.

Lillehammer 5 sept. 1988

Tellef Raustøl.

SAMMENDRAG.

Ved å etablere døgnservice i kommunene ønsker man å skape et nytt tilbud til brukerne. Det blir da fort et krav om flere stillinger, en ny enhet, flere regler og prosedyrer, nye samarbeidsrelasjoner. Å skape noe nytt kan også skje ved at kommunen gjør noe med de omsorgsressurser kommunen allerede har. Bryt ned det etablerte omsorgssystem og skap noe nytt. Døgnservice i kommunene må ikke bli en øm appendix på en allerede betent pleie og omsorgstjeneste.

I Vang kommune har innføringen av døgnservice bidratt til "ekteskap" mellom hjemmesykepleie og institusjon. Innføring av døgnservice var det avgjørende skritt på vei mot en total integrering av de to deltjenestene.

Integrering av hjemmesykepleie og institusjon er prøvd ut i et års tid gjennom "Vangsmodellen"- hvor en skulle arbeide etter en hjemmebasert modell. Hjelpa skulle bygges opp nedenfra.

- * Sykepleietjenesten i og utenfor institusjon samordnes med "Vangsheimen" (kommunens alders- og sykehjem) som døgnbase.
- * Kommunen deles opp i 4 regioner med en områdesykepleier i hver region.
- * I hver region etableres et arbeidslag for hjemmehjelpere som samarbeider med områdesykepleierne.

Fra kommunens side har målsettingen for prosjektet populært vært uttrykt slik: Best mulig hjelp til flest mulig for en billigst mulig penge.

Omorganiseringen har bl.a. bidratt til at pleie- og omsorgstjenesten har utført flere oppdrag til lavere kostnader enn tidligere. I 1983 var kostnadene pr. oppdrag i hjemmesykepleien kr. 244.-, mens i 1987 var kostnadene pr. utetjeneste redusert til kr.137.-. Samtidig hadde oppdragene økt med over 100%. I 1987 var det 63 som ble innskrevet i hjemmesykepleien mot 30 i 1986. Hjemmetjenestene har i økende grad fått kontakt med brukere som er alene i husholdningen. Det er også blitt en større grad av bevegelse mellom hjem og institusjon.

I 1984 var utgiftene til pleie og omsorgstjenesten 7.068 mill.kr. som tilsvarende 8.708 mill.kr. i 1987 dersom vi tar hensyn til prisstigningen. Det virkelige beløp i 1987 var 9.217 mill.kr. Dette betyr at utgiftsøkningen har vært høyere enn det som kan forklares utfra inflasjonen. Økningen fra 8.7 mill.kr. til 9.2 mill.kr. kan bl.a. forklares med det økte produksjonsvolum i pleie og omsorgstjenesten.

Når det gjelder det kvalitative innhold i tjenestene kan vi ikke trekke noen klare konklusjoner. Brukernes opplevelse av trygghet, vissheten om økt dekningsgrad og at man i hjemmetjenestene har nådd ut til flere som bor alene er viktige indikasjoner. Men det kvalitative innhold i hjelpe-relasjonene og virkningene av "Vangsmodellen" for den enkelte bruker, familie og nærmiljø kjenner vi for lite til. Vi har ikke grunnlag for å hevde at økt produksjon og reduksjon av ressursinnsatsen har bedret det kvalitative aspekt på tjenestene i kommunen. Dette er ikke tatt opp i denne rapporten, men vil bli fulgt opp i den videre evaluering som Østlandsforskning skal gjennomføre på oppdrag fra Sosialdepartementet i forlengelsen av dette prosjektet.

INNHOLDSFORTEGNELSE.

Kap.1.	Innledning.	s. 6
	1.1. Problemstillinger.	
	1.2. Metode.	
	1.3. Gangen i framstillingen.	
Kap.2.	Vang kommune.	s.11
	2.1. Historisk tilbakeblikk.	
	2.2. Vangsheimen.	
	2.3. "Grindaheimprosjektet"	
	2.4. Døgnservicetjenesten fra april 1986 til april 1987.	
Kap.3.	Forsøket - en beskrivelse.	s.19
	3.1. ØF-rapport 18/86	
	3.1.1. Virkemidler.	
	3.2. Kommunestyrets vedtak.	
	3.3. Administrative konsekvenser.	
	3.4. Endring i arbeidsorganisering.	
Kap.4.	Problemstillinger og perspektiver.	s.31
	4.1. Utviklingskommunen	
	4.2. Ulike sammenhenger.	
	4.3. Problemstilling.	
Kap.5.	Sykepleietjenesten.	s.35
	5.1.Sykepleiegruppen i Vang-sentrale kjennetegn.	
	5.2.Sykepleierne og "Vangsmodellen"	
	5.3. Områdesykepleiemøtene.	
	5.4.Sykepleier i åpen omsorg.	
Kap.6.	Hjemmehjelperne og områdesykepleierne.	s.41
	6.1.Motstand mot å bli leder.	
	6.2.Etablering av hjemmehjelpsgruppene.	
	6.3.Hjemmehjelperne og områdesykepleiernes	

posisjon og innflytelse.

6.3.1. Oppgavene.

6.3.2. Hvordan omorganiseringen har på-
virket valg og løsning av oppgaver.

6.3.3. Posisjon etter omorganiseringen.

6.3.4. Bidrag til omorganiseringen.

6.3.5. Profesjonsforståelse.

6.4. Hjemmehjelperne.

6.5. Områdesykepleierne.

Kap.7. Områdesykepleiemøtene og andre s.51
andre aktører i kommunens
helse og sosialtjeneste.

Kap.8. Kommunale tjenester og kommunal økonomi. s.53
8.1. Hjemmehjelpsordningen.
8.2. Hjemmesykepleien.
8.3. Vangsheimen.
8.4. Effekt, produkt og brukererfaring.

Kap.9. Konklusjoner og utfordringer. s.66

Litteratur. s.71

Vedlegg 1

Søknad om omsorgs og pleiehjelp

Vedlegg 2.

Totalomsorgsskjema.

Vedlegg 3

Turnusplan

Vedlegg 4

Bruk av døgnservicetjenesten

Vedlegg 5

Beskrivelse av bestyrers, avdelingsleders og områdesyke-
pleiernes arbeidsoppgaver.

KAP.1. INNLEDNING.

Vi vil i dette kapitlet kort redgjøre for problemstillingen, metodiske tilnærming og gangen i framstillingen.

1.1. Problemstillinger

I Vang kommune ønsket man å prøve ut døgnservice i et nært samarbeid med Vangsheimen (kommunens alders og sykehjem) og hjemmesykepleien. Det var utfra ønsket om å få etablert en felles sykepleietjeneste at kommunen ønsket å delta i prosjektet.

Modellen som har vært utprøvd i et års tid har følgende hovedelementer:

- * Sykepleietjenesten i og utenfor institusjon samordnes med "Vangsheimen" som døgnbase.
- * Kommunen deles opp i 4 regioner med en områdesykepleier tilknyttet hver region.
- * I hver region etableres et arbeidslag for hjemmehjelpere som samarbeider med områdesykepleierne.

I denne rapporten evalueres hvordan omorganiseringen av sykepleietjenesten i kommunen har virket inn på brukerne av pleie og omsorgstjenester, sentrale aktører i helse og sosialtjensten og kommunens økonomi sett i forhold til de verdier som ble lagt til grunn for prosjektet.

I kommunen hadde det fra begynnelsen av 80-tallet vært et ønske om å skape en felles sykepleietjeneste i kommunen. Gjennom døgnserviceprosjektet så kommunen en mulighet til å få realisert denne målsettingen. Dette er noe av bakgrunnen for at sykepleietjenesten står sentralt i denne rapporten.

I Østlandsforsknings rapport, nr.18/1986: "Eldreomsorg i Vang kommune" (Strand/Rønning) ble det presentert viktige ideer og verdier for det videre utviklingsarbeidet i kommunen. Ansatte i kommunen hadde vært aktive deltagere i prosessen som ledet fram til rapporten. Ideene i rapporten var således utviklet gjennom et samspill mellom ansatte i kommunen og de fra Østlandsforskning som hadde ansvar for rapporten. I rapporten ble det foreslått at kommunen bør arbeide etter en hjemmebasert modell. Dette innebærer ifølge rapporten at en bygger opp hjelpa nedenfra og tar utgangspunkt i brukeren selv og hans/hennes nærmiljø. Østlandsforsknings rapport blir nærmere omtalt i kap. 3.1.

1.2. Metode.

I evalueringen av prosjektet har Østlandsforskning deltatt på ulike måter. Vi har brukt deltagende observasjon, uformell intervjuing, dokumentanalyse og gitt råd og veiledning underveis i prosessen.

Ansvar for gjennomføringen av omorganiseringen har hele tiden vært knyttet til og blitt gjennomført av lokale aktører i kommunen.

Råd/veiledning til de ansatte har vært gitt bl.a. i tilknytning til egne såkalte "dugnadsmøter" 2-3 måneder etterat modellen var satt ut i livet fordi det viste seg at det var behov for å etablere et forum for å kunne justere ansvars og oppgavefordelingen, i første omgang mellom bestyrer, områdesykepleiere og avdelingsleder. Senere ble andre ansatte trukket inn på disse samlingene. De første månedene i prosjektet var en svært travel og hektisk tid for de ansatte. En rekke ordninger skulle realiseres og praktiske detaljer skulle justeres. Den daglige arbeidssituasjon gav ikke de ansatte muligheter til å utvikle og justere seg i forhold til hverandre. Østlandsforskning deltok på disse møtene og hadde ansvar for å lede samtalen og

gi råd/veiledning. Østlandsforskning la vekt på å unngå bevisst påvirkning av personer og beslutninger. Samtidig ble det også fra Østlandsforskningens side lagt vekt på å gi råd/veiledning i form av å klargjøre alternativer, vise sammenhenger og konsekvenser. De konkrete avgjørelsene ble overlatt til aktørene. Med andre ord: vår rolle var ikke å velge for dem, men å klargjøre valgene deres.

Områdesykepleierne og hjemmehjelperne har vært sentrale aktører i prosjektet. Østlandsforskning har foretatt uformelle intervjuer av disse respondentene flere ganger. Den siste gangen vi intervjuet representanter fra disse kategoriene, på slutten av forsøksperioden- satte vi opp flg. intervjuguide:

1. Hvilke oppgaver utfører sykepleierne og hjemmehjelperne?
2. Hvordan opplever sykepleierne og hjemmehjelperne sin oppgaveløsning (særlig med tanke på om omorganiseringen har vært med på å påvirke hvordan de løser sine oppgaver)
3. Hvordan sykepleieren og hjemmehjelperen forstår og opplever sin arbeidssituasjon utfra:
 - faglig tilnærming
 - posisjon i omsorgsmodellen
 - bidrag til omorganiseringen.

Av ialt 4 områdesykepleiere ble 3 intervjuet. Samtidig ble det intervjuet en hjemmehjelper fra hver av de 3 regionene som områdesykepleierne representerte. Det var praktiske forhold som gjorde at vi ikke fikk intervjuet den fjerde områdesykepleieren og hjemmehjelper fra det området. I tilknytning til intervjuene vi foretok traff vi i denne sammenheng også arbeidsslagene for hjemmehjelperne for disse områdene. Intervjuene ble foretatt i tilknytning til møtene deres. Dette gav oss anledning til å møte gruppen og drøfte i åpent forum de spørsmålene som ble tatt opp i selve

intervjuene. Materialet fra disse gruppesamtalene gav perspektiver og kunnskap om den sammenheng respondentene står i. For direkte analyse av materialet viser vi til kap.6.

Når det gjaldt brukerne ønsket vi å få kontakt med personer som hadde vært brukere av pleie og omsorgstjenesten helt fra den første døgnserviceordningen startet i april 1986.

~~Bestyreren oppgav navnet på slike brukere og vi foretok uformell intervjuer med dem.~~

Vi har hatt gruppeintervjuer med ansatte i helsetjenesten, hjelpepleierne og sykepleierne ansatt på Vangsheimen og uformelle intervjuer både med representanter fra disse gruppene og fra hjemmehjelperne.

Helse og sosialsjefen og bestyrer på Vangsheimen har vært behjelpelige med å finne fram nødvendig tallmateriale og andre dokumenter.

1.3. Gangen i framstillingen.

Kap. 2 gir en kort presentasjon av forsøkskommunen og et historisk tilbakeblikk over utviklingen av helse- og sosialtjenesten. To sentrale prosjekter som har betydd mye for utviklingen av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen - "Grindaheimprosjektet", og det første døgnserviceprosjektet fra april 1986 til april 1987 - blir også nærmere beskrevet.

Østlandsforsknings rapport nr. 18/86 "Eldreomsorg i Vang" (Strand/Rønning), som presenterer ideer og synspunkter til det videre utviklingsarbeidet i kommunen, blir presentert i kap. 3. Samtidig inneholder kapitlet en nærmere beskrivelse av gjennomføringen av prosjektet.

I kap. 4 blir prosjektet satt inn i en teoretisk sammenheng. Her redgjøres nærmere for bakgrunnen for problemstillingen.

Sykepleietjenesten og hjemmehjelpenes situasjon og arbeidsoppgaver er temaer for kap. 5 og 6 som en anbefaler lest i sammenheng. Her ser vi nærmere på sykepleierens rolle i prosjektet, områdesykepleiemøtene, sykepleiernes ansvar og forpliktelser i åpen omsorg, hjemmehjelperens rolle i prosjektet og samspillet mellom sykepleierne og hjemmehjelperne.

I kap. 7 går vi nærmere inn på pleie og omsorgstjenestens samspill med andre aktører i kommunen - da spesielt helse-etaten.

I kap. 8 ser vi på hvordan omorganiseringen har virket inn på kommunale tjenester og kommunal økonomi.

Konklusjoner og utfordringer blir omtalt nærmere i kap. 9

KAP. 2. VANG KOMMUNE.

Vang kommune er arealmessig den største av de fem kommunene i Valdresregionen. Hoveddalføret ligger i Begna og er omkranset av utløpere fra Jotunheimen og Filefjell/Hemsedalsfjella. I sør går hoveddalføret over i skogslier og slake fjellvidder, mens fjellpartier med topper opp mot 1800 m.o.h. dominerer bildet i nord og vest.

Pr. 1.1.1988 hadde Vang 1711 innbyggere. I tillegg bodde det ved årsskiftet 236 utenlandske statsborgere i kommunen. 20.5 % av innbyggerne er over 67 år og 6% av innbyggerne er 80 år og over. Hvis vi sammenligner disse tallene med Oppland fylke viser det seg at 15.9% av innbyggerne i Oppland fylke er over 67 år. 4.1% av innbyggerne i fylket er 80 år og over. Andel eldre i Vang kommune ligger således langt over fylkesgjennomsnittet. (Beregningene er gjort på bakgrunn av at 1711 innbyggere er 100%).

2.1. Historisk tilbakeblikk.

På midten av 1970 tallet skjedde det en omfattende utbygging av helse- og sosialtjenesten i kommunen. Vang kommune ble eget legedistrikt i 1975. I 1977 ble det ansatt både sosialsjef og sykepleiesjef. Fram til da hadde hjemmesykepleievirksomheten ikke kommet skikkelig igang. Distriktslegens kontorsøster hadde fungert som leder, og en hjelpepleier var engasjert på deltid.

I utviklingen av omsorgsarbeidet i Vang kommune har hjelpeordningene for hjemmet stått sentralt. Det var helselaget som i 1971 startet hjelpeordningene for hjemmene. 5 hjemmehjelpere ble engasjert på timebasis. Hjemmehjelperne hadde ansvar for hver sin krets, og kretsinndelingen var da stort sett lik den som er lagt til grunn for "Vangsmodellen". Formannen i helselaget fungerte som leder og formidlet oppdrag mellom bruker og hjemmehjelper når det var nødvendig. Et slikt hjelpetilbud må i stor grad kunne sies å

være befolkningens eget hjelpetilbud, da så å si alle husstander var medlem av Helselaget på den tid. Kontingenten var kr. 10.- pr. husstand og kr. 5.- pr. enslig. I 1973 overtok kommunen ansvaret for ordningen.

I 1977 ble hjelpeordningene administrativt underlagt sykepleiesjefen. Fram til da var det kommunens eneste ansatte på sosialsektoren, sosialsekretæren, som hadde hatt ansvar for hjelpeordningene. I 1977 hadde kommunen 7 hjemmehjelpere på deltid fordelt rundt om på kretsene i kommunen, og én husmorvikar i full stilling.

Sykepleiesjefens først oppgave var å etablere kontakt med brukerne og bygge opp etaten. Siden han var den eneste heltidsansatte, og utfra at det var en oversiktelig kommune med ca. 250 av 1700 innbyggere over 70 år, ble det til at han la opp til en personlig uformell arbeidsstil. Så sant han var tilstede i kommunen, var han til disposisjon. I det første halve året han var ansatt foretok han 430 hjemmebesøk. Han fikk pasienter fra distriktslegen og utviklet et godt samarbeid med han. Det er også et intressant trekk ved bygdekulturen på den tiden at det var Bondekvinnelaget som arrangerte kurs i hjemmets sykepleie. Her deltok både de som var deltidsengasjerte hjemmehjelpere og familie og pårørende, med sykepleiesjefen som foreleser.

