

ØF-rapport nr. 22/2003

Arbeidsmiljø, tidsbruk og inkontinenspleie.

En undersøkelse blant ansatte i
institusjonsbasert og hjemmebasert
omsorg i to kommuner.

av

Torhild Andersen og
Trude Hella Eide

Østlandsforskning

er et forskningsinstitutt som ble etablert i 1984 med Oppland, Hedmark og Buskerud fylkeskommuner samt Kommunaldepartementet som stiftere, og har i dag 29 ansatte.

Østlandsforskning er lokalisert i høgskole-miljøet på Lillehammer. Instituttet driver anvendt, tverrfaglig og problemorientert forskning og utvikling.

Østlandsforskning er orientert mot en bred og sammensatt gruppe brukere. Den faglige virksomheten er konsentrert om to områder:

Regional- og næringsforskning
Offentlig forvaltning og tjenesteyting

Østlandsforsknings viktigste oppdragsgivere er departement, fylkeskommuner, kommuner, statlige etater, råd og utvalg, Norges forskningsråd, næringslivet og bransjeorganisasjoner.

Østlandsforskning har samarbeidsavtaler med Høgskolen i Lillehammer, Høgskolen i Hedmark og Norsk institutt for naturforskning. Denne kunnskaps-ressursen utnyttes til beste for alle parter.

ØF-rapport nr. 22/2003

Arbeidsmiljø, tidsbruk og inkontinenspleie.

En undersøkelse blant ansatte i institusjonsbasert og
hjemmebasert omsorg i to kommuner.

av

Torhild Andersen og
Trude Hella Eide



Tittel: Arbeidsmiljø, tidsbruk og inkontinenspleie.
En undersøkelse blant ansatte i institusjonsbasert og
hjemmebasert omsorg i to kommuner.

Forfattere: Torhild Andersen og Trude Hella Eide

ØF-rapport nr.: 22/2003

ISBN nr.: 82-7356-530-0

ISSN nr.: 0809-1617

Prosjektnummer: K 132

Prosjektnavn: Tidsbruksstudier i omsorgsykker

Oppdragsgiver: SCA Hygiene Products AS

Prosjektleder: Trude Hella Eide

Referat: Rapporten baserer seg på en studie blant ansatte innen hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg, fordelt på fem undersøkelsesenheter i to kommuner. Studien fokuserer på sammenhengen mellom arbeidsmiljø, helse, sykefravær, tidsbruk og inkontinenspleie. Ved hjelp av spørreskjema-undersøkelse og intervjuer med de ansatte, forsøker vi å si noe om ansattes opplevelse av eget arbeidsmiljø og trivselen med ulike typer arbeidsoppgaver. Studien omfatter også en registrering av de ansattes tidsbruk i forhold til de arbeidsoppgavene som gjennomføres i løpet av en uke, med et spesielt fokus på tidsbruken innen inkontinensstell. Det er i tillegg gjennomført en kartlegging av inkontinente hjemmeboende brukere, som blant annet har fokusert på antall bleieskift og hyppighet av lekkasjer. Rapporten omfatter også en oversikt over sykefraværet i hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg nasjonalt, og i de to kommunene som er med i vårt utvalg. Studien er en oppdatering av tre tidligere undersøkelser omkring samme tema, som er gjennomført i 1991, 1996 og 1997 (ØF-rapportene 06 /91, 01/97 og 28/97).

Sammendrag: Norsk

Emneord: Arbeidsmiljø, tidsbruk, trivsel, inkontinens, hjemmebasert omsorg, institusjon.

Dato: Oktober 2003

Antall sider: 66 + vedlegg

Pris: Kr 90,-

Utgiver: Østlandsforskning
Serviceboks
2626 Lillehammer
Telefon 61 26 57 00
Telefax 61 25 41 65
e-mail: post@ostforsk.no
<http://www.ostforsk.no>

?Dette eksemplar er fremstilt etter KOPINOR, Stenergate 1 0050 Oslo 1. Ytterligere eksemplarframstilling uten avtale og strid med åndsverkloven er straffbart og kan medføre erstatningsansvar.

Forord

Denne rapporten tar utgangspunkt i situasjonen til de ansatte innen hjemmebasert omsorg og institusjonsbasert omsorg i fem enheter i to kommuner på indre Østlandet. Vi er først og fremst takknemlig overfor alle de ansatte som har deltatt i undersøkelsene og brukt av sin tid til å fylle ut spørreskjemaer, tidsbruksskjemaer og deltatt i intervjuer. For å kunne gjennomføre en studie som denne er vi helt avhengig av den type velvilje som vi har møtt blant ansatte i de to kommunene som har vært med i vårt utvalg.

Vi ønsker videre å takke omsorgslederne i de to kommunene for at de lot Østlandsforskning få lov å gjennomføre studien i de ønskede enhetene. Videre er vi svært takknemlig for den interessen og imøtekommenheten vi har møtt hos avdelingslederne ved de fem enhetene, som har deltatt i planleggingen, utforming og gjennomføringen av undersøkelsene. Uten deres vilje til å legge til rette for det, hadde ikke undersøkelsen latt seg gjennomføre. Vi håper rapporten og resultatene fra studien vil være til nytte for de fem enhetene som er med i utvalget.