Allerede på slutten av 70-tallet var flere av de ansatte inne på tanken å integrere hjemmesykepleietjenesten og institusjonstjenestene. På grunn av kommunens geografiske utstrekning foreslo sykepleiesjefen allerede da at ansatte på Vangsheimen kunne gå innom brukerne på veien hjem fra jobb. Geografi og mangel på ressurser var to viktige variabler som styrte tenkningen. Sykepleiesjefen hadde en nær uformell kontakt med Vangsheimen, men arbeidet aldri på institusjonen den tid han var ansatt som sykepleiesjef. Ordningen ble ikke realisert. Sykepleiesjefen nevnte den bare uformelt for de ansatte på institusjonen.

Rent administrativt fungerte hjemmesykepleiesjefen fra starten av under sosialkontoret. I 1984 ble helsesjefen sykepleiesjefens overordnede og fra 1986 ble kommunens helse og sosialsjef sykepleiesjefens overordnede.

2.2. Vangsheimen

er kommunens alders- og sykehjem. Institusjonen står sentralt i "Vangsmodellen" Vangsheimen ligger i hovedsoknet, like ved kommunehuset, Vang kirke, butikker og Grindaheim hotell. Hotellet, som har spilt en sentral rolle i utviklingen av eldreomsorgen i kommunen, ligger 2-300 meter fra "Vangsheimen".

Vangsheimen har idag 16 godkjente sykehjemsplasser og 10 aldershjems plasser.

I forbindelse med ombyggingen i 1979 ble det bygd et såkalt ekstrarom på institusjonen. Hensikten var at rommet skulle fungere som et øyeblikkelig-hjelp-rom på grunn av kommunens fjernhet til sykehusene på Gjøvik/Lillehammer. Tekniske hjelpemidler skulle være til disposisjon. Men rommet ble ikke brukt etter sine intensjoner. Ekstrarommet gjorde det mulig at institusjonen til enhver tid kunne ha to personer på overbelegg uten at de trengte å ligge på bad/gang eller Wc.

2.3. "Grindaheimprosjektet".

I begynnelsen av 1980 åra var det konstant overbelegg på Vangsheimen. I tillegg var det til enhver tid 14-18 pasienter på venteliste.

Overbelegget var dyrt for kommunen, da de ikke fikk annen økonomisk støtte fra fylkeskommunen enn de godkjente alders- og sykehjemsplassene på institusjonen. For å antyde omfanget har vi i fig. 1 tatt med størrelsen på overbeleggsregningen fra fylkeskommunen.

Fig. nr. 1. Overbeleggsregning 1980-1983

<u>Årstall</u>	<u>Overbeleggsregning</u>
1980	114.000
1981	239.000
1982	324.000
1983	334.000

En overbeleggs plass kostet kommunen i året ca. kr 130.000.

Mange av brukerne trengte korttidsopphold, opptreningsopphold etter sykehusinnleggelse, mens andre trengte avlastningsplasser. Noen av brukerne var også vant til fast vinteropphold på Vangsheimen. Om en ikke trengte plassen på en bestemt tid, var det ingen som turde si den fra seg av redsel for ikke å få den tilbake. Noen satte seg også på venteliste for å sikre seg at de fikk plass.

Overbeleggsregningene og situasjonen for brukerne ble brukt som argument for å etablere "Grindaheimprosjektet". I oktober 1983 vedtok Vang kommunestyre å leie 6 hotellplasser ved Grindaheim hotell og bruke dem som avlastningsplasser. I oktober 1983 ble 3 pasienter fra Vangsheimen flytta over til hotellet, 2 fra sykehjemsavdelingen og 1 fra aldersavdelingen. I tillegg fikk 3 pensjonister som tidligere hadde fått opphold på Vangsheimen i vinterhalvåret, plass på hotellet. Dette gjorde institusjonen istand til å motta et tilsvarende antall sterkere pleietrengende fra åpen omsorg. Senere på høsten 1983 ble det vedtatt å leie ytterligere 2-3 rom til eldre og uføre på Grindaheim turisthotell for vinterhalvåret 1983/84. I mai 1984 inngikk kommunen en avtale med hotellet om fast leie av inntil 4 helårsplasser. Høsten 1984 ble det inngått en avtale mellom kommunen og hotellet om en femårskontrakt på leie av 6 rom. Utover denne langtidsavtalen hadde kommunen muligheter til å leie rom etter behov.

Allerede etter et års drift satt man igjen med en rekke

positive erfaringer. Ventelistene hadde skrumpet inn til nær null, mot 18 personer på venteliste året før. Folk satte seg ikke lenger unødig på venteliste. De visste at de fikk plass. En hadde videre stort sett maktet å unngå overbelegg. Og i løpet av dette året var det gitt avlastningsplasser til ca. 25 personer.

~~Brukerne som har plass på hotellet blir hele tiden fulgt opp av personalet på Vangsheimen. BESPISNING, aktivitetstilbud som arbeidsstue, fysioterapi og trim skjer på Vangsheimen. De som bor på hotellet har hele tiden muligheten for telefonisk kontakt med personalet på Vangsheimen når de oppholder seg på hotellet.~~

2.4. DøgnserVICETJENESTEN fra april 1986 til april 1987

Fra 1 april 1986 kom kommunen igang med felles døgnberedskap i sykepleietjenesten mellom hjemmesykepleien og Vangsheimen.

Det ble utarbeidet en felles turnusplan for 5 sykepleiere ved Vangsheimen (alle bortsett fra styrer) og en i hjemmesykepleien. Sykepleiesjefen deltok ikke i ordningen.

Beredskapsordningen innebar at en foruten hjemmesykepleien på dagtid fikk aktive vakter ut til brukerne hver kveld mellom kl.19.00 og kl.22.00. I helgene var det også en vakt fra kl.9.00 - kl.11.00. I tillegg var det én sykepleier i beredskap hver natt (bakvakt).

Oversikt over turnusplanen finnes i vedlegg 3.

Ved oppstartingen av ordningen ble det presisert:

- * at ved sykdommer, ferier og ubesatte stillinger blant sykepleierne som deltar i bakvaktordningen, må vaktene forskyves til de andre ansatte som deltar.
- * at det alltid må være en sykepleier enten på bakvakt eller aktiv vakt.

- * at hjelpepleierne benyttes eller at man drar veksler på hjemmehjelperne til aktive vakter i hjemmesykepleien.
- * at det er sykepleiesjef og bestyrer som har ansvar for å skaffe ekstravakter på dagtid.
- * at det er sykepleier i helger/høytider og på kvelds/nattestider som skal disponere de ansatte til pasientens beste.

Ved oppstartingen av tjenesten ble det fra etatens side antydnet følgende fordeler og ulemper ved ordningen:

- * de gamle ute får et fast tilbud og kveldsstell/tilsyn.
- * etter kontortid har de et sted å ringe, hvor noen alltid tar telefonen. Natten kan ofte være lang og vanskelig for eldre og syke. Vangsheimen kan da gi den trygghet disse ønsker seg ved døgnvaktberedskap.
- * beredskapsvakten gjør det mulig å rykke ut på oppdrag.
- * sykepleie i hjemmet blir et døgntilbud - et fullverdig alternativ til institusjon.
- * hjemmesykepleien er , som en veldig personavhengig etat, veldig sårbar ved sykdom/ferier/permisjoner. Gjennom denne ordningen kan sykepleierne ved institusjonen gi hjemmesykepleien en slik håndrekning i krisesituasjoner. Ordningen skaper forventninger om samarbeid mellom de to omsorgstjenestene.

Et stort antall personer ble involvert. Dette kunne skape utrygghet hos brukeren. Det var vanskelig for han å ha oversikt. En av de pårørende ga i oppstartingsfasen uttrykk for uro over de mange forskjellige bilene som kom til gards:- "ein veit ikkje kven som kjem". Uttalelsen peker på en av

bakdelene med døgnserviceordningen - særlig i oppstartingsfasen. Brukerne og familien måtte venne seg til at det var et større antall personer som kom inn i deres hjem. Det kunne dreie seg ialt omkring ca. 7-8 personer. Dette var en overgang for brukerne, som var vant til å ha kontakt med bare hjemmesykepleien - som besto av 1-2 personer, og ved spesielle tilfeller legevisitt.

En av brukerne forteller om et sår som ble behandlet på forskjellige måter: "Den ene mente det skulle gjøres slik og den andre mente det skulle gjøres på sin måte. Men nå er det blitt bedre - for nå er det lagt en plan for det". Samtidig fikk brukerne oversikt over hvem som skulle ha vakt til enhver tid. Hvis det ble forandring måtte brukerne bli informert om det. En slik ordning var særlig aktuell for dem som hadde regelmessig stell.

Ansatte i de to tjenestene arbeidet nå sammen i en ny tjeneste. Ordningen ført til at det ikke lenger var et så skarpt skille mellom institusjon og åpen omsorg. Systemet forutsatte et godt samarbeid - det krevde felles rapportering og et felles kardexsystem. Dette ansvaret ivaretok hjemmesykepleien - siden ansvaret for hjemmeboende eldre fortsatt skulle ligge hos dem. For hjemmesykepleien medførte ikke ordningen noen ny arbeidssituasjon sett i forhold til pasientene. Det nye var at de ikke lenger var alene om arbeidsområdet. Det ble flere aktører rundt den samme bruker- og dermed flere som skulle gi og motta informasjon. For en deltjeneste som har arbeidet alene over lang tid ble dette en ny utfordring. Det ble ikke lenger "våre" og "deres" pasienter. Hjemme hos brukeren var det ikke institusjonens regler og prosedyrer som styrte arbeidet, her var det brukeren og hjemmet som satte opp ramme for hva som var mulig å gjennomføre.

Overfor brukeren og også innad i kommuneorganisasjonen førte samarbeidet mellom sykepleierne til at de nå i sterkere grad framsto som en felles gruppe. Det var deres tjeneste som var omorganisert. Integrering av sykepleietjenesten var et

sentralt virkemiddel for å få til en døgkontinuerlig omsorgstjeneste i kommunen.

Vedlegg 2 viser oversikt over antall brukere som har vært utskrevet fra institusjonen fra april 1986 og til årsskiftet 86/87 som var anhengig av døgnservice for å kunne etablere seg i eget hjem. Av 24 pasienter som ble utskrevet fra institusjonen i nevnte periode var det ,slik som personalet vurderte det,7 brukere som var helt avhengige av døgnservice. Hvis ikke døgnservicetilbudet hadde vært etablert, måtte disse utfra pesonalets vurdering fortsatt ha bodd på Vangsheimen.

KAP.3. FORSØKET - EN BESKRIVELSE.

Ideene som lå til grunn for forsøksprosjektet ble presentert i ØF-rapport nr. 18/1986. Denne rapporten var ment som en idebok for det videre utviklingsarbeidet av eldreomsorgen i kommunen. Rapporten ble presentert og behandlet i kommunen høsten 1986/vinteren 1987.

3.1. ØF-rapport 18/1986

Målsettingen for det videre utviklingsarbeidet slik det ble uttrykt i nevnte ØF-rapport var at nyorganiseringen av eldreomsorgen i kommunen skulle:

- være til beste for de eldre.
- samordne privat og offentlig omsorg.
- føre til god ressursutnyttelse for kommunen(økonomi og personellressurser)
- gi bedre oversikt på det administrative nivå
- bedre arbeidsforholdene for eldreomsorgspersonell.

I rapporten fra Østlandsforskning blir det foreslått at kommunen bør arbeide etter en hjemmebasert modell. Dette innebærer iflg. rapporten at en bygger opp hjelpa nedenfra, en tar utgangspunkt i brukeren selv og hans/hennes nærmiljø. Det framholdes i rapporten at når hjelpa er styrt fra toppen i hjelpeapparatet, har hjelpa vanskelig for å treffe riktig til rett tid. Hjelpa defineres og gis av noen som står den hjelpetrengende fjernt og som har begrenset kunnskap om hans/hennes situasjon. Skal hjelpa være et direkte svar på et bestemt og individuelt behov, må den også ta utgangspunkt i den enkelte bruker.

Målsettingen for kommunenes eldreomsorg at de eldre skal kunne bo hjemme så lenge det er mulig og så lenge brukeren

selv ønsker det. For å realisere denne målsettingen må all planlegging ta utgangspunkt i de eldre sjøl. En må styrke omsorgsapparatet rundt den enkelte, slik at det å bo hjemme gir både trygghet og trivsel hevdes det i rapporten.

For å få realisert en slik målsetting må hjelpekapasiteten økes og det må skje med en bedre samordning av den uformelle og offentlige innsatsen. Kommunen må her støtte opp om de ressurser som finnes. Eldreomsorgen må være et samspill mellom mottageren og de ulike hjelpetjenestene som finnes av offentlig og uformell art. Det offentlige må derfor bygge ut hjelpa i nært samspill med det uformelle nettverk. Offentlig hjelp kan aldri erstatte den uformelle hjelpa hjelpa, men supplere den. Det offentlige hjelpeapparat må bygges ut slik at den uformelle hjelpa vedlikeholdes. Samordning av det uformelle og offentlige hjelpeapparat vil styrke hjelpepotensialet i kommunen.

I den hjemmebaserte modellen som trekkes opp i Østlandsforsknings rapport gis hjemmehjelperen en svært sentral plass:

" For å "se" den enkeltes behov, må en kjenne den eldre og hans eller hennes nærmiljø. Dette kan en bare lære å kjenne gjennom kontakt med den omsorgstrengende og nærmiljøet. I det kommunale hjelpeapparat er det hjemmehjelpa som står brukeren nærmest. Dette gir henne de beste muligheter for å se hvilke behov vedkommende har og hvordan disse kan møtes i nærmiljøet" (ØF-rapport 18/86-s.13).

Hjemmehjelpas likeverdighet med brukeren blir understreket. Det er denne likeverdigheten som gir henne styrke. Hun er ofte bosatt i samme grend og vil kjenne brukeren fra tidligere. Lokalkunnskap gir hjemmehjelperen kompetanse som må benyttes.

Rapporten understreker også betydningen av tillit. I samspillet mellom de ulike hjelpekildene og i forholdet mellom de ulike deler av det offentlige hjelpeapparat må det utvikles tillitsfulle samarbeidsforhold.

3.1.1. Virkemidler.

De viktigste virkemidlene som antydes i rapporten er:

Totalomsorgsskjema.

er et skjema hvor alle aktuelle tjenester og hjelpere for en person blir registrert. Hjemmehjelpa skal stå for utfylling av skjemaet og må samarbeide med hjemmesykepleien når det er aktuelt. Gjennom bruk av et slikt skjema vil man kunne skape trygghet for mottagerne ved at de vet hvem som kommer når. Den private og offentlige hjelpa kan her samordnes.

Hjemmehjelpsgrupper.

I rapporten blir det foreslått at hjemmehjelpa organiseres i grupper slik at de kan administrere den hjemmebaserte modellen.

En hjemmehjelpsgruppe består av alle hjemmehjelpere som er bosatt og arbeider innenfor en krets i kommunen. Intensjonene i rapporten er at hver gruppe skal ha ansvar for alle eldre i sin krets og at de selv skal organisere sitt arbeid.

En av hjemmehjelperne skal være leder for gruppa. Hun har det administrative ansvaret for gruppa og skal fungere som kontaktperson overfor kommunen.

Hjemmehjelpsgruppa skal også være et egnet forum til utveksling av erfaringer og kunnskap både med hverandre og med fagfolk, for eksempel sykepleiere, leger, fysioterapeuter

O.S.V.

Samarbeidet med hjemmesykepleien og hjemmehjelpa skal fungere ved at hver hjemmehjelpsgruppe skal ha sin faste sykepleier som kontaktperson. Når denne sykepleieren bare har en krets og en gruppe som "sin" blir det mer oversiktelig og lettere å bli kjent og holde kontakten for begge parter.

I rapporten blir det klart understreket at omsorgen skal bygges opp nedenfra og at det er hjemmehjelpa som skal ha "føringen" på samarbeidsforholdet med sykepleierne.

* Det er primært hjemmehjelpa som bestemmer når de ønsker at sykepleieren skal delta på møter, men det må være åpent for initiativ fra begge parter.

* Hjemmehjelperen har både oftere og mer variert kontakt med de eldre, og kan bl.a. se symptomer ved sykdom, virkninger av medikamenter o.a. som sykepleieren må vite.

* I utarbeidningen av totalomsorgsskjemaet blir også samarbeidet nødvendig. Hjemmehjelpa har hovedansvaret for utarbeidning av skjemaet, men står ansvarlig sammen med sykepleier.

* Hjemmehjelpas kunnskaper og erfaringer bør styre hjemmehjelpsgruppene.

* Hjemmehjelpa er en sosial hjelp som helsepersonell ikke kan administrere.

Vangsheimen - som en del av en helhetlig omsorg.

I "Vangsmodellen" er det hjemmehjelpa og de tjenester som står nærmest brukeren som er basis. Hjelpenivået økes etter behov, slik at veien i hjelpeapparatet går fra hjemmebasert omsorg inn mot institusjon.

Den gjensidige avhengigheten mellom hjemmebasert omsorg og institusjonsopphold blir sterkt understreket i rapporten. Skal utflytting være ønskelig må det være et hjelpeapparat som en vet stiller opp. Helhet må prege omsorgstilbudet i kommunen.

I rapporten tenker en seg derfor institusjonen som et åpent servicesenter for alle eldre i kommunen. På dagtid har eldre hjemmeboende benyttet seg av tilbud på institusjonen. Faste avlastningstilbud og muligheter for å være på Vangsheimen fast en gang i uka har vært en fin ordningen for mange og knyttet institusjon og den hjemmebaserte omsorgen sammen.

Institusjonen kan også utnytte sine ressurser ved å gi tilbud til hjemmeboende eldre også på kvelds- og nattetid. En slik ordning er allerede etablert gjennom døgnserviceordningen.

Døgntjenesten.

Den første døgnservicetjenesten har allerede knyttet sammen hjemmesykepleien og institusjon - to tjenester som tidligere har arbeidet hver for seg.

Rapporten framhever en viktig konsekvens av døgnserviceordningen. Sykepleierne framstår nå - både overfor brukerne og internt i miljøet, som en felles gruppe. Sykepleierne fra Vangsheimen vil nå arbeide både ved institusjonen og hjemme hos brukerne. Dette kan ha fordeler ved at de vil kjenne brukerne som kommer på Vangsheimen .

Rapporten avsluttes med at det settes opp noen kriterier for hvordan eldreomsorgen bør organiseres. Idealet som framholdes er en kombinasjon av en personorientert omsorg med arbeidsforhold som ivaretar arbeidstakerens interesser.

A. Det bør være færrest mulig deltjenester.

B. Alle som jobber med eldre er ansatt i samme eldreomsorgs tjeneste og arbeider for en og samme brukergruppe.

C. Størst mulig åpenhet mellom de ulike tilbud og tjenester, men med klare ansvarsforhold overfor brukerne.

D: Ansvar og oppgaver er desentralisert.

3.2. Kommunestyrets vedtak.

Rapporten fra Østlandsforskning ga idéer og kom med forslag til hvordan eldreomsorgstjenesten kunne organiseres. Det var hele tiden forutsatt at man på bakgrunn av rapporten skulle ha en intern planprosess i kommunen hvor man endelig skulle utforme den modell som skulle utprøves. Etter intense debattrunder i kommunen - som foregikk på ulike måter og i forskjellige sammenhenger, gjorde kommunestyret i februar 1987 flg. vedtak:

- "1. Vang kommunestyre slutter seg i hovedsak til ideologien i Rapporten som går ut på å omorganisere eldreomsorgstjenesten etter en hjemmebasert modell med Vangsheimen som døgnbase. En forventer at modellen skal kunne gi øket trygghet og trivsel for brukerne ved at den
 - gir nærhet til omsorgsapparatet
 - kan tilby fleksibel og allsidig hjelp
 - er tilgjengelig hele døgnet.
 - er stabil ved at hjemmehjelpa i samarbeid med områdesykepleier er den faste kontakten over tid.

2. Vang kommune vedtar å omorganisere eldreomsorgstjenesten inklusiv Vangsheimen etter følgende modell:
 - a: Omsorgstjenesten i og utenfor institusjon samordnes med Vangsheimen som døgnbase.
 - b: Bestyrer ved Vangsheimen blir daglig leder for den samlede kommunale eldreomsorgstjenesten - jfr.Østlandsforsknings forslag.

c: Stillingene som faglig koordinator og områdesykepleier utlyses internt og tilsettes av administrasjonsutvalget.

3. 1987 budsjettet legges til grunn for den økonomiske rammen som omorganiseringen skal innpasses i.
4. Hjemmehjelpstjenesten omorganiseres i tråd med Rapporten, innenfor de økonomiske rammer som 1987-budsjettet gir rom for.
5. 1/2 stilling som kontorfullmektig ved helse- og sosialkontoret overføres Vangsheimen, slik at hjemmehjelpsordningen kan overføres til "døgnbasen".
6. Omorganiseringen trer i kraft fra vedtaksdato i kommunestyret, og er å se på som en prøveordning i ett år.
7. Østlandsforskning evaluerer ordningen for de midler som Vang kommune er tildelt fra Sosialdepartementet som en del av "døgnserviceprosjektet".
8. Arbeidsinstruksene utarbeides i løpet av "prøveåret" i samarbeid med berørte parter- og godkjennes av kommunestyret".

I forhold til Østlandsforsknings modell er det verd å legge merke til at kommunestyret foretok en administrativ plassering av hjemmehjelpa på Vangsheimen - som et integrert ledd i pleie- og omsorgstjenesten. I Østlandsforsknings rapport ble det hevdet at forutsetningen for at det skulle kunne utvikles hensiktsmessig samarbeid mellom hjemmehjelpere og sykepleietjenesten var at hjemmehjelpa skulle være underlagt sosialkontoret. Bare på en slik måte var det "mulig å utvikle hjemmehjelpa som en sterk og selvstendig tjeneste" (Øf-rapport 18/86) En bør videre være klar over at stillingsstrukturen mellom sykepleierne ble formelt sett avklart, men kommunestyrets vedtak sa ingen ting om fordeling av ansvar og oppgaver i den daglige drift.

Kommunestyret trakk også opp en målsetting for modellen ved å gi sin tilslutning til ideologien i ØFs rapport. Målsettingen som kommunestyret ga sin tilslutning til, viser til viktige egenskaper ved den omsorgstjenesten som kommunestyret ønsker å bygge opp. Ved en mer samlet studie av den ideologi og målsetting som er uttrykt på forskjellige steder i Øfs rapport (se bl.a. tidligere omtale) vil målsettingen kunne bli oppsummert i flg. punkter:

- * Best mulig hjelp for brukerne
- * Bedre arbeidsforhold for ansatte i eldreomsorgen.
- * God ressursutnyttelse for kommunen.

3.3. Administrative konsekvenser.

Ved oppstartning av modellen ble det etablert flg. ordninger:

UKENTLIG MØTE MELLOM BESTYRER OG OMRÅDESYKEPLEIER

Bestyrer har møte med områdesykepleier 1 t. pr. uke. På dette møtet avgjøres tildeling av hjemmehjelp. Det er områdesykepleier som går ut og sjekker brukerens behov for hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Ved søknad om hjemmehjelp brukes vedlagte skjema - se vedlegg 1.

MØTE MED TILSYNSLEGEN

Områdesykepleierne har møte med tilsynslegen utenfor institusjon 2.hver uke.

OMRÅDESYKEPLEIEMØTENE.

Hver onsdag kl. 12.00 møtes alle områdesykepleierne pluss bestyrer og avdelingsleder 1 på VAS. Målsettingen med møtet er å utforme en strategi og design på omsorgstjenesten. På møtet drøftes også tjenestetilbudet til ulike brukere, omfordeling av ressurser. Møtet ivaretar også behovet for gjensidig informasjon og støtte.

3.4. Endring i arbeidsorganisering.

TOTALOMSORGSSKJEMA

Høsten 1987 utviklet hjemmehjelpsleder og bestyrer et nytt totalomsorgskjema, se vedlegg 4. Skjemaet skal, når det er utfyllt, settes inn i kardex.

REGISTERING AV SYKEPLEIETJENESTER.

Områdesykepleierne bestemmer seg og registrerer selv hvem som skal få sykepleietjenester. Registeringen skjer ved bruk av flg. skjema:

Ny bruker i sykepleietjenesten:

Navn:.....f:.....

Adr:.....tlf.....

Nærmeste pårørende:.....

Adr:.....tlf:.....

Dato for innskrivning:.....

Dato for utskrivning:.....

Kontakt formidlet av:.....

.....
 områdesykepleiers under-
 skrift.

MELDETJENESTE.

Hver dag kl.12.00 ringer de av områdesykepleierne som er ute på tjeneste i sitt område til Vangsheimen for å motta beskjeder. Hvis noen av hjemmehjelperne er syke ringer de til institusjonen - hvor beskjeden gis videre til områdesykepleiere.

PLEIELISTE FOR DØGNTJENESTEN.

Avdelingsleder på institusjonen har ansvar for å sette opp en liste over hvem som skal få morgenstell og kveldsstell i de ulike områdene. Systemet som benyttes ser slik ut:

PLEIELISTE FOR DØGNTJENESTEN							
UKE:							
DATO:							
UKEDAG	KRETS	MORGENSTELL HOS:	KL:	PERSONAL:	KVELDSSTELL HOS:	KL:	PERSONAL:
MAN.	Høre/ Ryfoss Heens- åsen						
	Gr. heim						
	Øye						
TIRS.	Høre/ Ryfoss Heens- åsen						
	Gr. heim						
	Øye						
ONS.	Høre/ Ryfoss Heens- åsen						
	Gr. heim						
	Øye						
TORS.	Høre/ Ryfoss Heens- åsen						
	Gr. heim						
	Øye						
FRE.	Høre/ Ryfoss Heens- åsen						
	Gr. heim						
	Øye						
LØR.	Høre/ Ryfoss Heens- åsen						
	Gr. heim						
	Øye						
SØN.	Høre/ Ryfoss Heens- åsen						
	Gr. heim						
	Øye						

NY TURNUSORDNING.

Fra 1.4.1987 ble det initiert en ny turnusordning for pleie og omsorgstjenesten. Se oversikt på neste side.

Tegnforklaring: D - etter morgenstell -spl. i sitt område

D - 7-14.30

D - 7-14

S - 14.15 - 22.15

P3- bakvakt.

F2- fridager

F1- fridager

Vaktturnusen er lagt opp slik at to områder må sees i en sammenheng. Hver områdesykepleier har to faste dager i sitt område.

F.eks:

Når områdesykepleier i Høre har fri, tar områdesykepleier i Hensåsen krets over oppgavene i Høre krets. Likedan - når områdesykepleier i Øye har senvakt, tar områdesykepleier i Grindaheim over påtrengende og faste sykepleieoppgaver i Øye krets.

Turnusarbeidet blir støttet opp av "innepersonalet". Sykepleierne og hjelpepleierne på Vangsheimen er et helt nødvendig supplement for at turnusordningen skal fungere. To av hjelpepleierne jobber fast ute de dagene de ulike områdene ikke er dekket med faste sykepleievakter. I tillegg har to av hjelpepleierne faste oppdrag ute på bestemte dager. Andre blir satt opp på og får oppdrag for døgn-tjenesten. Døgn-tjenesten er å forstå som en spesiell ordning for de som skal ha faste pleieoppgaver morgen og kveld.

Sykepleierne som arbeider på institusjonen jobber "ute" bare på senvakter og i helgene.

Ordningen med senvakt fungerer nå som tidligere. En av dem drar ut på kveldsrunden.

Om natta er det to aktive på post på Vangsheimen samt én sykepleier som har bakvakt.

KAP.4. PROBLEMSTILLINGER OG PERSPEKTIVER.

Idag er det en oppfatning at pleie og omsorgstjenesten skal desentraliseres til geografiske enheter i kommunen. En er enige om hvor omsorgen skal utføres, men ikke om hvem som skal gjøre hva (Lingsom 1987)

4.1. Utviklingskommunen.

Lingsom (1987) mener at det offentlige bør utarbeide en omsorgspolitikkk overfor private omsorgskilder. Noe av hensikten med en slik strategi må være å fjerne inntrykket av at den uformelle hjelpen står i motsetning til den offentlige hjelpen.

Innholdet i en slik omsorgspolitikkk vil bl.a. være avhengig av hva slags kommuneforståelse man legger til grunn. I en tid der servicefunksjonene har kommet sterkere i forgrunnen framfor forvaltningsfunksjonene, mener mange at bedriften er en sentral modell for kommunen. Kommunen blir en organisasjon som tilbyr tjenester til befolkningen. I kommunen har man ulike divisjoner i form av etater som tar seg av kommunens funksjonelle ansvar. Brukerne befinner seg utenfor den kommunale organisasjon. De er kunder og klienter. Flere forskere har reist perspektivet om utviklingskommunen (iflg. Lesjø-88). Her stilles det krav om at kommunen skal bli en strategisk aktør som utvikler kommunen som samfunn. Oppgaven blir å bidra til at kommunen utvikler seg og moderniserer seg i pakt med de krav som omgivelsen stiller. Kommunen blir et stykke geografi hvor det bor mennesker med idéer, visjoner og vilje. Her er bedrifter, organisasjoner og foreninger som er hovedaktørene. Kommunens viktigste oppgave blir å være utviklingsorgan. Det kan i framtida for.eks. ligge et betydelig potensiale i å utnytte lokale sosiale fellesskap i oppgaveløsning i lokalsamfunnene. (Lesjø-88)

4.2. Ulike sammenhenger for kommunalt ansatte.

Skal en belyse hva det er som kan gjøre servicen mer eller mindre god, er det utilstrekkelig for.eks. å se bare på de faglige forutsetningene til yrkesutøverne eller selve samhandlingen med brukerne. Det er også nødvendig å ta for seg de ulike sammenhenger yrkesutøverne tilhører. På en arbeidsplass vil det ofte foreligge flere og konkurrerende sammenhenger. Hvinden(1984) hevder at de ulike sammenhenger kan virke som forskjellige "kraftfelt". Er man først koblet til én av dem, vil det legge sterke føringer på de ansattes holdninger og handlinger.

En slik sammenheng kan være kommunen som arbeidsorganisasjon. Feiring(1983) omtaler denne sammenhengen som den teknisk/økonomiske handlingskontekst som utøves av kommunalt ansatte gjennom administrative linjer ved hjelp av visse stabsfunksjoner.

En annen sammenheng kan være yrket - fagfeller, kolleger i eller utenfor organisasjonen. Her er det felles yrkesidentitet, sammenfallende faglig perspektiv og tenkemåte som er det sentrale. Det bør skje et minstemål av kontakt mellom de som tilhører denne sammenhengen.

For det tredje kan det skapes et arbeiderkollektiv -et fellesskap blandt ansatte. Denne sammenhengen dannes ofte utfra tre betingelser:

- * presset fra det teknisk økonomiske system
- * avhengighet av bedriften
- * underordnethet.

Det vil alltid skje en rift om hvilken sammenheng de ulike ansatte skal eller ønsker å tilhøre. På denne måten vil det også skje en kamp om hvilken sammenheng som skal dominere

arbeidsplassen. Sammenhengene er imidlertid ikke gjensidig utelukkende, ansatte kan orientere seg i alle tre.

4.3. Problemstillingen.

I denne sammenhengen ønsker vi å se på samspillet mellom sentrale aktører i pleie- og omsorgstjenesten, brukerne og den kommunale økonomi i forhold til den modellen kommunestyret ga sin tilslutning til i februar 1987.

Problemstillingen er dermed hvordan omorganiseringen av sykepleietjenesten i kommunen har virket inn på brukerne i pleie- og omsorgstjenesten, sentrale aktører i helse- og sosialtjenesten og kommunal økonomi sett i forhold til de verdier som en la til grunn for forsøket. Verdiene som lå til grunn for forsøket har vi redgjort for i kap. 3.

Bakgrunnen for at vi har valgt sykepleietjenesten som utgangspunkt er at det fra begynnelsen av 1980 åra og fram til idag hadde foregått en prosess i Vang kommune i retning av å skape en felles sykepleietjeneste. Kommunen så spørsmålet om å delta i døgnserviceprosjektet som en mulighet til å få realisert ønsket om en felles sykepleietjeneste.

Mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og på alders- og sykehjemmet var påtagelig. Hjemmesykepleien med bare én og senere delvis to ansatte var et sårbart tjenestetilbud. En nyopprettet stilling i hjemmesykepleien (opprettet 1982) var fram til 1985 bare delvis besatt av sykepleier. Fra 1983-1985 var bare 50 % av sykepleiestillingene ved kommunens alders- og sykehjem besatt med kvalifisert personell.

Ved at vi tar utgangspunkt i sykepleietjenesten, vil vi kunne få verdifull kunnskap om sykepleiegruppen er hensiktsmessige aktører for omorganisering til en desentralisert tjeneste. Samtidig vil vi kunne få verdifull kunnskap om sykepleiernes rolle i forhold til andre aktører i åpen omsorg. Det vil være viktig å få kunnskap om hvordan om-

rådesykepleierens ansvar og oppgaver skal utformes.

Med sentrale aktører i helse- og sosialtjenesten tenker vi først og fremst på hjemmehjelperne. Samspillet mellom hjemmehjelpere og sykepleiere står sentralt i "Vangsmodellen". Intensjonen var at hver hjemmehjelpsgruppe skulle ha ansvar for alle brukerne i sin krets, samtidig som de selv skulle organisere sitt arbeid. En av hjemmehjelperne skulle være leder for hjemmehjelpsgruppen. Sykepleierne skulle bare være kontaktpersoner for hver gruppe. Utover dette perspektivet har vi prioritert å se nærmere på den interne fordeling av ansvar og oppgaver mellom områdesykepleierne, bestyrer og avdelingsleder på VAS.(Vangsheimen)I tillegg har vi også sett på områdesykepleiernes forhold til de ansatte i helseetaten.