Til sist en takk til oppdragsgiver SCA Hygiene Products AS ved Kjell Mathiesen, for et godt og konstruktivt samarbeide, og til forsker Vigdis Mathisen Olsvik som har hatt det overordnede faglige ansvaret for prosjektet og vært bakleser av rapporten.

Lillehammer, oktober 2003

Trude Hella Eide
Prosjektleder

Lene Nyhus
Forskningsleder

Innhold

<u>SAMMENDRAG</u>	7
<u>DEL I: BAKGRUNN, FOKUS OG METODE</u>	11
<u>KAP 1 INNLEDNING</u>	11
1.1 BAKGRUNN FOR UNDERSØKELSEN	11
1.2 STUDIENS PROBLEMSTILLINGER/TEMA	12
1.3 RAPPORTENS OPPBYGNING	13
1.4 SITUASJONEN I ELDREOMSORGEN	13
1.4.1 <i>Situasjonen i dag og fremover</i>	13
1.4.2 <i>De kommunale pleie- og omsorgstjenestene</i>	14
1.4.3 <i>Personellsituasjonen i kommunehelsetjenesten</i>	15
1.5 SAMMENHENGEN MELLOM ARBEIDSMILJØ OG SYKEFRAVÆR	16
1.5.1 <i>Forklaringsmodeller</i>	16
1.5.2 <i>Definisjon av arbeidsmiljø</i>	18
1.5.3 <i>Kommunikasjon og dialog</i>	18
1.5.4 <i>Tjenesteorganiseringens betydning for arbeidsmiljøet</i>	19
1.5.5 <i>Arbeidsmiljø og turnusarbeid</i>	20
1.5.6 <i>Sykefravær og belastningsskader</i>	21
1.5.7 <i>Arbeidsmiljøet i hjemmebasert omsorg</i>	22
<u>KAP. 2 METODE OG UTVALG</u>	23
2.1 OPPDATERING AV TIDLIGERE UNDERSØKELSER	23
2.2 CASEKOMMUNER OG CASEENHETER	24
2.2.1 <i>Landkommunen og dens enheter</i>	24
2.2.2 <i>Bykommunen og dens enheter</i>	25
2.2 METODISKE TILNÆRMINGSMÅTER	27
2.3.1 <i>Spørreskjemaundersøkelse</i>	27
2.3.2 <i>Tidsbruksundersøkelse</i>	28
2.3.3 <i>Intervjuer</i>	30
2.3.4 <i>Kartlegging av inkontinente brukere</i>	31
2.4. VURDERING AV DATAMATERIALET	31
<u>DEL II ARBEIDSOPPGAVER OG ARBEIDSSITUASJON</u>	33
<u>KAP. 3 ARBEIDSOPPGAVER</u>	33
3.1 INNLEDNING	33
3.2 RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN	33
3.3 RESULTATER FRA TIDSRUKSUNDERSØKELSEN	36
3.4 RESULTATER FRA INTERVJUENE	37
3.4.1 <i>Om å gjøre en "god nok" jobb</i>	37
3.4.2 <i>Organiseringen av enhetene</i>	38
3.5 OPPSUMMERING	40
3.5.1 <i>Hjemmebasert omsorg</i>	40
3.5.2 <i>Institusjonsbasert omsorg</i>	40
<u>KAP. 4 ARBEIDSMILJØ</u>	41
4.1 INNLEDNING	41
4.2 RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN	41

4.3	<u>RESULTATER FRA INTERVJUENE</u>	43
4.3.1	<u>Arbeidsmiljøet mellom faggrupper/kollegaer</u>	43
4.3.2	<u>Forhold til ledelsen</u>	44
4.3.3	<u>Andre faktorer av betydning for arbeidsmiljøet</u>	45
4.4	<u>OPPSUMMERING</u>	46
4.4.1	<u>Hjemmebasert omsorg</u>	46
4.4.2	<u>Institusjonsbasert omsorg</u>	46
KAP 5	<u>BELASTNING OG SYKDOM</u>	47
5.1	<u>INNLEDNING</u>	47
5.2	<u>SYKEFRAVÆR I OMSORGSSEKTOREN</u>	47
5.3	<u>BELASTNING I HJEMMETJENESTEN – ARBEIDSTILSYNETS UNDERSØKELSE</u>	48
5.4	<u>RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN</u>	49
5.5	<u>RESULTATER FRA INTERVJUENE</u>	52
5.5.1	<u>Belastning og forebygging</u>	52
5.5.2	<u>Om å ta seg inn igjen</u>	54
5.6	<u>OPPSUMMERING</u>	54
5.6.1	<u>Hjemmebasert omsorg</u>	54
5.6.2	<u>Institusjonsbasert omsorg</u>	55
DEL III	<u>INKONTINENSPLEIE</u>	57
KAP 6	<u>INKONTINENS I HJEMMEBASERT OMSORG</u>	57
6.1	<u>OMFANGET AV INKONTINENTE HJEMMEBOENDE</u>	57
6.2	<u>TIDSBRUK TIL INKONTINENSSTELL</u>	59
6.3	<u>OM PRODUKTER OG PRODUKTKUNNSKAP</u>	60
6.4	<u>OPPSUMMERING</u>	61
KAP. 7	<u>INKONTINENSSTELL I INSTITUSJON</u>	63
7.1	<u>OMFANGET AV INKONTINENTE I INSTITUSJON</u>	63
7.2	<u>TIDSBRUK TIL INKONTINENSSTELL</u>	63
7.2.1	<u>Lekkasje fra bleiene</u>	64
7.3	<u>ØKT KOMPETANSE OG BEDRE HJELPEMIDLER</u>	64
7.4	<u>OPPSUMMERING</u>	65
	<u>LITTERATURREFERANSER</u>	67
	<u>VEDLEGG</u>	69