Utviklingen i bruk av den kommunale økonomi vil vi se på ved å gjennomgå den enkelte kommunale tjeneste, som hjemmehjelpsordningen, hjemmesykepleien og "Vangsheimen" hver for seg i tidsrommet fra 1983/84-1987. Bakgrunnen for at vi går tilbake til 1983/84 er at vi dermed får et grunnlag for å vurdere de endringene som skjedde i forbindelse med døgnserviceprosjektet - da særlig i forbindelse med "Vangsmodellen" fra 1987-1988.

KAP.5. SYKEPLEIETJENESTEN.

I dette kapitelet vil vi først se på sentrale kjennetegn på sykepleiegruppen i Vang, sykepleiernes rolle i forhold til å få etablert Vangsmodellen, områdesykepleiemøtene og sykepleierens plass i åpen omsorg.

5.1. Sykepleiegruppen i Vang- sentrale kjennetegn.

Høsten 1985 var alle sykepleiestillingene besatt av kvalifisert personell. Siden Vang kommune har hatt og andre kommuner har problemer med å skaffe kvalifisert personell kan det være av interesse å se på hvilke motiv og arbeids-sosiale villkår som førte sykepleierne til å søke om ansettelse i Vang kommune. Materialet baserer seg på en kartlegging av stillingsinnehaverne høsten 1987.

I tillegg til at de ble bedt om å gi opplysninger om grunnutdannelse, tilleggsutdannelse og erfaringsbakgrunn, ble de også bedt om å gi opplysninger om hvilke tiltak som hadde betydning ved ansettelsen i sykepleiestillingen i Vang kommune. Det var et åpent spørsmål hvor de fikk anledning til å nevne de tiltakene som de vurderte som viktige.

I analysen av deres svar har vi valg å kategorisere deres vurderinger i ikke-jobb-motiver og i jobb-motiver for å søke til Vang kommune.

Ikke-jobb-motiver for å søke jobb i Vang kommune som sykepleier var først og fremst knyttet til mulighetene for fritids- og miljøaktiviteter og graden av tilknytning til kommunen. Det var mulighetene for jakt og fiske, fine fritids- og oppvekstmuligheter for barn, og godt sosialt miljø som ble nevnt hyppigst. Deretter kom graden av tilknytning til kommunen, enten gjennom valg av ektefelle eller om kommunen allerede var bo- eller hjemstedskommune. Bare én ga uttrykk for at han var "tilflytter" til kommunen.

Jobb-motiver for å søke seg til Vang kommune var knyttet til at det foregikk et faglig utviklingsarbeid i kommunen. Det pågående prosjektarbeid og de faglige utfordringene som var i å arbeide både i "ute"- og "inne"-tjenesten ble nevnt av flere.

Vilkår som bra lønn, flyttegodtgjørelse, barnehageplass og kortere arbeidstid ble bare nevnt en gang hver. Egnet boligtilbud ble nevnt av to .

Sykepleiernes vurderinger viser at det er en rekke forhold som spilte inn når de søkte sykepleiestilling i Vang kommune. De ble ikke bedt om å foreta en rangering av hvilke forhold som hadde avgjørende innflytelse på hvorfor de søkte stillingen. Det er grunn til å tro at det var mer en helhetlig vurdering av situasjonen i Vang kommune, både når det gjaldt arbeid og fritid, som avgjorde at de sendte sin søknad.

Det er imidlertid viktig å legge merke til at det bare var en av sykepleierne som hadde arbeidserfaring fra åpen omsorg før hun ble ansatt i Vang kommune. Vedkommende hadde bl.a. tre års erfaring som sykepleiesjef i Nord-Norge. En av sykepleierne hadde erfaring fra sykehjem, mens 5 av sykepleierne kom direkte fra spesialavdeling på større sykehus.

5 av sykepleierne ble ansatt i kommunen fra 1981- 1983 og har således vært med på hele omsorganiseringsprosessen fra 1983 og fram til idag. En av sykepleierne sluttet i mai 1988.

5.2. Sykepleierne og Vangsmodellen.

Modellen som ble trukket opp i Øf-rapport 18/1986 var bygget opp med hjemmehjelperne som basis.

Når rapporten behandles første gang i kommunale organer er det imidlertid sykepleierne og ikke hjemmehjelperne som trekkes fram (H/S-sak 66/86). Helse- og sosialsjefen omtaler rapporten slik:

"Rapporten som Østlandsforskning har utarbeidet har skissert hvordan den totale sykepleietjenesten i hjemmesykepleien og på Vangsheimen bør organiseres, slik at målsettingen om en brukerrettet og effektiv eldre omsorg kan gjennomføres."

På denne måten skjedde det en definisjon av omorganiseringen. Sykepleietjenesten ble trukket ut av helheten og behandlet for seg. Dette førte i sin tur til at rapporten først bare ble sendt ut til høring til sykepleieforbundets tillitsvalgte i Vang, styreren ved Vangsheimen og sykepleiesjefen.

På eget initiativ nedsatte sykepleiegruppen i kommunen en arbeidsgruppe som i forlengelsen av rapporten skulle avklare:

"Organisering av hjemmesykepleie og hjemmehjelp i de enkelte kretser og se på ledelsesformer for sykepleietjenesten i kommunen."

Sykepleiegruppen ønsket på denne måten selv å se på konsekvensene av Østlandsforsknings modell og justere den i forhold til kommunen. Noe av deres motiv var at det var blitt sagt til dem at: "bestemte ikke vi oss for hvordan det skulle bli, så ville ulike løsninger bli tredd nedover hodet på oss".

Arbeidsgruppen prøvde å beskrive i detalj styrers oppgaver, hvilke oppgaver som skulle tillegges avdelingsleder på Vangsheimen og avdelingssykepleiers oppgaver. Arbeidsgruppen var

ueninge om det skulle være én avdelingsleder for hele omsorgstjenesten eller to avdelingsledere - én på Vangsheimen og én innen åpen omsorg.

Som et uttrykk for at forslaget skapte livlige diskusjoner, kan det være grunn til å nevne at internt i sykepleiegruppen var det stor uenighet om holdningen til modellen som Østlandsforskning hadde lagt fram. "Det begynte med kaos, gikk over i rent anarki og så begynte det å ordne seg siden noen ikke var tilstede". (Uttalelse fra en av sykepleierne) I plenumsmøte blant sykepleierne ble det vedtatt med 5 mot 4 stemmer at man skulle gå inn for kretsinndeling.

Sykepleierne var altså ambivalente til modellen.

5.3. Områdesykepleiemøtene.

Gjennom hele forsøksperioden har det vært avholdt regelmessige områdesykepleiemøter. Her har alle områdesykepleierne, avdelingsleder på Vangsheimen og bestyrer deltatt. Hensikten med møtene var at de skulle være "krumtappen" i det videre arbeidet med å utvikle den nye omsorgsmodellen.

Områdesykepleiemøtene ble en sentral arena for samhold og påvirkning. Stillingsinnehaverne som har deltatt på disse møtene har hatt arbeidet med å utforme og tilpasse modellen til kommunen. De har lagt de praktiske premissene for at modellen ble utviklet og innarbeidet i Vang kommune. De har brukt disse møtene til å etablere ordninger med pleieplaner, - faste prosedyrer for sårskift, bruk av hjelpemidler og kommunikasjonsordninger med brukeren og sentrale aktører i resten av helse- og sosialtjenesten. På områdesykepleiemøtene har det også vært gitt undervisningstilbud til sykepleierne.

5.4. Sykepleier i åpen omsorg.

Hvilken rolle sykepleierne skal ha i åpen omsorg er avhengig av den modellen kommunen legger til grunn for omorganiseringen. Enten er omsorgsideologien eksplisitt uttrykt, eller

så ligger den skjult i de vedtak som fattes og handlinger som utføres. Som oftest er det vel det siste som skjer.

Det er ikke tvil om at kommunene trenger sykepleiere som fagfolk. Men hva trenger man sykepleiere til i en hjemmebasert omsorg? Spesialisering øker dyktigheten innenfor eget arbeidsfelt samtidig som det øker uvitenheten innenfor andres. Kan kommunene være tjent med ansatte i hjemmetjenesten som er spesialister?

Gjennom forsøket har kommunen fått muligheter til å legge sterke føringer på områdesykepleieren. I diskusjonen etterat Østlandsforsknings rapport ble framlagt høsten 1986 var det yrkessammenhengen som først og fremst gav sykepleieren viktige impulser. Da var det profesjonssammenhengen som var arena for diskusjon og påvirkning.

Ved avslutning av prosjektet er det etablert klare avhengighetsforhold mellom områdesykepleieren og kommunen. I forbindelse med dugnadsmøtene er områdesykepleierens oppgaver beskrevet slik

Være LEDER for sitt geografiske område:

- * Planlegge og samordne hjelpetilbud rundt den enkelte bruker.
- * Være kjent med og ha kontakt med hjelpeapparatet i og utenfor kommunen.
- * Delta på områdesykepleiermøtene.
- * Administrere, lede og undervise hjemmehjelperne i sitt område.
- * Samarbeide med bestyrer med tanke på fordeling av hjemmehjelp, ferieavvikling, avspasering, konsultasjon om brukere og medarbeidersamtaler .
- * Samarbeide med avdelingsleder på VAS og de andre områdesykepleierne om justering og fordeling av bemanningen på institusjonen og i forhold til hvert område ute.

Utføre PLEIEFUNKSJONER

- * Planlegge og utføre pleie- og omsorgstjenester.
- * Ha kontakt med hjelpepleiere og sykepleiere som arbeider ute.
- * Gi pårørende og nøkkelpersoner i pas. sosiale nettverk informasjon og veiledning.
- * Følge det oppsatte turnusarbeidet på VAS på linje med de andre sykepleiere i avd.

Som vi ser er det i løpet av forsøket etablert en annen praksis enn den modellen som ble lagt til grunn hvor man skulle ta utgangspunkt i hjemmehjelpa. Det er områdesykepleierne som administrerer og leder hjemmehjelpsordningen. Sykepleierne foreslår fordeling av hjemmehjelpstimer til den enkelte bruker. Bestyrer beslutter fordelingen. I løpet av prosjektet er ikke en eneste hjemmehjelper blitt leder for sin hjemmehjelpsgruppe. I den grad det er behov for leder fungerer områdesykepleieren som det. Avd.leder på institusjonen er ikke faglig koordinator, men har ansvaret for justering og fordeling av bemanning på avd. og i forhold til hvert område ute. Avdelingsleder har i tillegg ansvar for sitt område, som er avdelingen på Vangsheimen. (For nærmere beskrivelse av bestyrers, avdelingsleders og områdesykepleiers funksjoner viser vi til vedlegg 5).

Kommunen som arbeidsorganisasjon har fått en sterk tilknytning til områdesykepleieren. Gjennom arbeidsorganiseringen som har utviklet seg under forsøket er det dannet et avhengighetsmønster mellom bestyrer og områdesykepleierne. Områdesykepleieren har fått sentrale funksjoner i å sørge for at kommunens hensikt med pleie- og omsorgstjenesten blir oppfylt.

KAP.6.HJEMMEHJELPERNE OG OMRÅDESYKEPLEIERNE.

Allerede før "Vangsmodellen" ble formelt vedtatt hadde man prøvd ut ordningen med hjemmehjelpsgrupper. I Grindaheim ble det på slutten av 1986 og i begynnelsen av 1987 ialt holdt 3 møter for alle hjemmehjelperne. På det siste møtet skrinla de imidlertid alle videre planer i påvente av at områdesykepleiestillingene skulle opprettes. De som hadde vært med på møtene så det som verdifullt å komme sammen for å snakke om jobben.

6.1. Motstand mot å bli leder.

I Grindaheim var gruppelideren tiltenkt flg. oppgaver:

- * Hvis det ble oppdaget sykdom hos de hjelpetrengende skulle hjemmehjelperne henvende seg til gruppelederen.
- * Gruppelederen skulle være orientert om hvor de forskjellige jobbet til enhver tid.
- * Gruppelederen skulle levere timelister samlet for de som jobbet i kretsen.
- * Gruppelederen skulle ta kontakt med nye pasienter og avdekke behov for hjelp.

Hos hjemmehjelperne var det en klar motstand mot å bli utpekt som gruppeleder. Det viktigste argumentet var at de da opplevde at de ville miste kontakten med sine faste klienter. "Når jeg har ferie vil de ikke ha noen nye hjemmehjelpere. Da venter de til jeg er tilbake. De ønsker ikke å skifte på hjemmehjelpere. Hvis jeg for.eks. skulle begynne å fungere som gruppeleder så måtte jeg forlate mine faste klienter for å være hos evnt. nye klienter i en "viss periode" for å avdekke behov." (Hjemmehjelper valgt til gruppeleder). Hun hadde i 1986/87 vært engasjert som hjemmehjelper i 10 år. En av pas. har hun vært hos like lenge. Fra flere ble det hevdet at modellen fra Østlandsforskning legger for mye ansvar på hjemmehjelperen. En av hjemmehjelperne pekte på at hjemmehjelperne er forskjellige

personligheter med varierende grad av innsikt og forståelse. For mye ansvar kan bli for utfordrende. Mange hevdet at hjemmehjelperen og sykepleieren må ha et felles ansvar. Sykepleieren må ta ansvar for:

- sprøyter
- medisiner
- sårskift
- stell
- bading
- personlig hygiene.

Dette var oppgaver som hjemmehjelperne tillot sykepleierne i en samarbeidssituasjon hos brukerne.

Totalomsorgsskjemaet måtte også fylles ut i samarbeid mellom hjemmehjelper og områdesykepleier.

6.2. Etablering av hjemmehjelpsgruppene.

Fra hjemmehjelpernes side ventet de på at områdesykepleierne skulle komme inn på arenaen og bli ledere for og være pådrivere for å få etablert hjemmehjelpsgruppene.

I løpet av forsøksperioden har områdesykepleierne tatt initiativ til 2-3 møter med hjemmehjelperne kretsvis.

Temaene på disse samlingene har vært:

* Faglige temaer

Som for.eks. foredrag om diabetes og besøk av fysioterapeuten for å vise riktige arbeidsstillinger.

* Oppgavefelleskap.

På møtene er det satt av tid til at hver enkelt hjemmehjelper kan ta opp forhold ved sin egen arbeidssituasjon som de synes er problematiske og drøfte dem i felleskap.

* Sosialt felleskap.

En av gruppene sier at disse samværene har vært en positiv følge av reformen. Vi har vært færre og vi tør å snakke sammen.

Wærness påpekte allerede i 1978 at hjemmehjelperne ønsket å

fjerne noen av de mest negative sider ved hjemmearbeidet generelt, nemlig mangel på kontakt med andre hjemmearbeidere. Disse gruppemøtene kan helt klart imøtekomme et behov for å lage et fellesskap av likestilte hjemmehjelpsarbeidere.

Den viktigste kontakten mellom hjemmehjelper og områdesykepleier synes å skje utenom disse møtene. Særlig i tilknytning til brukere som har mer sammensatte problemer skjer det et utstrakt samarbeid.

6.3. Hjemmehjelperens og områdesykepleierens posisjon og innflytelse.

Som vi har sett er områdesykepleierne og hjemmehjelperne sentrale aktører i "Vangsmodellen"

6.3.1. Oppgavene.

Rolle	Gjøremål	Gjøremål av størst betydning.	Opplevelse av oppgaven
Hj.hjelp	Husarbeid	Vasking	Ganske greit, fint.
S.pl.	Utvikle og adm.hjelpe-tiltak Pleieoppg.	Spriker: -vurdere -administrere -være med-menneske.	Inspirerende Utfordrende.

Som vi ser er det store forskjeller i type oppgaver. Hjemmehjelperne gjør husarbeid, mens sykepleierne har en todelt rolle:

- * Leder som utvikler og administrerer hjelpetiltak i sitt område
- * Pleieoppgaver.

Hjemmehjelperen har felles forståelse for hvilke gjøremål som er av størst betydning for den som er hjemmehjelper, mens sykepleierens forståelse av hvilke oppgaver de tillegger størst faglig betydning spriker i tre retninger.

6.3.2. Hvordan omorganiseringen har påvirket valg og løsning av oppgaver.

Rolle	Hvordan omorganiseringen har påvirket valg og løsning av oppgaver.
Hj.hjelper.	Tre perspetiver som ikke lar seg kategorisere: - ingen innvirkning - effektivisering av hjelpesystemet. Får enklere og raskere tak i hjelp. - Systemet er blitt mer komplisert. Vanskelig å få tak i områdesykepleier og annen hjelp. Lettere før når vi hadde sosialkontoret å henvende oss til.
Sykepleier	Ansvar for et geografisk område.

Omorganiseringene har hatt direkte og omfattende innvirkning på jobb-innholdet til områdesykepleierne. Omorganiseringene har hatt direkte konsekvenser for dem. De har fått mer ansvar.

Hjemmehjelperne er her uenige om hvilke effekt omorganiseringen har hatt for dem. Noen av hjemmehjelperne synes det er blitt mer effektivt, andre mener at omorganiseringen ikke har hatt noen innvirkning, mens andre igjen mener at systemet er blitt mer komplisert.

Usikkerhet, og følelsene av ikke å være trukket med i omorganiseringen synes å prege deres utvikling.

6.3.3. Posisjon etter omorganiseringen.

Rolle	Posisjon
Hjemmehjelper	Ingen endret posisjon. Tendens til å mene at man er blitt et bindeledd mellom bruker og områdesykepleier
Sykepleier	Lederansvar og mer samarbeid med andre sykepleiere.

Tendensen er klar. Sykepleierne har styrket sin posisjon, mens de fleste hjemmehjelperne ser ikke at de har fått endret sin posisjon i det hele tatt. Fra hjemmehjelpshold blir det imidlertid hevdet at noen mener at de har blitt et viktig bindeledd mellom bruker og områdesykepleier.

6.3.4. Bidrag til omorganiseringen.

Rolle	Bidrag til omorganiseringen.
Hjemmehjelper	"Nei- hva har jeg bidratt med" Bare deltatt på møter.
Sykepleier	Deltatt aktivt.

Sykepleierne har på ulike måter vært aktive aktører i arbeidet med å utforme og gjennomføre omorganiseringen. Hjemmehjelpernes oppfatning er at deres eneste bidrag har vært å være tilstede på informasjons -og debattmøter.

6.3.5. Profesjonsforståelse.

Begrepet profesjon bestemmer vi ved å si at profesjon innebærer:

- langvarig formell utdanning.
- de som tar slik utdanning er stort sett orientert i retning av å kvalifisere seg for og dermed oppnå, bestemte yrker.
- de yrker som det er tale om kan iflg. sosiale og faglige normer eller regler ikke innehas av andre personer enn de som har slik langvarig formell utdanning .(Torgersen-1972)

Ved bruk av begrepet profesjon referer vi på denne måten til relasjonen mellom yrket og yrkesutdanningen.

Hjemmehjelpa er således ikke en profesjon. I intervjuguiden har vi satt opp et spørsmål om hvordan personlige erfaringer spiller inn på valg og løsning av oppgaver. Dette er et forsøk på å se om hjemmehjelperen oppfattet personlige egenskaper som en referanseramme for sitt arbeid. Noe av bakgrunnen for spørsmålet var bl.a. at Rønning(1986) sier at hjemmehjelperens viktigste ressurs er at de står for en "intuitiv hjelp":

"Omsorg har vært kvinners domene, og læringa har vært at døtre har lært av mødre. I motsetning til mål/middelorientert profesjonskunnskap, har denne ervervede kunnskapen både rom for følelsemessige relasjoner og moralske vurderinger i tillegg til at den i stor grad baserer seg på intuisjon.

Intuisjon må læres og sanses - en kan vanskelig lese seg til det"

Det var imidlertid vanskelig å få hjemmehjelperen til å reflektere over og konkretisere svar på dette spørsmålet. Årsakene til dette kan på den ene siden være at de ikke er vant til en verbalisert metodikk , at de er mer vant til å

uttrykke seg gjennom handlinger og holdninger. Samtidig kan det skyldes at vi ikke har hatt metoder til å nå inn i hverdagslivets språk og vurderinger for å få fram den virkelighet som ligger i deres hverdagsliv.

Rolle	Forståelse av faget	Anvendelse av faget	
		i valg og løsning av oppgaver	i forh.til ansatte.
Sykepleiere	Ansvar for og helhetssyn på brukeren	Anvender - sykepleie prosessen - mine kunnskaper - min "pondus" som "sykepl. i valg og løsning av oppgaver.	Informasjon Adm. Planl. Samarb.

Områdesykepleierne knytter sin forståelse av sykepleiefaget til "ansvar for og helhetssyn på mennesket". Dette føyer seg inn i en tradisjonell sykepleiefaglig tilnærming. I sykepleiekretser legger man sterk vekt på at mennesket er en bio-psyko-sosial og åndelig enhet som står i et stadig samspill med sine omgivelser. Endringer som introduseres på ett område, påvirker helheten.

6.4. Hjemmehjelperen.

Hjemmehjelperen synes ikke å ha blitt trukket inn i den kommunale arbeidsorganisasjon, men befester sin følelsesmessige tilknytning til brukeren. Omorganiseringen har i liten grad hatt noen innvirkning på hjemmehjelpernes arbeidssituasjon. De har til en viss grad fått mer oversikt over hjelpesystemet de har bak seg, men reformen har betydd svært lite for deres posisjon. Den positive støtten henter de ikke fra arbeidsorganisasjonen, men fra brukerne. "Vi er satt pris på før også, men det er hele tiden pasientene som

gir oss bekvemheten". Også Wærness (1982) understreker at mening og trivsel i jobben som hjemmehjelper er avhengig av den personlige kontakten med klienten.

De fleste hjemmehjelperne utfører nabohjelp utover de oppsatte timene. Det sosiale aspekt må ofte ivaretaes utover de avtalte timene. Denne type klientorientering tilsvarer en overordent norm for omsorgsutøvelse for hjemmehjelperne. Det er husmorideologien som råder grunnen. Den personlige relasjon mellom hjelper og klient har stor betydning. Den ansvarsrasjonalitet som kvinnene har utviklet i sitt eget hjem, tar de ofte med seg til hjemmehjelpssituasjonen.

Mange av hjemmehjelperne opplever at områdesykepleiernes rolle skaper trygghet. De vet hvor de skal henvende seg hvis de trenger utvidet hjelp til de brukerne de har kontakt med. Andre mener at det nye systemet med områdesykepleierne og med Vangsheimen som døgnbase er et system hvor det er veldig mange personer som er involvert. De vet at de kan henvende seg til områdesykepleieren, men vedkommende kan være vanskelig å få tak i. Og andre av de ansatte på institusjonen kan være dårlig orientert om det hjelpebehov hjemmehjelperen har akkurat da.

Materialet viser at hjemmehjelperne i liten grad har opplevd at de er trukket med i omorganiseringen som er foregått, men heller har forskanset seg i sine etablerte og trygge klientrelasjoner. Selv om hele modellen hadde sin hovedoppmerksomhet rettet mot hjemmehjelperne, synes det som om omorganiseringen har foregått på siden av og over hodet på dem.

6.6. Områdesykepleieren.

Områdesykepleieren har vært en sentral aktør i omorganiseringen. Materialet bekrefter dobbeltrollen omtalt i forrige kapittel om at områdesykepleierne er blitt ledere med ansvar for et geografisk område samtidig som de ivaretar pleieoppgaver. Områdesykepleierne spriker i hva de vurderer som

sine oppgaver og hvordan de forstår sykepleiefaget.

Det er flere som har vært opptatt av innholdet i sykepleiefaget.

Sykepleieprosessen er et sentralt begrep i sykepleiefaget.

Prosessen består i all hovedsak av to deler, en mellommenneskelig del og en problemløsende del (Karoliussen/Smedbye-85). Det kvalitative aspekt mellom mennesker synes å ha innflytelse på mennesker når det gjelder å mestre sykdom og helsesvikt. Den problemløsende prosess består av datainnsamling, problemidentifisering, vurdering, mål, sykepleietiltak, rapportering og evaluering. Karoliussen/Smedbye(1985) påpeker at forløpig er sykepleierne flinkere til bevisst å vurdere og samle inn medisinske data enn sykepleiemessige data. Nevnte forfattere skiller også mellom et sykepleieproblem og et pasientproblem. Et sykepleieproblem er et problem som pasienten har som ligger innenfor sykepleierens funksjonsområde. Et pasientproblem er et hvilket som helst problem som pasienten måtte ha. Holther(1988) framhever at "Nå, 20 år etter at sykepleieprosessen ble introdusert, er vi mange som strever med å forstå og anvende sykepleieprosessen som et sentralt begrep innen sykepleie"

Tunset/Øvrebø(1984) hevder at sykepleieprosessen som helhet i liten grad følges opp i praksis. De mener at innsamling av data og problemdiskusjoner i større grad har blitt rettet mot medisinske problemstillinger enn mot pleiemessige behov. Samtidig mener de at sykepleie som funksjon ikke har vært godt nok operasjonalisert, slik at datainnsamling og problemstillinger er blitt for diffuse og generelle.

Ellefsen(1986) nevner tre strukturelle betingelser som har en avgjørende innflytelse på sykepleiefunksjonen i forhold til brukeren. Det er alene situasjonen for sykepleieren i hjemmet, tiden - varigheten av oppdraget hos pasienten - og stedet hvor samhandlingen mellom sykepleier og bruker finner

sted. Det mest interessante fra hennes materiale i denne sammenheng er at hun har funnet tegn som tyder på at forholdet mellom sykepleier og pasient i mange tilfelle utviklet seg til en privatomsorgssfære mellom likeverdige partnere. Hun viser til Stacey som peker på de to sfærenes ulike straffe- og belønningssystem, hvor den offentlige sektor belønner med materielle ting - lønn, profitt, eller straff med reduksjon i lønn. Den private sfæren er mere diffus og immateriell i form av smil, gaver, klem eller fravær av disse. Hun hevder at hjemmesykepleiens praksisfelt er like mye preget av privatsfærens belønninger og sanksjoner som det offentlige. Utfra en slik synsvinkel kategoriserer hun hjemmesykepleien som tilnærmet lik privatsfæreomsorg.

Oppfatningene og forståelsen av hva som er og hva som skal være sykepleiernes ansvar og oppgaver i åpen omsorg varierer. Områdesykepleiernes forståelse av sin egen funksjon spriker. Dette kan bety at det er behov for å få avklart hva som er sykepleiefagets verdi og kunnskapsgrunnlag i åpen omsorg.

KAP.7. OMRÅDESYKEPLEIEMØTENE OG ANDRE AKTØRER I KOMMUNENS HELSE OG SOSIALTJENESTE.

Mye av forandringsarbeidet har skjedd med utgangspunkt i miljøet rundt områdesykepleiemøtene.

Fra helseetaten blir det framhevet at de ikke i tilstrekkelig grad er trukket med i forandringsarbeidet. De er sentrale samarbeidspartnere som allerede er blitt og vil bli påvirket av forandringsarbeidet som har skjedd i pleie- og omsorgstjenesten.

Noe av årsaken til at helseetaten ikke i tilstrekkelig grad er trukket med kan skyldes at verken i kommunestyrets vedtak eller i Østlandsforsknings modell er helseetaten et naturlig integrert ledd.

Samtidig er det mange aktører som er blitt trukket med, men som ikke har utnyttet eller hatt anledning til å bruke de mulighetene som de har hatt til å delta i prosessen.

- * På grunn av sin arbeidssituasjon, hvor de i stor grad er bundet av faste avtaler, har legene hatt vanskeligheter for å delta i møter i tilknytning til prosjektet.

- * Noen av samarbeidspartnerne fra helsetaten har selv måttet be om å få kontakt med områdesykepleiemøtet. Bakgrunn for at fysioterapeuten henvendte seg var at hun høsten 1987 skulle begynne å arbeide fast på institusjonen i et visst antall timer pr. dag. Hun fikk tilbud om å delta på områdesykepleiemøtet en gang pr. måned.

Det er nå etablert ulike samarbeidsordninger mellom forskjellige ansatte bl.a. områdesykepleier, helsesøster og fysioterapeut om enkeltklienter.

Som vist tidligere har hjelpepleiere hatt en viktig funksjon for at turnusordningen kan bli gjennomført. Etterat Østlandsforsknings rapport ble framlagt høsten 1986 ble hjelpepleierne orientert av bestyrer om rapporten og invitert til samarbeid om den videre utforming. På slutten av prosjektet er det hjelpepleiere som sier at de har savnet å bli trukket med i det løpende arbeid med å utforme tjenesten. Når vi arbeider ute, sier de, står vi alene. Vi hører ikke til noe sted når vi arbeider ute. De savner å bli trukket med på møter og få informasjon om det som skjer der i tilknytning til omorganiseringen.

Gjennom "Vangsmodellen" skulle kommunen imøtekomme kravet om fornyelse og omstilling. Men hele kommuneorganisasjonen ble ikke i tilstrekkelig grad trukket inn. Oppmerksomheten må ikke bare knyttes til hvilke funksjoner kommunen skal utføre. Kommunale funksjoner kan bli et vedheng - uten at de i tilstrekkelig grad er trukket inn i organisasjonen. Man må også tenke organisasjon og være oppmerksom på samspillet mellom de ulike deler av kommuneorganisasjonen.

KAP.8. KOMMUNALE TJENESTER OG KOMMUNAL ØKONOMI.

I dette kap. ser vi nærmere på hvordan omorganiseringen har påvirket bruk av kommunale tjenester og kommunal økonomi.

8.1. Hjemmehjelpsordningen.

Fig.2 Utviklingen i bruk av hjemmehjelp etter hjem som fikk hjelp etter husholdningstyper.

Årstall	Hjem m/ funksh. barn	Hjem m/ uføre 18-66år	Hjem m/ aldersp. 67-79år	Hjem m/ aldersp over 80år	Andre hjem	Sum
1984	7	2	53	0	0	62
1985	13	18	33	22	15	101
1986	11	20	39	31	5	106
1987	9	21	29	44	0	103

Kommunen har i økende grad fått kontakt med hjem med pensjonister over 80 år, mens kontakten med hjem med alderspensjonister mellom 67 og 79 år er redusert. Kontakten med hjem med uføre mellom 18 og 66 år er stigende. Av ialt 21 hjem i denne gruppa som hjemmehjelpa har hatt kontakt med i 1987, er det 18 som er alene i husholdningen og 3 som bor i flerpersonshusholdning.

I 1986 hadde hjemmehjelpsordningen kontakt med 20 hjem med uføre. Da var det 4 som bodde i alenehusholdning og 16 brukere som bodde i flerpersonshusholdning. Dette kan bety at omorganiseringen kan ha bidratt til at man i sterkere grad har lykket med å få kontakt med de som bor alene i husholdningen. I en slik bosituasjon har man mindre tilgang på andre hjelpekilder enn de som bor i flerpersonshusholdning.

Fig. 3 Hjemmehjelpens kontakt med 80 -åringer fordelt på om de bodde alene eller i fler-personshusholdninger.

	Alene	I flerpersonshusholdninger	Sum
1984	0	0	0
1985	15	7	22
1986	18	13	31
1987	29	13	44

Denne tabellen bekrefter tendensen til at hjemmehjelpsordningen gjennom omorganiseringen av eldreomsorgen i kommunen har økt sin kontaktflate med brukere som bor alene. Gjennom de to siste årene er kontakten med brukere i flerpersonshusholdning for denne kategorien konstant.

I tillegg til hjemmehjelp har det i kommunen vært ambulerende vaktmester og de har kunne tilby avlastningstiltak. Hvis vi ser på disse tjenestene samlet, sett i forhold til de økonomiske ressursene som er faktisk brukt hvert år, får vi flg. tabell:

Fig.4. Kommunale hjemmetjenester etter hjem som fikk hjelp i forhold til årstall og brukte økonomiske ressurser.

Årstall	Hjemmehjelp	Amb.vaktmester	Avlast.	Regnskapstall
1984	62	34	3	1.158.584.
1985	101	60	7	1.168.136
1986	106	40	7	1.317.773
1987	103	35	0	1.006.804

Refusjon fra brukerne har vært på ca. kr. 100 000 pr. år.

Antall hjem som fikk hjemmehjelp og ambulerende vaktmester er de to siste årene holdt stort sett konstant. I samme tidsrom er det spart inn ca. 300 000 kr.

Hvis vi ser på regnskapstallene for alle de kommunale hjemmetjenestene i forhold til antall hjem som har fått hjemmetjenester, vil vi få et uttrykk for hvordan de økonomiske ressursene til hjemmetjenesten er anvendt.