Sammendrag

Bakgrunn og opplegg for studien

Rapporten baserer seg på en studie innen hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg fordelt på fem undersøkelsesenheter i to kommuner på indre Østlandet. Studien fokuserer på sammenhengen mellom arbeidsmiljø, helse, sykefravær, tidsbruk og inkontinenspleie i de utvalgte undersøkelsesenheterne. Ved hjelp av spørreskjema og intervjuer forsøker vi å si noe om de ansattes opplevelse av eget arbeidsmiljø og ulike typer arbeidsoppgaver (herunder inkontinensstell), hva som oppleves som spesielt belastende, og hvordan de tenker om forebygging av egen helse/sykdom. Tidssbruksstudien registrerer ansattes tidsbruk i forhold til de arbeidsoppgavene som gjennomføres i løpet av en uke. Denne registreringen viser forholdet mellom direkte brukertid og indirekte brukertid, med et spesielt fokus på hvor mye tid som brukes på de ulike oppgavene innen inkontinensstell som for eksempel tid brukt til skifte av tøy på grunn av lekkasjer. I forbindelse med studien av inkontinenspleien har vi også gjennomført en kartlegging av inkontinente hjemmeboende brukere, som blant annet har fokusert på brukernes funksjonsnivå, antall bleieskift, hyppighet av lekkasjer, omfang av bruk av hjemmetjeneste. Rapporten omfatter også en nyere oversikt over sykefraværet i hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg på nasjonalt plan og i de to kommunene som er med i vårt utvalg. Studien er en oppdatering av tre tidligere undersøkelser omkring samme tema, som er gjennomført i 1991, 1996 og 1997 (ØF-rapportene 06 /91, 01/97 og 28/97).

Resultater fra hovedfunnene i undersøkelsen

Studien viser at det er stor grad av tilfredshet med alle typer arbeidsoppgaver innenfor alle yrkesgruppene og innenfor både hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg. De oppgavene de ansatte trives aller best med er sosial kontakt, daglig personlig stell og aktivisering/trening med bruker. Husarbeid, møter og kontorarbeid er de oppgavene som de ansatte trives dårligst med. Generelt opplever mange ansatte at de har for liten tid til å gjøre en "god nok jobb", og peker da blant annet på det å ha tid til å være sammen med brukerne.

Det ser ut til at integrerte tjenester gir større faglige utfordringer for de ansatte, særlig for hjemmehjelperne. De av hjemmehjelperne som har pleie- og omsorgsoppgaver, trives også godt med det.

Tidssbruksstudien viser at 69 prosent av arbeidstiden i hjemmebaserte tjenester er såkalt direkte brukertid, der pleierne er i direkte kontakt med pasienten/beboeren, mens tilsvarende tall for institusjonsbaserte tjenester er 65 prosent. Andre arbeidsoppgaver som forflytning mellom brukere, møter, kontorarbeid, veiledning, beredskap osv. kommer inn under det vi vil kalle indirekte brukertid, og utgjør altså den resterende tiden.

Når det gjelder ansattes arbeidsmiljø, viser vår studie at de ansatte generelt sett er godt fornøyd med miljøet på egen arbeidsplass. Det er stor grad av tilfredshet med samarbeidet med nærmeste overordnede, selv om dette varierer noe mellom enhetene. Derimot etterlyses det større grad av tilstedeværelse fra ledelsen. Lederne blir for mye opptatt med administrasjon og organisering, og får for lite tid til å delta i aktiviteten på avdelingene. Samarbeidet mellom faggruppene ser ut til å fungere bra, men det er mindre tilfredshet

mellom faggruppene i landkommunen enn i bykommunen. Videre er det stor tilfredshet med samarbeidet mellom faggruppene, der hvor hjemmehjelperne er integrerte i et arbeidsteam med hjemmesykepleien. Dette resultatet kan sees i sammenheng med at integrerte tjenester gir større faglige utfordringer for de ansatte, samtidig som det ser ut til å redusere motsetningene mellom faggruppene.