Fig.5 Kostnader pr. hjem som er tildelt hjemmetjenester fra 1984 til 1987 i forhold til regnskapstall for hjemmetjenesten

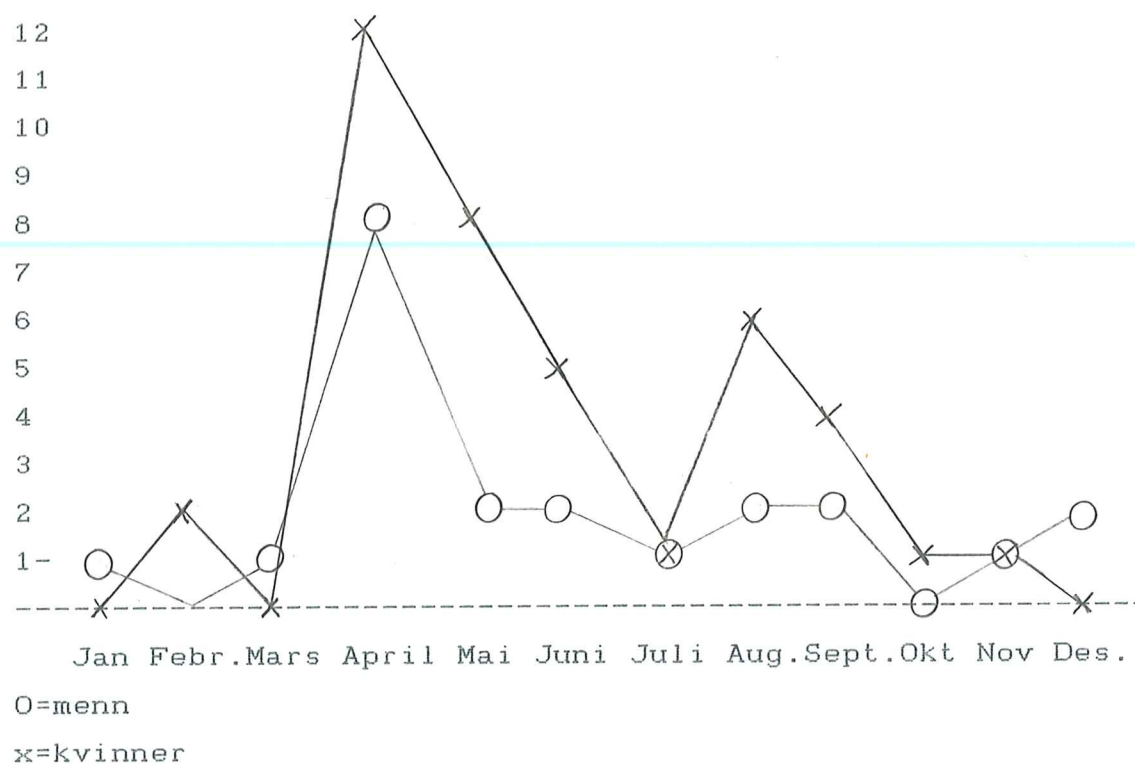
Årstall	Kostnader pr. hjem som får hjemmehjelp.
1984	Kr. 18.686
1985	kr. 11.565
1986	kr. 12.431
1987	kr. 9.774

Samtidig som antall hjem kommunen har hatt kontakt med er stort sett konstant fra 1985, er de økonomiske ressurser redusert.

8.2. Hjemmesykepleien.

Når vi skal se nærmere på denne tjenesten kan det være interessant å begynne med å se på mønsteret for innskrivning av pasienter i hjemmesykepleien i 1987.

Fig 6 Innskrivning av kvinner og menn i hjemmesykepleien
1987



Som vi ser så var det en markert økning av innskrevne pasienter da "Vangsmodellen" ble satt ut i livet fra april 1987. Utfra materialet virker det som om reaksjonen på denne omorganiseringen kom nokså spontant.

Vi vil nå se på hvordan hjemmesykepleien har utviklet seg over tid - fra 1983 og fram til idag.

Fig.7 Utviklingen av antall hjemmesykepleieoppdrag fra
1983 til 1987.

Årstall	Pleieoppdrag	Tilsynsoppdrag	Sum
1983	1038	41	1079
1984	1341	122	1463
1985	1629	141	1770
1986	1661	357	2018
1987	3402	794	4196

Tabellen viser at det fra 1983 og fram til 1987 har det vært en svært sterk økning av hjemmesykepleieoppdrag. Pleieoppdragene utenfor institusjon er nesten 4-doblet på 3 år. En bør legge vekt på summen av utførte oppdrag i hjemmesykepleien, og ikke gi for stor oppmerksomhet til kategoriene "pleieoppdrag" og "tilsynsoppdrag". Det finnes ingen klare kriterier for hvordan ansatte i hjemmesykepleien skal registrere sine utførte oppdrag i forhold til disse to kategoriene.

I løpet av disse årene har hjemmesykepleien fått kontakt med flere brukere. I 1985 hadde hjemmesykepleien kontakt med 42 brukere, mens de i 1987 hadde kontakt med 74 brukere.

Tallmaterialet over innskrivninger og utskrivninger av hjemmesykepleien viser også at en har fått kontakt med flere brukere.

Fig. 8 Antall brukere innskrevet og utskrevet i hjemmesykepleien.

Årstall	Innskrevet	Utskrevet.
1985	37	38
1986	30	27
1987	63	30

(I tillegg kommer brukere som allerede er innregistrert i systemet og overføres fra år til år)

Som vi ser av tabellen er det dobbelt så mange brukere som er innskrevet i hjemmesykepleien som utskrevet. Dette bare bekrefter den tendensen vi så i fig. 6 om "Innskrivning av kvinner og menn i hjemmesykepleien i 1987."

I gjennomsnitt har kommunens hjemmesykepleie økt sine besøk hos brukerne fra 42 besøk pr. bruker i 1985 til 57 besøk pr. bruker i 1987.

Bruttoutgifter for hjemmesykepleien viser flg. utviklingstrekk fra 1983-1987:

Fig. 9 Bruttoutgifter for hjemmesykepleien 1983-1987

Årstall	Utgifter
1983	264.000
1984	303.000
1985	412.000
1986	548.000
1987	578.000

Skyssutgifter for hjemmesykepleien i samme tidsrom viser følgende utviklingstrekk:

Fig. 10 Skyssutgifter for hjemmesykepleien 1983-1987

Årstall	Utgifter
1983	25.000
1984	78.000
1985	81.000
1986	129.000
1987	181.900

Utrykningsutgiftene for den første døgnserviceordningen fra april 1986 til april 1987 på kr. 90 000.- er belastet både i 1986 og i 1987, dette er med på å forklare den sterke økningen av skyssutgifter i forhold til 1985.

Utfra kommunens målsetting om å "gi best mulig hjelp til flest mulig for en billigst mulig penge" kan det være av interesse å sammenligne utgifter pr. utført oppdrag i hjemmesykepleien fra 1983 til 1987:

Fig.11 Bruttokostnader pr. utførte oppdrag i hjemmesykepleien fra 1983 til 1987

Årstall	Kostnader pr. besøk.
1983	Kr. 244.-
1984	Kr. 211,-
1985	Kr. 233.-
1986	Kr. 271.-
1987	Kr. 137.-

(Utgifter til transport, se fig.10 er ikke medregnet)

Kostnadene pr. besøk ligger på stort sett samme nivå fra 1983 til 1986. Fra 1986 til 1987 er det en markert nedgang på mye over hundre kroner pr. besøk. En naturlig bakgrunn for dette kan være omorganiseringen.

8.3. Vangsheimen.

På bakgrunn av beleggstatistikk fra Oppland fylkeskommune får vi følgende utviklingstall for pasientbelegget på Vangsheimen:

Fig.12 Gjennomsnittlig alder og liggetid på Vangsheimen.

Tidspunkt	Gjennomsnittlig alder	Gj.snitt liggetid- uker
April 1983	86.1.	125
April 1984	86.3.	93
April 1985	87.7.	76
April 1986	87.4.	62
April 1987	83.5.	42

I desember 1987 var gjennomsnittlig liggetid steget til 64 uker. Dette skyldes bl.a. at i løpet av vintersesongen oppholder brukerne seg lenger på institusjonen.

I forbindelse med og i forlengelsen av Grindaheimprosjektet, ble det satt ut i livet en bevisst rehabiliteringspolitikk fra de ansatte på institusjonen. En ønsket å bruke institusjonen på en fleksibel måte. Det skulle etableres trygghet og tillit til hjelpeapparatet.

Den effektive bruken av institusjonen kan illustreres ved å se nærmere på "strømmen" av pas. ut og inn av institusjonen.

Fig.13. Pas. utskrevet og innskrevet på Vangsheimen fra 1983- 1987.

Årstall	Innskrevet	Utskrevet	(Døde)
1983	39	35	9
1984	59	49	12
1985	46	36	9
1986	60	51	13
1987	68	53	8

For 1987 kan vi for.eks. nevne at 7 personer ble innlagt fra annen helseinstitusjon, mens 58 ble innskrevet for korttidsopphold. Fra 1.4.1986 til 31.12.86 var det 55 brukere som flyttet inn på institusjonen og 36 flyttet ut.

Selv om det ikke er noen markerte trekk i tallmateriealet må vi kunne fastslå at tendensen til en flesibel bruk av institusjonen bare har økt de siste to årene.

Fra 1984 og til 1987 er antall liggedager i sykehjemmet redusert med 784 liggedager.

Utgiftene for Vangsheimen fra 1983 til 1987 viser flg. utviklingstrekk:(bruttotall)

1983: 4.592.000
 1984: 5.338.000
 1985: 6.139.000
 1986: 6.570.000
 1987: 7.152.000(inkl. kr. 200 000 i opp-pussings)

På denne bakgrunn kan det være hensiktsmessig å se på hvordan utgiftene til pleie og omsorgstjenesten totalt sett har utviklet seg. I 1984 var utgiftene 7.068 mill. kr. til pleie og omsorgstjenesten. Dette tilsvarer kr. 8.708 mill.kr. i 1987 dersom vi tar hensyn til prisstigningen. Det virkelige beløpet i 1987 var 9.217 mill.kr. Dette betyr at utgiftsøkningen har vært høyere enn det som kan forklares av inflasjonen. Økningen fra 8.7 mill.kr. til 9.2 mill. kr. kan bl.a. forklares med det økte produsjonsvolum i pleie og omsorgstjenesten. Utgiftene kan også forklares med arbeidstidsforkortelse. Tre halve hjelpepleiestillinger er opprettet som kompensasjon for arbeidstidsforkortelsen. Samtidig må en være klar over at utgifter til støttekontakter, utgifter til tiltak for alkoholikere og psykiatriske pasienter og tiltak for arbeidstilvenning belastes pleie og omsorgstjenestens budsjetter. Volumet på disse tiltakene var i liten grad utbygd i 1984, men er økt i omfang i 1987.

8.4. Effekt, produkt og brukererfaring.

Det er viktig å skille mellom produkt og effekt. Ved produkt forstås kommunale serviceytelser som for.eks. pleie- og omsorgstjenester fra ansatte i institusjon og i hjemmetjenestene. Effektbegrepet kan derimot si oss noe om i hvor stor grad man har nådd sine mål. En virksomhet kan utmerket godt være produktiv i den forstand at den leverer tjenester i

stort omfang og til noenlunde lave kostnader, uten at den dermed er effektiv i forhold til sitt formål (R-dir.1986/Rolfsen 1986).

All tjenesteyting/produksjon av tjenester har en kvalitativ og en kvantitativ side. Også i dette prosjektet har vi hatt en slik todelt målsetting:

Det kvalitative aspektet var knyttet til:

- a: Innholdet i serviceproduktet som kommunen skulle yte til brukerne i forhold til ressursinnsats. Målsettingen ble ikke i særlig grad operasjonalisert, men omorganiseringen skulle føre til best mulig hjelp for brukerne. Hjelpeapparatet skulle etableres i nærhet til brukerne, det skulle tilbys fleksibel og allsidig hjelp, tilgjengelighet hele døgnet og stabilitet ved at hjemmehjelperen skulle være den faste kontakten. Omsorgstjenesten skulle bygges opp utfra et samspill mellom uformelle hjelpekilder og offentlige tjenester. På denne måten skulle de eldre få mulighet til å bo hjemme så lenge de ønsker.
- b: Bedre arbeidsforhold for eldreomsorgspersonell og en bedring av oversikten på administrativt nivå.

Samtidig skulle prosjektet inneholde et kvantitativt aspekt, ressursutnyttelsen for kommunen skulle bedres.

I evalueringen har vi lagt vekt på en prosessevaluering hvor vi har forsøkt å beskrive hva det er som har foregått i kommunen i forbindelse med Vangsmodellen, og hvordan modellen har fungert. Hvilke virkninger omorganiseringen har hatt for brukerne, vil knytte seg til hvordan de oppfatter endringene i pleie- og omsorgstjenestene. Vi har imidlertid ikke foretatt noen detaljstudie hvor vi bare har vurdert virkningene av "Vangsmodellen" på målgruppen. Bruker-

perspektivet er imidlertid trukket med i helheten når vi har sett på hvordan brukerne har opplevd omorganiseringen.

På bakgrunn av det fremlagte materiale har vi ikke grunnlag for å kunne trekke noen helt klare konklusjoner om prosjektet har skapt en best mulig hjelp for brukerne.

At det er utført flere oppdrag til reduserte kostnader kan bety flere ting: Flere brukere kan ha fått hyppigere og raskere hjelp og tilsyn, eller hjelpen kan være konsentrert til færre brukere.

Tallmaterialet viser at pleie- og omsorgstjenesten har økt sin kontaktflate. I 1986 var det 30 som ble innskrevet i hjemmesykepleien mot 63 i 1987. Fig.6 viser en markert økning av henvendelser til hjemmesykepleien etterat forsøket ble satt ut i livet. Hjemmesykepleien har imidlertid ikke bare økt sin dekningsgrad (mange brukerkontakter), men også sin intensitet (antall besøk pr. bruker). I gjennomsnitt har kommunens hjemmesykepleie økt sine besøk hos brukerne fra 42 besøk pr. bruker i 1985 til 57 besøk pr. bruker i 1987. Tallmaterialet viser også at hjemmetjenestene i økende grad har fått kontakt med brukere som er alene i husholdningen. Materialet viser at bevegelsen inn og ut av institusjonen har økt med årene. Vi har ingen tall som viser at pleie- og omsorgsoppgavene er konsentrert omkring færre brukere.

Brukerkontakten viser at det ikke er mye oppmerksomhet som skal til for å skape trygghet hos brukeren: "Det er godt å tenke på at det er noen som kommer. Jeg var mye bedre i form når de hadde vært her om kvelden. Når de sa godnatt - følte en at det var flere i huset."(uttalelse fra en av brukerne)

Flere og hyppigere oppdrag til reduserte kostnader kan føre til at det kvalitative innholdet i serviceproduktet til brukerne reduseres. Hjemmehjelperne kan for eksempel få mindre tid hos hver enkelt bruker. Siden deres tilfredshet i jobben og brukerens tilfredshet med tjenestetilbudet er avhengig av om det kan etableres en nær og fortrolig

relasjon, kan mangel på tid føre til at man ikke når målsettingen med omsorgen. Kontaktetablering er et arbeidsområde som tar tid.

Effektbegrepet skulle si oss noe om i hvor stor grad man har nådd sine mål. Mye av den kvantitative del av målsettingen er oppfylt. Gjennom prosjektet tok man sikte på å bedre utnyttelsen av knappe kommunale ressurser. Materialet som er omtalt i dette kapitlet viser at kostnadene på utetjenestene er gått ned, samtidig som produksjonsmengden er økt. Ressurser er ført ut til åpen omsorg i tråd med de målsettingene som ble trukket opp. En av oppgavene var å skape en omsorgstjeneste som var fleksibel og var nær brukerne. Dette skulle være et vesentlig bidrag til at eldre kunne bli boende hjemme lengst mulig. Om disse endringene har ført til at eldre blir boende hjemme lenger, har vi imidlertid ikke grunnlag for å hevde.

For brukerne har omorganiseringen først og fremst vært knyttet til opplevelsen av å få hjelp morgen og kveld og Vangsheimen som trygghetsfaktor. Særlig kveldsstellet har betydd mye. Brukerne sa også at det var bra å få hjelp i hjemmet så man slapp å bli innlagt på Vangsheimen.

For mange brukere sto Vangsheimen sterkt i deres bevissthet. Institusjonen representerte først og fremst en stor trygghetsfaktor. Kontakten brukerne hadde hatt med Vangsheimen betydde svært mye for dem. En av brukerne uttrykte det slik:

" Når en ikke klarer seg alene så tar de (ansatte på Vangsheimen - min presisering) oss inn her (Vangsheimen) en stund, og de slipper oss ikke hvis det er fare for livet. Hvis de får sikkerhet for at en kan eksistere utenfor institusjonen, så er det ikke noe i veien for å reise ut, men de slipper deg nødvendig hvis de tror du ikke klarer det".

To av brukerne vi hadde kontakt med var opptatt av at kommunen hadde bygd Vangsheimen altfor liten. En av dem mente

at kommunen burde kjøpe hele Grindaheim.

Prosjektet har dokumentert at flere har fått hjelp. Samtidig er det også andre som får nytte godt av kommunens hjemmetjenester. Kommunens kontakt med brukere som bor alene er økt betraktelig. Kostnadene til utetjenesten har gått ned samtidig som produksjonsmengden er økt. Ressursene er ført ut i åpen omsorg.

Når det gjelder det kvalitative innhold i tjenestene, kan vi ikke trekke noen klare konklusjoner. Brukernes opplevelser og vissheten om økt dekningsgrad og at man har nådd ut til flere som bor alene er viktige indikasjoner. Dette kan i og for seg være kvalitative mål. Men det kvalitative innhold i hjelperelasjonene og virkningene av Vangsmodellen for den enkelte bruker og familie og nærmiljø kjenner vi for lite til. Vi har ikke grunnlag for å hevde at økt produksjon og reduksjon av ressursinnsatsen har bedret det kvalitative aspekt på tjenesteproduksjonen i kommunen.

Pleie- og omsorgstjenesten er blitt mer produktiv i den forstand at etaten utfører flere oppgaver til lavere kostnader. Men om det kvalitative aspekt på tjenestene er ivaretatt - om det er en best mulig tjeneste for brukerne har vi bare indikasjoner på, ikke visshet om.

KAP.9. KONKLUSJONER OG UTFORDRINGER.

Døgnservice har vært med på å muliggjøre "ekteskapet" mellom institusjon og hjemmesykepleie. Det skulle vise seg at innføringen av døgnservice i Vang kommune var det avgjørende skritt på vei mot en total integrering av de to tjenestetilbudene.

Innføring av døgnservice i kommunene må ikke bli en appendix på en allerede betent pleie og omsorgstjeneste. Idag er det mange og ulike forståelser av begrepet døgnservice. Det synes som om døgnservice blir oppfattet som et tjenestetilbud på "sidelinjen" - som en egen enhet eller et eget tiltak - som ikke i tilstrekkelig grad er integrert i den øvrige kommunale helse- og sosialtjeneste. Det er imidlertid noen, (Berg/Skansgård-85), som har lagt vekt på at døgnservice også er en målsetting. Vi mener det er nødvendig å forstå døgnservice som en KVALITETSBEKRIVELSE på pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Målsettingen kan nås ved at kommunen innser at framtida har bruk for fortida. De ressurser kommunen i dag har i helse- og sosialetaten, må benyttes på en ny måte. Det nåværende system må brytes ned og noe nytt må bygges opp. Her trengs det ulike virkemidler.

Gjennom "Vangsmodellen" har vi fått innblikk i en måte denne forandringen kan gjennomføres på. Andre kommuner bør finne fram til sin tilnærming. Men erfaringene fra Vang kommune gir oss viktig kunnskap. Ett års forsøksvirksomhet er imidlertid en kort periode for å foreta omorganiseringer utfra den modellen som kommunestyret sluttet seg til i febr. 1987.

Så langt i prosessen vil vi trekke opp flg. sentrale utfordringer for det videre utviklingsarbeidet i kommunen:

EN HJEMMEBASERT MODELL.

I prosjektet skulle det utvikles en hjemmebasert modell som skulle bygges opp nedenfra og ta utgangspunkt i brukerne selv og deres nærmiljø. Brukerne skulle få muligheter til å bo hjemme så lenge som mulig og ønskelig.

Det framlagte materialet viser at endringene er gjennomført ovenfra. I modellen var det forutsatt at hjemmehjelperen skulle være leder for arbeidslagene, men det var områdesykepleieren som ble leder. Fra hjemmehjelperne registrerte vi en klar motstand mot å bli ledere av gruppene. Prosjektet fikk liten innvirkning på hjemmehjelperne - selv om modellen baserte hele sin omsorgsfilosofi på denne gruppen.

Vi har fått dokumentert at hjemmehjelperen har en sterk lojalitet til brukeren. Ved å satse på hjemmehjelperen i det framtidige omsorgsapparat vil INDIVIDORIENTERINGEN i det offentlige hjelpeapparat kunne bli sikret. Det kan derfor være uheldig å gjøre hjemmehjelperen til en leder for sin gruppe med administrative og forvaltningsmessige oppgaver. Gjennom å bli tillagt en slik oppgave kan hun føle at hun fjerner seg fra den lokale kultur og at hun på den måten mister lojaliteten til brukerne. Det kan imidlertid være noe annet å gi en hjemmehjelper enkle koordinerende oppgaver for sitt område. Men erfaringene fra prosjektet viser at en må være seg svært bevisst hvilke evt. lederoppgaver man ønsker å tillegge hjemmehjelperen og avklare konsekvensene i forhold til hjemmehjelperens kontakt med brukerne.

Helt ved avslutningen av prosjektet er kommunen i ferd med å innføre en ny ordning som understreker hjemmehjelperens lojalitet til brukeren. Når hjemmehjelperen blir syk, ringer hun til brukeren og forhører seg om vedkommende ønsker en annen hjemmehjelper. Brukeren har muligheter til selv å velge hvem hun vil ha hjelp av. Hvis brukeren ønsker en annen

hjelper mens primærkontakten er syk, gir primærkontakten beskjed om dette direkte til Vangsheimen. Her er det nå kontordamen Vangsheimen som har fått ansvar for de administrative oppgaver for hjemmehjelperne. I kommunen er det helt ved avslutningen av prosjektet tanker om at områdesykepleieren bare skal fungere som faglig veileder for hjemmehjelperne.

Å utvikle kommunale omsorgstjenester nedenfra betyr at man må ta utgangspunkt i relasjonen mellom bruker og hjemmehjelper. Hjemmehjelperen har kjennskap både til brukeren og lokalmiljøet, og denne må kommunen bevisst utnytte når hjelpa skal utbygges og utvikles. I Vang kommune ligger nå forutsetningene tilrette for at man kan fokusere oppmerksomheten rundt forholdet mellom den enkelte bruker og resten av omsorgssystemet, bl.a. gjennom bruk av totalomsorgsskjema. Tiltak og tjenester må samordnes rundt den enkelte bruker. Hjemmehjelpa er her en grunnpillars. Fysioterapeuten har for eksempel sett hjemmehjelperne som en sentral samarbeidspartner.

De kretsvisе samlingene for hjemmehjelperne har skapt muligheter for kontakt og gjensidig identifisering. Å møtes én eller to ganger i året kan gi opplevelse av å stå sammen i tjenesten, samtidig som slike samlinger kan være viktige fora for informasjon og undervisning.

Pr. 31.12.87 hadde kommunen 58 hjemmehjelpere - av dette 22 pårørende som er engasjert som familiehjelpere. Det er ansatt én hjemmehjelper fast i en halv stilling i hver krets. Såvidt vi kjenner til, har ikke kommunen planer om å etablere flere faste stillinger.

EGENOMSORG-UFORMELLE HJELPEKILDER-OFFENTLIG OMSORG.

Modellen som lå til grunn for prosjektet la opp til at det i eldreomsorgen bør skje et samspill mellom mottageren og de hjelpetjenester som finnes av offentlig og uformell art.

I forhold til dette perspektivet har en i prosjektet ikke "nådd bakken". Totalomsorgsskjemaene er i svært liten grad benyttet. Fortsatt synes brukerne å snakke om to typer tjenester - hjemmehjelperne og sykepleierne. Hvordan samspillet mellom brukerne, omsorgspotensialet i brukerens nærmiljø og offentlige hjelpekilder skal utformes må kommunen arbeide videre med. Omsorgstilbudet bør utformes som og bli et samspill mellom flere hjelpekilder, med kommunen som den ansvarlige instans.

På denne bakgrunn bør kommunen utforme en omsorgspolitik som klargjør hvordan kommunen skal samarbeide med det uformelle nettverk og lokale organisasjoner om omsorgsoppgaver. Tilliten som er etablert mellom bruker/pårørende og de kommunale hjemmetjenestene bør være et utmerket utgangspunkt for en slik prosess.

SYKEPLEIEREN OG HJEMMEHJELPEREN I ÅPEN OMSORG.

På bakgrunn av den sammenhengen som er trukket opp i forannevnte punkt, må man arbeide videre med sykepleierens faglige profil i åpen omsorg og hjemmehjelperens oppgaver. Det er ikke et spørsmål om man trenger dem, men mer et spørsmål om hva man vil med dem i åpen omsorg. Når kommunene nå bygger ut åpen omsorg, er det behov for en omfordeling og justert bruk av nåværende kompetanse i kommunene.

I kap. 5 og 6 omtaler vi nærmere bakgrunnen for at sykepleiefagets form og innhold i åpen omsorg bør drøftes nærmere. De kommunale hjemmetjenestene må forholde seg til komplekse omgivelser med stor grad av oppgaveusikkerhet. En må være innstilt på å behandle forskjellige brukere. Både psykisk utviklingshemmede, flykninger, asylsøkere, eldre, funksjonshemmede og pasienter fra psykisk helsevern vil ha bruk for kommunale hjemmetjenester (Raustøl-88). Hva blir sykepleiefagets verdi og kunnskapsgrunnlag i en hjemmebasert omsorg hvor dette er noe av utfordringene.

"Vangsmodellen" ga hjemmehjelperen en sentral plassering. Var bakgrunnen for dette knyttet til at det var eldreomsorg som var utgangspunkt for omorganiseringen? Vil hjemmehjelperen få en annen plassering når andre grupper som nevnt foran blir sentrale brukere av pleie og omsorgstjenesten? (Kfr. bl.a. Ot.prp.nr.49 (1987-1988) om "Ansvar for tiltak og tjenester for mennesker med psykisk utviklingshemming").

En må arbeide videre med forholdet mellom de omsorgstrengendes hverdagssituasjon og omsorgspersonalets arbeidssituasjon.

DET KVALITATIVE ASPEKT.

Vi har tidligere vist at vi ikke kan trekke noen klare konklusjoner når det gjelder det kvalitative innhold i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Det kvalitative innhold i hjelperelasjonene og virkningene av "Vangsmodellen" kjenner vi for lite til.

Gjennom prosjektet er pleie- og omsorgstjenesten blitt mer produktiv. En bør arbeide videre med å avklare de kvalitative aspektene.

Litteratur:

- Bergh/Skansgård "Tid for nytenkning"
NBI-rapport 2/85
- Ellefsen, Bodil "Andres hjem- vår arbeidsplass"
Arbeidskrav og rolleutforming i
hjemmesykepleien.
Publikasjonsserie 3/1987 -
Institutt for sykepleievitenskap.
- Feiring, Robert "Miljøarbeidets onde sirkel"
i "Kollektivteori og sosiologi"
Gyldendal Norsk forlag 1983
- Holter, I.M. "Sykepleieprosessen- gir den oss
en felles faglig forståelse?"
Sykepleien- nr. 10/1988.
- Hvinden, Bjørn "Om rasjonalitet, arbeidsorganisasjon
og yrke i samfunnets velferds
sektor. Arbeidsnotat 5/84 .
Institutt for samfunnsforskning.
- Karoliussen/Smebye "Sykepleie-fag og prosess"
Universitetsforlaget - 1985.
- Lesjø, Jon Helge "Framtidskommunen"
ØF-notat 11/1988.
- Lingsom, Susan "I eget hjem med andres hjelp"
Offentlig og privat omsorg i eldres
hverdag. Rapport 3/87.
Institutt for sosialforskning.
- Nygård, L m.fl. "Korleis brukar kommunane omsorgs-
ressursane sine?"
Rapport 7/86. NIS-Sintef-gruppen.
- Raustøl, Tellef "1 pluss 1 = 3
Et nytt alternativ
Integrering av institusjonstjenesten
og hjemmetjenesten i Søndre Land
kommune". ØF-notat 4/1988.
- Rolfsen, Hans Ole "Kommunebudsjettet som styrings-
instrument - et organisasjons

- økonomisk perspektiv."
Oppland distriktshøyskole 1984.
- Rønning, Rolf. "Eldre i nærmiljøet"
Tano 1986.
- Strand/Rønning "Eldreomsorgen i Vang kommune"
ØF-rapport 18/1986.
- Torgersen, Ulf "Profesjons sosiologi"
U-forlaget 1972
- Tunset/Øvrebø "Brukes sykepleieprosessen i
praksis"
Sykepleien nr. 4/1984.
- Wærness, Kari "Kvinneperspektiver på sosial
politikken".
Universitetsforlaget 1982.
- Ot.prp.nr. 49(87/88) Ansvar for tiltak og tjenester for
mennesker med psykisk utviklings
hemming.
- R-direktoratet Resultatrettet virksomhetsplanlegg-
ing. En veileder - 1985.

KONFIDENSIELT

VEDLEGG 1.

SØKNAD OM OMSORGS- OG PLEIEHJELP

KRETS NAVN:	DATO:
KRETS LEDER:	TLF:
SØKERS NAVN:	FØDT:
EVT. EKTEFELLES NAVN:	FØDT:
TLF:	
NÆRMESTE PÅRØRENDE:	
ADR:	TLF:
BOLIGFORHOLD:	ANTALL ROM:
ANTALL PERSONER I HUSSTANDEN:	
OPPLYSNINGER OM HVORFOR DET ØNSKES HJELP:	
OPPLYSNINGER OM HVA DET TRENGS HJELP TIL:	
OPPLYSNINGER OM HVOR MEGET HJELP SOM ØNSKES:	

Skjemaet oppbevares: KONTORET VED VANGSHEIMEN

VEDLEGG 2.

TOTALOMSORGSKONTRAKT

Navn: _____ f: _____ Aadr: _____ Tlf: _____
 Pårørende: _____ Aadr: _____ Tlf: _____
 Hjelp av pårørende: _____
 Hjelp av nærmiljøet: _____
 Hjemmehjelpere: _____ Hvilke dager: _____ Tid: _____
 Sykepleie: _____ Hvilke dager: _____ Tid: _____
 Døgnservice: _____ Hvilke tidsrom: _____ Fysioterapeuttilbud: _____
 Avlestningstilbud: _____ Trygghetsalarm: _____ Drosje: _____ Lege: _____
 Annen hjelp: Ferdigmat/postbud _____
 Faste medisiner: _____ Hjelpemidler: _____ Div. opplysninger: _____
 Årsak til hjelpebehov: _____

Dato: _____
 Bruker _____ Områdesykepleier _____ Bestyrer _____

Gjenpart: Oppslag hos Bruker

VEDLEGG 3.

Turnusplan for døgnservice - første ordning fra april 1986
til april 1987.

Stilling	M	T	O	T	F	L	S
Sykepleiesjef	D	D	D	D	D		
Sykepleier			D	S	D	P1	P1
				P3	P3	P3	P3
Hjelpepleier	D	D			S		

(0.5 stilling)

I tillegg deltok andre ansatte i variable og faste vakter.

Som kommentar til turnusen ble det satt opp flg. viktige momenter:

- * det er kun 3 dager på 4 uker at sykepleiesjefen var alene i morgenstellet.
- * hjemmesykepleien får 6 senvakter på 4 uker
- * resten av senvaktene bli dekket av sykepleiere fra Vangsheimen.

Tegnforklaring til turnusplanen:

D: dagvakt, kl.7.00 - kl.14.30.

S: senvakt, kl.14.15 - kl.22.15.

Senvakta (sykepleieren) jobber på Vangsheimen til ca. kl.19.30 og er "ute" til ca. kl.22.00.

P3: bakvakt natt - hvilende vakt.

Vedkommende får betalt for hver 5.time omregnet til 1.8 timer.

P1: gjelder aktiv vakt lørdag og søndag.
fra kl. 0.8.00- kl. 11.00 ialt 3 timer
aktiv vakt fra kl. 19-22 ialt 3 timer.
bakvakt mellom lørdag og søndag ialt 3 timer.

For de ansatte i hjemmesykepleien:

D: dagvakt fra kl. 0.8.00 - kl. 15.30

S: senvakt fra kl. 14.00 - kl. 22.00

P1 og P3 - se Vangsheimen.

Natt til lørdag og natt til søndag er det kun 2 hjelpepleiere på nattevakt. Sykepleierne har da felles bakvakt på Vangsheimen og i hjemmesykepleien.

Utrykning på bakvakt betales med 50 % tillegg-natt-tillegg. Avspaseres da gjerne time mot time. Tillegget(50%) utbetales. Utrykningen må dekkes av den tjenesten oppdraget utføres for.

VEDLEGG 4.

Bruk av døgnservicetjenesten.

I dette vedlegget vil vi gi en oversikt over antall brukere som ble utskrevet fra Vangsheimen fra 1.4.1986 til 31.12.1986 og i den sammenheng vise hvor avhengig de var av døgnservice for å kunne etablere seg i eget hjem.

Måned	Utskrevet til	Avhengig av.
April 1986	Eget hjem Sykehus Aldershjem	
Mai 1986	Eget hjem Eget hjem Eget hjem Aldershjem Eget hjem	Full døgnservice tjeneste Kveldstjeneste En rekke avlastnings opphold Full døgnservice pluss avlastnings opphold
Juni 1986	Aldershjem Eget hjem Eget hjem	Trygghetsalarm Full døgnservice pluss avlastningsopphold
Juli 1986	Grindaheim Eget hjem	Trygghetsalarm/hjemme

	Eget hjem	hjelp/hjemmesykepleie Full døgnservice pluss avlastningsopphold
	Eget hjem	Full døgnservice pluss hjemmehjelp.

August 1986	Grindaheim	

September 1986	Aldershjem Aldershjem Aldershjem Sykehus Sykehus	

Oktober 1986	Eget hjem	Tilsyn fra hjemmehjelp

November 1986	Eget hjem Eget hjem	Full døgnservice. Tilsyn

Desember 1986	Eget hjem	Hjelp til morgenstell Avlastning 2 dager pr. uke.

I perioden 1.4.1986 til 31.12. 1986 var det 123 dødsfall på institusjonen. Av 24 pasienter som ble utskrevet fra institusjonen var det 7 stk. som var helt avhengig av døgnservice. Hvis ikke døgnservicetilbudet hadde vært etablert, måtte disse utfra personalets vurdering fortsatt ha bodd på Vangsheimen.

VEDLEGG 5.

Beskrivelse av stillingsfunksjonene.

BESTYREREN har ansvar for flg. oppgaver:

Økonomi.

Budsjett.

- Forslag til årsbudsjett.
- Tiltak for å effektivisere driften
- Planlegge og gjennomføre innkjøp.
- Evt. fremme budsjettjusteringer

Ivareta kontakten med andre kommunale etater og aktuelle samarbeidspartnere i kommunen.

- Rådmannskontoret.
- Helse og sosialstyret.
- Kommunelege 1 og 2
- Kommunekasse
- Trygdekontor.
- Vernepleier.
- Apotek
- Grindaheim hotell.
- Banken.