En av tre ansatte opplever å føle seg sliten etter arbeidsdagen en eller flere ganger i uken. Hjemmehjelpere er oftest slitne etter arbeidsdagen. Omlag halvparten av de spurte oppgir at de tar seg inn igjen etter et par timer eller i løpet av resten av dagen, mens noen få (4%) svarer at de ikke får tatt seg inn igjen i løpet av fritiden. Videre er det slik at en av tre opplever tidspress som belastende, og sykepleierne er den gruppen som dette i størst grad gjelder for. Spørreundersøkelsen avdekker også at omlag halvparten av de ansatte opplever løfting som belastende, og at en av to en eller annen gang har vært sykemeldt grunnet ryggplager. Opplevelsen av arbeidsstillinger som belastende ser ut til å være størst i hjemmetjenesten. Dette kan henge sammen med at det er vanskeligere å tilrettelegge for avlastning/hjelpemidler i hjemmene enn i institusjon. Tiltross for at det fysiske arbeidet er hardt i omsorgssektoren, kan den psykiske belastningen være vel så stor. I studien kommer det tydelig frem at tilrettelegging, bruk av hjelpemidler og gode produkter er viktige for å forebygge tunge arbeidsoppgaver, men at det i tillegg er vel så viktig å ha et godt og støttende arbeidsmiljø for å forebygge psykisk slitasje og utbrenthet.

Siste del av rapporten omhandler inkontinenspleien og et interessant funn er her at opplevelsen av inkontinensstell som belastende ser ut til å ha endret seg positivt fra tidligere undersøkelser. Totalt sett (i institusjon og hjemmetjeneste) er det bare 10 prosent som opplever inkontinensstell som belastende. Blant de institusjonsansatte var det til sammenligning 73 prosent av de spurte som svarte at de opplevde inkontinensstell som fysisk belastende¹, i 1996. Studien vår viser at de ansatte trives godt med inkontinensstell. Nye og forbedrede produkter, flere hjelpemidler og økt kompetanse på feltet gjør at inkontinensstellet ikke oppleves spesielt belastende. De fleste opplever å ha gode nok produktkunnskaper innen inkontinenspleien, men noen av personalet uttrykker behov for mer opplæring. Dette gjelder spesielt hjemmehjelpere som skal veilede bruker i kjøp av produkter.

I den institusjonsbaserte omsorgen går gjennomsnittlig 10 prosent av arbeidstiden med til inkontinensstell.² Omlag en prosent av arbeidstiden brukes til skift av tøy og sengetøy som følge av lekkasje fra bleier. Når det gjelder hjemmebasert omsorg bruker pleiepersonalet i hjemmetjenesten gjennomsnittlig 3 prosent av total arbeidstid til inkontinensstell. Tilsvarende tall for den ene kommunen som var med i undersøkelsen i 1996 var ca 7 prosent, noe som kan indikere en nedgang i tidsbruken innen inkontinenspleien i løpet av disse årene.

¹ I 1996-undersøkelsen ble det stilt spørsmål om både fysisk og psykisk belastende forhold, mens det i 2003-undersøkelsen ikke er skilt på fysisk og psykisk belastende forhold, men belastning generelt. Resultatene er derfor ikke direkte sammenlignbare.

² Dette er 10 prosent av den totale arbeidstiden. Tidsbruken kan deles i direkte brukertid (som er den tiden pleieren er i kontakt med pasienten) og indirekte brukertid (som er den delen av arbeidstiden som brukes til annet en direkte pleieoppgaver). I rapporten opererer vi med prosent av **total** arbeidstid (direkte + indirekte), der ikke annet er spesifisert. (Se også kap. 2).

Kartleggingen av inkontinente brukere i hjemmebasert omsorg viser at 18 prosent av brukerne i hjemmetjenestene i undersøkelsen, er inkontinente. Dette er noen færre enn i 1996-undersøkelsen, hvor 24 prosent av brukerne var inkontinente. Kartleggingen viser også at andelen inkontinente brukere er høy i omsorgsboligene (nesten 60 prosent), mens den altså er gått ned blant de øvrige hjemmeboende. Det fysiske funksjonsnivået blant de inkontinente brukerne av hjemmetjenester er noe høyere i 2003 enn i 1996, mens graden av inkontinens blant de hjemmeboende kan synes noe "lettere" enn i 1996. Når det gjelder gjennomsnittlig bleieskift pr døgn, ligger dette på 2,5, som er om lag det samme som i 1996. Det er noen færre i denne undersøkelsen enn i 1996 (6 prosent mot 16 prosent) som erfarer lekkasje fra bleiene ofte (dvs. mer enn en gang i uka). Videre viser kartleggingen en sterk økning i antallet brukere som skifter bleier selv, fra 20 prosent i 1996 til 54 prosent i 2003. I løpet av disse årene har det kommet nye og forbedrede produkter på markedet som kan ha gjort det enklere for brukerne å skifte selv (for eksempel beltebleier, truse-bleier og spesialbleier for menn). Det kan også henge sammen med et høyere funksjonsnivå hos de hjemmeboende inkontinente.