Ivareta kontakten med selgere- evt. innhente anbud.

Ansvar for pasientregnskap.

Ansvar for disponering av gavemidler, legater.

Ha kontakt med fylkeslegekontoret, fylkeshelsesjefens kontor og andre kommuner i regionen, bl.a. delta på de månedlige bestyrermøter. Bestyrer deltar på møter for sykepleiesjefene i fellesskap med en av områdesykepleierne.

Administrasjon.

Saksbehandler til helse og sosialstyret for saker ang. pleie- og omsorgstjenesten.

Gjøre innstillinger ang. ansettelse overfor adm.utvalget.

-utforme utlysningstekst.

-ansette vikarer.

Saksbehandler for institusjonen.

Få ordningen med trygghetsalarmer til å fungere.

-ansvar for tildeling.

Ha tilsyn vedr. vedlikehold av boligmassen.

-daglig kontakt med vaktmester.

Ansvar for brannvern.

Ta avgjørelser i tildeling av hjemmehjelp.

Skrive årsrapport.

Samarbeide med kontorfullmektig.

-arkiv

-regninger

-arbeidsliste

-kjørelister

-gjennomgå dagens post.

Turnusplanlegging/ferier/høytider.

-registrering av overtid.

Overordnet personalansvar for alle ansatte på huset (inkludert utarbeiderne) Skape betingelser for at de ansatte skal få faglig utvikling og vekst og trivsel i arbeidet.

Daglig personalledelse av rengjøringspersonalet, vaktmester, kontorfullmektig og ansatte på kjøkken, arbeidsstue og på vaskeriet.

- ukentlige møter med avd. sykepleier og hver enkelt områdesykepleier

- lede områdesykepleiemøtene hver onsdag.

Faglig veileder:

Bestyreren skal:

- gi regelmessig konsultasjon til områdesykepleierne.
- gjennomføre regelmessige medarbeidersamtaler med områdesykepleierne

AVDELINGSLEDER på Vangsheimen har ansvar for flg. oppgaver:
Pasientarbeid:

Kontakt med pårørende

Legevisitt hver tirsdag

Bl.prøver/med.bestillinger

Faglig ansvar for pleie og omsorgsnivået i avdelingen.

Administrasjon og ledelse av avdelingen

Personalutvikling og daglig personalledelse av de ansatte i avdelingen.

Stå i løpende kontakt med områdesykepleierne om brukerne.

Han ansvar for justering og fordeling av bemanningen på avdelingen og i hvert område ute i forhold til den aktuelle pleietyngde på ethvert sted og til enhver tid. Som et ledd i dette arbeidet sette opp ukentlige arbeidsfordelingslister på Vangsheimen og i døgnservice.

Innkalle til og lede personalmøte for de ansatte på avdelingen.

Introduksjon og opplæring av nyansatte.

Veiledning av praktikanter.

Planlegge og gjennomføre regelmessige medarbeidersamtaler for de ansatte i avdelingen.

Kreativitet.

Være åpen for utviklingstiltak og prosesser som kan forbedre organisasjonen og produktet.

Gi informasjon til og motta reaksjoner fra omverden.

Samarbeid.

Fast stedfortreder i bestyrers fravær.

Ukentlige møter med bestyrer.

Delta på områdesykepleiemøtene.

Samarbeide med fysioterapeuten om treningsprogram for pasientene inne.

Regelmessige møter med ansatte i arbeidsstuen.

Gi informasjon og ha regelmessig kontakt med ansatte på kjøkkenet.

Informasjon til kontordamen om nyinntak av pas./utskrivninger.

OMRÅDESYKEPLEIERNE har ansvar for flg. oppgaver:

1. Ha ansvar for at brukerne i området får et helhetlig pleie- og omsorgstilbud som organiseres som en sammenhengende tiltakskjede med hjemmet som arena for omsorgsutøvelsen. Tjenestetilbudet skal utformes og organiseres i forhold til brukerens behov og i et samspill med familien og nærmiljøet forøvrig.

2. Legge forholdene tilrette for, planlegge og utføre pleie-

og omsorgstjenester, samordne og koordinere hjelpetilbud rundt den enkelte bruker i distriktet i forhold til gitte økonomiske rammer.

3. Utøve pleie og omsorgstjenester i de andre områdene i forbindelse med faste oppdrag, bakvakter og "overlapping" av områder.

4. Stå i regelmessig kontakt med:

De andre områdesykepleierne med tanke på samarbeid om personell og tjenesteoppgaver overfor brukerne.

Hjelpepleiere og sykepleiere som arbeider ute.

Avdelingsleder på Vangsheimen om pleie- og omsorgsmengden i det aktuelle område for eventuell justering og fordeling av bemanning på avd. og i forhold til hvert område ute.

Bestyrer med tanke på fordeling av hjemmehjelp, ferie, avspasering, konsultasjon om brukerne og medarbeidersamtale.

Lokale samarbeidspartnere i kommunen og i lokalsamfunnet for å legge forholdene tilrette for en helhetlig pleie- og omsorgstjeneste i kommunen.

5. Områdesykepleiemøtet gir møtedeltagerne muligheter for å drøfte faglige tilnærminger og økonomiske prioriteringer for hver enkelt bruker.

6. Gi pårørende og nøkkelpersoner i pasientens sosiale nettverk informasjon og veiledning.

7. Administrere, lede og undervise hjemmehjelperne i X område
Foreslå fordeling av hjemmehjelpstimer til den enkelte bruker. Bestyrer beslutter fordelingen.

8. Følge det oppsatte turnusarbeidet på VAS på linje med de andre sykepleierne på avdelingen.

KONFIDENSIELT

VEDLEGG 1.

SØKNAD OM OMSORGS- OG PLEIEHJELP

KRETS NAVN:	DATO:
KRETS LEDER:	TLF:
SØKERS NAVN:	FØDT:
EVT. EKTEFELLES NAVN:	FØDT:
TLF:	
NÆRMESTE PÅRØRENDE:	
ADR:	TLF:
BOLIGFORHOLD:	ANTALL ROM:
ANTALL PERSONER I HUSSTANDEN:	
OPPLYSNINGER OM HVORFOR DET ØNSKES HJELP:	
OPPLYSNINGER OM HVA DET TRENGS HJELP TIL:	
OPPLYSNINGER OM HVOR MEGET HJELP SOM ØNSKES:	

Skjemaet oppbevares: KONTORET VED VANGSHEIMEN

VEDLEGG 2.

TOTALOMSORGSKONTRAKT

Navn: _____ f: _____ Aadr: _____ Tlf: _____
 Pårørende: _____ Aadr: _____ Tlf: _____
 Hjelp av pårørende: _____
 Hjelp av nærmiljøet: _____
 Hjemmehjelpere: _____ Hvilke dager: _____ Tid: _____
 Sykepleie: _____ Hvilke dager: _____ Tid: _____
 Døgnservice: _____ Hvilke tidsrom: _____ Fysioterapeuttilbud: _____
 Avlestningstilbud: _____ Trygghetsalarm: _____ Drosje: _____ Lege: _____
 Annen hjelp: Ferdigmat/postbud _____
 Faste medisiner: _____ Hjelpemidler: _____ Div. opplysninger: _____
 Årsak til hjelpebehov: _____

Dato: _____
 Bruker _____ Områdesykepleier _____ Bestyrer _____

Gjenpart: Oppslag hos Bruker

VEDLEGG 3.

Turnusplan for døgnservice - første ordning fra april 1986
til april 1987.

Stilling	M	T	O	T	F	L	S
Sykepleiesjef	D	D	D	D	D		
Sykepleier			D	S	D	P1	P1
				P3	P3	P3	P3
Hjelpepleier (0.5 stilling)	D	D			S		

I tillegg deltok andre ansatte i variable og faste vakter.

Som kommentar til turnusen ble det satt opp flg. viktige momenter:

- * det er kun 3 dager på 4 uker at sykepleiesjefen var alene i morgenstellet.
- * hjemmesykepleien får 6 senvakter på 4 uker
- * resten av senvaktene bli dekket av sykepleiere fra Vangsheimen.

Tegnforklaring til turnusplanen:

D: dagvakt, kl.7.00 - kl.14.30.

S: senvakt, kl.14.15 - kl.22.15.

Senvakta (sykepleieren) jobber på Vangsheimen til ca. kl.19.30 og er "ute" til ca. kl.22.00.

P3: bakvakt natt - hvilende vakt.

Vedkommende får betalt for hver 5.time omregnet til 1.8 timer.

P1: gjelder aktiv vakt lørdag og søndag.
fra kl.0.8.00- kl.11.00 ialt 3 timer
aktiv vakt fra kl. 19-22 ialt 3 timer.
bakvakt mellom lørdag og søndag ialt 3 timer.

For de ansatte i hjemmesykepleien:

D: dagvakt fra kl. 0.800 - kl.15.30

S: senvakt fra kl. 14.00 - kl.22.00

P1 og P3 - se Vangsheimen.

Natt til lørdag og natt til søndag er det kun 2 hjelpepleiere på nattevakt. Sykepleierne har da felles bakvakt på Vangsheimen og i hjemmesykepleien.

Utrykning på bakvakt betales med 50 % tillegg-natt-tillegg. Avspaseres da gjerne time mot time. Tillegget(50%) utbetales. Utrykningen må dekkes av den tjenesten oppdraget utføres for.

VEDLEGG 4.

Bruk av døgnservicetjenesten.

I dette vedlegget vil vi gi en oversikt over antall brukere som ble utskrevet fra Vangsheimen fra 1.4.1986 til 31.12.1986 og i den sammenheng vise hvor avhengig de var av døgnservice for å kunne etablere seg i eget hjem.

Måned	Utskrevet til	Avhengig av.
April 1986	Eget hjem Sykehus Aldershjem	
Mai 1986	Eget hjem Eget hjem Eget hjem Aldershjem Eget hjem	Full døgnservice tjeneste Kveldstjeneste En rekke avlastnings opphold Full døgnservice pluss avlastnings opphold
Juni 1986	Aldershjem Eget hjem Eget hjem	Trygghetsalarm Full døgnservice pluss avlastningsopphold
Juli 1986	Grindaheim Eget hjem	Trygghetsalarm/hjemme

	Eget hjem	hjelp/hjemmesykepleie Full døgnservice pluss avlastningsopphold
	Eget hjem	Full døgnservice pluss hjemmehjelp.

August 1986	Grindaheim	

September 1986	Aldershjem Aldershjem Aldershjem Sykehus Sykehus	

Oktober 1986	Eget hjem	Tilsyn fra hjemmehjelp

November 1986	Eget hjem Eget hjem	Full døgnservice. Tilsyn

Desember 1986	Eget hjem	Hjelp til morgenstell Avlastning 2 dager pr. uke.

I perioden 1.4.1986 til 31.12. 1986 var det 123 dødsfall på institusjonen. Av 24 pasienter som ble utskrevet fra institusjonen var det 7 stk. som var helt avhengig av døgnservice. Hvis ikke døgnservicetilbudet hadde vært etablert, måtte disse utfra personalets vurdering fortsatt ha bodd på Vangsheimen.

VEDLEGG 5.

Beskrivelse av stillingsfunksjonene.

BESTYREREN har ansvar for flg. oppgaver:

Økonomi.

Budsjett.

- Forslag til årsbudsjett.
- Tiltak for å effektivisere driften
- Planlegge og gjennomføre innkjøp.
- Evt. fremme budsjettjusteringer

Ivareta kontakten med andre kommunale etater og aktuelle samarbeidspartnere i kommunen.

- Rådmannskontoret.
- Helse og sosialstyret.
- Kommunelege 1 og 2
- Kommunekasse
- Trygdekontor.
- Vernepleier.
- Apotek
- Grindaheim hotell.
- Banken.

Ivareta kontakten med selgere- evt. innhente anbud.

Ansvar for pasientregnskap.

Ansvar for disponering av gavemidler, legater.

Ha kontakt med fylkeslegekontoret, fylkeshelsesjefens kontor og andre kommuner i regionen, bl.a. delta på de månedlige bestyrermøter. Bestyrer deltar på møter for sykepleiesjefene i fellesskap med en av områdesykepleierne.

Administrasjon.

Saksbehandler til helse og sosialstyret for saker ang. pleie- og omsorgstjenesten.

Gjøre innstillinger ang. ansettelse overfor adm.utvalget.

-utforme utlysningstekst.

-ansette vikarer.

Saksbehandler for institusjonen.

Få ordningen med trygghetsalarmer til å fungere.

-ansvar for tildeling.

Ha tilsyn vedr. vedlikehold av boligmassen.

-daglig kontakt med vaktmester.

Ansvar for brannvern.

Ta avgjørelser i tildeling av hjemmehjelp.

Skrive årsrapport.

Samarbeide med kontorfullmektig.

-arkiv

-regninger

-arbeidsliste

-kjørelister

-gjennomgå dagens post.

Turnusplanlegging/ferier/høytider.

-registrering av overtid.

Overordnet personalansvar for alle ansatte på huset (inkludert utarbeiderne) Skape betingelser for at de ansatte skal få faglig utvikling og vekst og trivsel i arbeidet.

Daglig personalledelse av rengjøringspersonalet, vaktmester, kontorfullmektig og ansatte på kjøkken, arbeidsstue og på vaskeriet.

- ukentlige møter med avd. sykepleier og hver enkelt områdesykepleier

- lede områdesykepleiemøtene hver onsdag.

Faglig veileder:

Bestyreren skal:

- gi regelmessig konsultasjon til områdesykepleierne.
- gjennomføre regelmessige medarbeidersamtaler med områdesykepleierne

AVDELINGSLEDER på Vangsheimen har ansvar for flg. oppgaver:
Pasientarbeid:

Kontakt med pårørende

Legevisitt hver tirsdag

Bl.prøver/med.bestillinger

Faglig ansvar for pleie og omsorgsnivået i avdelingen.

Administrasjon og ledelse av avdelingen

Personalutvikling og daglig personalledelse av de ansatte i avdelingen.

Stå i løpende kontakt med områdesykepleierne om brukerne.

Han ansvar for justering og fordeling av bemanningen på avdelingen og i hvert område ute i forhold til den aktuelle pleietyngde på ethvert sted og til enhver tid. Som et ledd i dette arbeidet sette opp ukentlige arbeidsfordelingslister på Vangsheimen og i døgnservice.

Innkalle til og lede personalmøte for de ansatte på avdelingen.

Introduksjon og opplæring av nyansatte.

Veiledning av praktikanter.

Planlegge og gjennomføre regelmessige medarbeidersamtaler for de ansatte i avdelingen.

Kreativitet.

Være åpen for utviklingstiltak og prosesser som kan forbedre organisasjonen og produktet.

Gi informasjon til og motta reaksjoner fra omverden.

Samarbeid.

Fast stedfortreder i bestyrers fravær.

Ukentlige møter med bestyrer.

Delta på områdesykepleiemøtene.

Samarbeide med fysioterapeuten om treningsprogram for pasientene inne.

Regelmessige møter med ansatte i arbeidsstuen.

Gi informasjon og ha regelmessig kontakt med ansatte på kjøkkenet.

Informasjon til kontordamen om nyinntak av pas./utskrivninger.

OMRÅDESYKEPLEIERNE har ansvar for flg. oppgaver:

1. Ha ansvar for at brukerne i området får et helhetlig pleie- og omsorgstilbud som organiseres som en sammenhengende tiltakskjede med hjemmet som arena for omsorgsutøvelsen. Tjenestetilbudet skal utformes og organiseres i forhold til brukerens behov og i et samspill med familien og nærmiljøet forøvrig.

2. Legge forholdene tilrette for, planlegge og utføre pleie-

og omsorgstjenester, samordne og koordinere hjelpetilbud rundt den enkelte bruker i distriktet i forhold til gitte økonomiske rammer.

3. Utøve pleie og omsorgstjenester i de andre områdene i forbindelse med faste oppdrag, bakvakter og "overlapping" av områder.

4. Stå i regelmessig kontakt med:

De andre områdesykepleierne med tanke på samarbeid om personell og tjenesteoppgaver overfor brukerne.

Hjelpepleiere og sykepleiere som arbeider ute.

Avdelingsleder på Vangsheimen om pleie- og omsorgsmengden i det aktuelle område for eventuell justering og fordeling av bemanning på avd. og i forhold til hvert område ute.

Bestyrer med tanke på fordeling av hjemmehjelp, ferie, avspasering, konsultasjon om brukerne og medarbeidersamtale.

Lokale samarbeidspartnere i kommunen og i lokalsamfunnet for å legge forholdene tilrette for en helhetlig pleie- og omsorgstjeneste i kommunen.

5. Områdesykepleiemøtet gir møtedeltagerne muligheter for å drøfte faglige tilnærminger og økonomiske prioriteringer for hver enkelt bruker.

6. Gi pårørende og nøkkelpersoner i pasientens sosiale nettverk informasjon og veiledning.

7. Administrere, lede og undervise hjemmehjelperne i X område
Foreslå fordeling av hjemmehjelpstimer til den enkelte bruker. Bestyrer beslutter fordelingen.

8. Følge det oppsatte turnusarbeidet på VAS på linje med de andre sykepleierne på avdelingen.