Kap 1 Innledning

1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Østlandsforskning har ved flere tidligere anledninger gjennomført undersøkelser om tidsbruk, arbeidsmiljø og kostnader innen inkontinenspleien i hjemmebasert og institusjonsbasert eldreomsorg på oppdrag for SCA Hygiene Products AS. I 1991 gjorde Østlandsforskning en undersøkelse om personalets tidsbruk på et sykehjem (Raustøl 1991). De siste to undersøkelsene ble gjennomført i 1996 og 1997, og hadde fokus på tidsbruk og kostnader innen inkontinenspleien i hjemmebasert og i institusjonsbasert omsorg (dvs sykehjem).

Tidsbruksstudien fra 1996 (Mathisen, ØF-rapport 01/1997) tok utgangspunkt i hjemmebasert omsorg i en kommune med spesiell fokus på inkontinenspleien. Man målte tid brukt til direkte pasientarbeid, til inkontinenspleie og til administrasjon, og fant at 72 prosent av arbeidstiden blant pleiepersonalet var direkte brukertid. Den mest tidkrevende arbeidsoppgaven var personlig stell som opptok 38 prosent av den totale arbeidstiden, hvorav ca 7 prosent gikk til inkontinenspleie.

Undersøkelsen om institusjonsansattes arbeidsmiljø fra 1997 bestod av en spørreundersøkelse og en spesiell studie av inkontinenspleien (Mathisen, ØF-rapport 28/1997). *Spørreundersøkelsen* omfattet ansatte ved to institusjoner og viste at over 80 prosent av de ansatte kjente seg fysisk sliten hver dag/flere ganger i uka, mens 59 prosent kjente seg psykisk sliten hver dag/flere ganger i uka. Inkontinensstell ble av 73 prosent karakterisert som fysisk belastende i stor/svært stor grad. *Studien av tidsbruk i inkontinenspleien* var knyttet til registrering av tidsbruk i forbindelse med stell av en gruppe inkontinente pasienter ved en institusjon, og viste at en ved innføring av nye bleieprodukter kunne redusere tidsforbruket i inkontinenspleien med 25 –30 prosent.

Høsten 2002 henvendte SCA seg til Østlandsforskning med forespørsel om å oppdatere resultatene fra disse undersøkelsene, med tanke på å avdekke hvilke eventuelle forandringer som har skjedd de siste sju årene. SCA har primært ønsket å få svar på om bruken av tid til personalets ulike arbeidsoppgaver har endret seg. De to tidligere undersøkelsene avdekket blant annet at de aktuelle pleiere i hjemmebasert omsorg brukte ca 7 prosent av sin arbeidstid

på inkontinenspleie, mens pleiere i de to institusjonene brukte 10 prosent av arbeidstiden til disse arbeidsoppgavene³.

Østlandsforskning har denne gangen ønsket å se tidsbruken i sammenheng med de ansattes generelle trivsel og motivasjon for det arbeidet de gjør. I tillegg til å oppdatere og sammenligne resultatene fra de tidligere undersøkelsene, har vi nå i større grad satt fokus på arbeidsmiljø og trivsel og på denne måte satt ansattes arbeidshverdag inn i en mer helhetlig forståelsesramme. Undersøkelsen er denne gang mer omfattende både mht. metode, antall informanter og antall caseenheter/-avdelinger.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i de hjemmebaserte tjenestene i en bykommune og en landkommune i innlandsregionen, samt i to sykehjem som representerer den institusjonsbaserte omsorgen i de samme kommunene. Dette er de samme kommunene og som var med i de tidligere undersøkelsene, men organiseringen av de kommunale tjenestene er noe endret siden da, slik at enhetene ikke er identiske, og resultatene derfor ikke direkte sammenlignbare på alle områder.

SCA har også ønsket en kartlegging av sykefraværet i hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg på kommunalt nivå⁴. Vi presenterer i denne rapporten oppdaterte tall for de aktuelle yrkesgrupper på landsbasis og for kommunene som er med i vår undersøkelse.

7.4 Studiens problemstillinger/tema

Studien har hatt fokus på sammenhengen mellom arbeidsmiljø, helse, sykefravær, tidsbruk og inkontinenspleie i institusjon og i hjemmebasert omsorg.

Sentrale spørsmål vi har søkt å besvare er;

- Hvordan trives de ansatte med arbeidsoppgavene og arbeidsmiljøet?
- Hva skaper et godt arbeidsmiljø og hvilken innvirkning har dette på de ansattes opplevelse av egen helse?
- Kan vi se noen sammenheng mellom sykefravær og belastning i arbeidet?
- Hva er forholdet mellom direkte og indirekte pleietid?
- Hvor mye tid går spesifikt med til inkontinensstellet, og hvor mye tid blir brukt til lekkasjer fra bleien?
- Hvordan har tidsbruken forandret seg sett i forhold til tidligere undersøkelser?
- Hvordan er sykefraværstatistikken på kommunenivå i forhold til den nasjonale statistikken?
- Hvor stor andel av de hjemmeboende er inkontinente?
- Hvor stor andel av beboerne på institusjon er inkontinente?
- Er det noen endringer i hjemmeboendes situasjon, når det gjelder inkontinens?

³ I direkte arbeidstid vil disse tallene være 9 prosent i hjemmebasert omsorg og 13 prosent i institusjonsbasert.

⁴ Dette har blant annet bakgrunn i at tall fra tall fra Statistisk sentralbyrå 2002 viser at sykefraværet blant helsepersonell er høyere enn blant andre yrkesgrupper.

7.5 Rapportens oppbygning

Rapporten består av seks kapitler, fordelt på tre deler. En oppsummering av hovedfunnene i hele studien utgjør sammendraget fremst i rapporten.

Del I består av to kapitler, hvor vi tar for oss rapportens fokus og metode, og forsøker å sette temaene arbeidsmiljø, trivsel og sykefravær inn i en større tematisk og forskningsmessig sammenheng. I kapittel 1 blir vi presentert for den faktiske situasjonen i eldreomsorgen på nasjonalt og lokalt nivå, hvor vi blant annet har sett på hvilke tjenester som tilbys i kommunehelsetjenesten, og hvordan personellsituasjonen for denne tjenesten vil utvikle seg i årene fremover. Kapitlet gir også en gjennomgang av relevant forskning på arbeidsmiljøfeltet. I kapittel 2 presenterer vi det metodiske opplegget til studien og de metodiske utfordringene vi har hatt. Kapitlet beskriver videre enhetene ved de to kommunene vi har valgt ut for undersøkelsen.

Del II består av kapitlene 3, 4 og 5 og presenterer resultatene fra spørreundersøkelsen, tidsbruksstudien og intervjuene. Kapitlene er tematisk inndelt (arbeidsoppgaver, arbeidsmiljø, belastning og sykefravær) for å gi en bedre oversikt over omfanget. Hvert kapittel avsluttes med et "sammendrag" av situasjonen slik den fortoner seg innenfor institusjonsbasert versus hjemmebasert omsorg, med utgangspunkt i de resultatene som har kommet fram i kapitlet.

Del III består av kapittel 6 og 7 som omhandler inkontinensstell i hjemmebasert omsorg og i institusjon, og hvor resultatene om dette temaet både fra spørreundersøkelse, tidsbruksskjema og intervjuer fremstilles. Kapittel 6 presenterer også en kartlegging av omfanget av inkontinens blant hjemmeboende i de to kommunene.

7.6 Situasjonen i eldreomsorgen

7.6.1 Situasjonen i dag og fremover

I 2002 var det 610 000 nordmenn på 67 år og over, mens det i 2050, i følge Statistisk sentralbyrå, vil være et sted mellom 1,1 og 1,4 millioner nordmenn på 67 år og over– dvs. dobbelt så mange som i dag. Det er spesielt i gruppen 90 år og eldre, hvor økningen vil være størst. Dette er samtidig den gruppen som med størst sannsynlighet vil trenge mest pleie og omsorg. (<http://www.ssb.no/magasinet>, oktober 2003).

Tabellen under viser utviklingen (fra 2003 til 2007) av andelen innbyggere fra 67 til 79 år, samt over 80 år, i landet som helhet og i våre to utvalgte kommuner.

Tabell 1: Befolkningsutvikling i landet, bykommune og landkommune fra 2003 – 2007 (Fylkesmannen i Oppland, 2002). I prosent og absolutte tall.

	2003	2004	2005	2006	2007
LANDET					
Prosent endring 67-79 (fra 98-nivå)	-8,4	-9,9	- 10,8	-11,0	- 10,9
Prosent endring 80+ (fra 98-nivå)	11,1	12,8	14,0	14,2	14,6
BYKOMMUNE					
Befolkning totalt	27323	27409	27498	27570	27650
Befolkning 67-79	2882	2811	2758	2754	2716
Befolkning 80+	1316	1373	1397	1417	1447
Prosent endring 67-79 (fra 98-nivå)	-7	-10	-11	-12	-13
Prosent endring 80+ (fra 98-nivå)	12	17	19	21	23
LANDKOMMUNE					
Befolkning totalt	6201	6194	6195	6193	6180
Befolkning 67-79	716	695	685	667	658
Befolkning 80+	342	348	365	374	369
Prosent endring 67-79 (fra 98-nivå)	-10	-12	-14	-16	-17
Prosent endring 80+ (fra 98-nivå)	12	14	19	22	21

Som det går fram av tabellen, er økningen mest dramatisk i gruppen eldre over 80 år. Tabellen viser at det i løpet av en femårsperiode vil være en økning nasjonalt fra 11 prosent til opp mot 15 prosent med eldre over 80 år. I bykommunen som er med i vårt utvalg, er økningen på over ti prosent, fra 12 prosent i dag til 23 prosent i 2007. For landkommunen er tilsvarende tall 12 prosent og 21 prosent.

Kommunene må være forberedt på at den sterke økningen i antallet eldre over 80 år, vil ha store konsekvenser for hvordan de kommunale pleie- og omsorgstjenestene blir organisert i framtiden. For hver enkelt kommune her i landet vil denne situasjonen kreve en rekke planleggingstiltak.

7.4.1 De kommunale pleie- og omsorgstjenestene

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal ivareta behovene for pleie og omsorg blant funksjonshemmede, personer med psykiske lidelser og eldre. I 1988 ble ansvaret for somatiske sykehjem overført fra fylkeskommunen til kommunene. Ansvarsområdet pleie- og

omsorg har siden dette eksistert som en enhet i alle kommuner, men blir organisert veldig ulikt fra kommune til kommune.

Handlingsplanene for eldre som ble satt i verk 1998, fokuserer på en rekke tiltak i forhold til pleie- og omsorgstjenestene for eldre. Blant annet er det snakk om å styrke hjemmetjenestene, satse på omsorgsboliger, flere plasser med heldøgns pleie og omsorg, i tillegg til å bygge ut enerom på institusjonene. Planen har som mål at alle som har behov for det, skal få et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tilbud, uavhengig av bosted, inntekt og sosial status (SSB-rapport 4/2001).

Dersom vi ser litt nærmere på hvor mottakerne av de kommunale tjenestene bor, viser trenden at antall beboere i tradisjonelle institusjoner reduseres, mens antall beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål øker. Når det gjelder *institusjonsplassene*, er de delt mellom sykehjem og aldershjem. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at antall sykehjemsplasser har steget noe de siste årene, mens antall aldershjemsplasser i samme periode er halvert. Hoveddelen av beboerne (96 prosent) er personer over 67 år. I 2002 var 21 526 av beboerne i alderen fra 85 år og oppover, mens 9 938 var i alderen 80-84 år. Videre har personer som mottar *hjemmetjenester* totalt sett økt siste tiår, men de siste årene har antall mottakere av hjemmesykepleie økt, mens antall som mottar praktisk hjelp, har gått noe ned. Det totale antallet brukere av hjemmetjenester var 2002 i overkant av 160 000. Av disse var 77 675 personer fra 80 år og eldre, mens 42 708 personer var mellom 67 og 80 år.

<http://www.ssb.no, september 2003>

Når det gjelder situasjonen for de to kommunene som er med i vårt utvalg, viser tall derfra at for landkommunens vedkommende er andelen innbyggere over 80 år som bor i institusjon på 15 prosent, mens andel innbyggere over 80 år som mottar hjemmetjenester, er på 39 prosent (kilde: kommunens hjemmeside, august 2003).

For bykommunen er situasjonen at andelen innbyggere over 80 år som bor i institusjon er på 10 prosent, mens andelen eldre over 80 år som mottar hjemmetjenester er på 38 prosent.

1.4.3 Personellsituasjonen i kommunehelsetjenesten

Vi er allerede i dag kjent med at helsesektoren har rekrutteringsproblemer i forhold til visse yrkesgrupper, og at bemanningssituasjonen i mange deler av sektoren er svært vanskelig. I følge tall fra Statistisk sentralbyrå ser det ut til at mangelen på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere vil fortsette å øke i årene framover. Dette henger sammen med at tallet på personer som har gjennomført denne typen utdanning har gått tilbake de siste årene⁵. Samtidig er det mange eldre arbeidstakere innenfor denne yrkesgruppen som nå går av med pensjon. Tilbudet av arbeidskraft fra personer som er utdannet som hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, vokser dermed sakte. Sammen med en forventet vekst i etterspørselen innebærer dette etter hvert en betydelig underdekning. Ifølge Statistisk Sentralbyrå kommer

⁵ NRK melder 08.09.03 at søkningen til helse- og sosialfagene har økt med 10 prosent denne høsten (www.nrk.no/nyheter/innenriks/)

tallet på ubesatte stillinger til å stige til mellom 10 – 20 000 i løpet av de neste tjue åra.
(www.ssb.no/magasinet/analyse/art-2002-08-26-01.html)

Tabellen under viser forholdet mellom tilbud og etterspørsel for hjelpepleiere/ omsorgsarbeider og sykepleiere, registrert i 1999 og framskrevet til 2010 og 2020.

Tabell 2: Tilbud og etterspørsel for ulike grupper helsepersonell. I absolutte tall.

	Hjelpepleier/omsorgsarbeider			Sykepleiere		
	Tilbud	Etterspørsel	Balanse ⁶	Tilbud	Etterspørsel	Balanse
1999	50 653	51 626	-973	48 796	50 938	-2 142
2010	57 224	63 869	-6 644	69 263	67 795	1 468
2020	55 069	79 406	-24 337	82 169	84 930	-2 762

Kilde: www.ssb.no

Tabellen viser at situasjonen er spesielt dramatisk når det gjelder hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, men at også sykepleiemangelen vil vedvare på lang sikt. Tar vi utgangspunkt i SSBs beregninger på hvordan balansen mellom tilbud og etterspørsel kan slå ut, viser den at vi i 2020 vil mangle 24 337 hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og 2 762 sykepleiere. Det er sannsynlig at situasjonen vil komme til å bli verst for sykehjemmene, hvor hjelpepleierne utgjør den største andelen av de ansatte.

1.5 Sammenhengen mellom arbeidsmiljø og sykefravær

1.5.1 Forklaringsmodeller

Hva mener vi med sykefravær? Og hva er det som påvirker det? Spørsmålet om hvordan ansatte selv ser på sykefraværet er stilt i en spørreundersøkelse utført av Sintef IFIM (Nytrø 1995). I spørreundersøkelsen blir ansatte spurt om sine subjektive grunner til sykefravær og videre bedt om å vurdere hvilke arbeidsmiljøfaktorer som er relatert til fravær, og hvilke forhold det er mellom jobbtilfredshet og fravær. Undersøkelsen viser at fysisk krevende arbeidsvilkår og dårlige relasjoner på arbeidsplassen har sammenheng med fravær. I undersøkelsen synliggjøres det også at det er en sammenheng mellom fravær og generell jobbtilfredshet. Vi vil videre i dette kapitlet presentere et utvalg forskningsarbeider hvor nettopp sammenhengen mellom alle disse forholdene diskuteres, men først vil vi se nærmere på hva som egentlig menes med sykefravær.

I rapporten "Sykefravær – årsaker og muligheter" hevder forfatteren at synspunkter og innspill i forhold til sykefravær, enten de kommer fra "folk flest", forskere eller politikere, kan grupperes i tre kategorier (Nytrø 1997):

⁶ SSB opererer her med tre alternativer når det gjelder utregning av balansen mellom tilbud og etterspørsel (alternativ H, M og L). Vi viser i denne tabellen kun alternativ M.

- I. Sykelønnsordningen og nasjonale særtrekk. Dette kan dreie seg om nasjonale sykelønnsordninger, pensjonsregler, økonomiske konjunkturer og alders- og kjønns sammensetning.

Sykelønnsordningene, pensjonsreglene og økonomiske konjunkturer påvirker ikke sykefraværet direkte, men indirekte ved at de legger rammer for helsestandard, og hvor lett eller vanskelig det er for arbeidstakerne å ta ut fravær, ifølge Nytrø (1997). Forskning viser bl.a. at det er en sammenheng mellom størrelsen på virksomheten og sykefraværet, dvs. at fraværet er lavere i små virksomheter. Videre er det en sammenheng mellom kjønn og sykefravær, dvs. at kvinners fravær totalt sett er høyere enn menns. Flere forskere har pekt på at omsorgsoppgavene i hjemmet fortsatt i stor grad tilfaller kvinner, slik at yrkesaktive kvinner blir dobbeltarbeidende og fortere utslitt. Videre er det slik at det er flere kvinner enn menn som arbeider innenfor virksomheter med store belastninger, slik som for eksempel i helse og omsorg, og at dette igjen påvirker kvinners helse og sykdomstilstand. Sykdomsproblematikken og helseplagene til menn og kvinner er forskjellig, noe som igjen vil påvirke fraværet. Det blir også hevdet at kvinner og menn definerer seg ulikt i forhold til arbeidet, i den forstand at menn i mye større grad enn kvinner finner sin identitet og tilhørighet i yrkeslivet (ibid).

En hypotese som ofte diskuteres, er sammenhengen mellom svak etterspørsel på arbeidsmarkedet og høy arbeidsledighet, når det gjelder sykefravær. Hypotesen er at i tider med høy arbeidsledighet vil frykten for å miste jobben være så stor, at arbeidstakere lar være å ta ut sykefravær slik de ellers ville gjort. Det finnes imidlertid få entydige forskningsmessige svar på om det virkelig er en slik sammenheng (ibid).

- II. Individforklaringer som moral og livsstil blir også brukt for å forklare sykefraværet i arbeidslivet. I dagliglivets omtale av sykefravær kommer en ofte innom at folk i dag har slappere arbeidsmoral enn før, og at de oftere holder seg hjemme dersom de ikke er i topp form.

Vi finner ikke mye nyere forskning om dette temaet. Nytrø viser til en studie som er gjort på sammenhengen mellom sykefravær og rusmiddelbruk blant unge i arbeid (Hammer 1999). Studien finner ikke noen direkte sammenheng mellom alkoholkonsum og fravær, men viser at personer som rapporterer at de har dårlig psykisk helse, og som er utilfredse med jobben eller har problemer med alkohol, har høyere sannsynlighet for fravær. En vanlig oppfatning har vært at fraværet fra arbeidslivet har vært spesielt høyt fredag og mandager, men ifølge Nytrø (1997) har forskere kommet til at en slik sammenheng ikke har latt seg påvise. Fra antropologisk litteratur kjenner vi til undersøkelser som viser at det er store kulturelle forskjeller på hvordan mennesket opplever og definerer sykdom, og dermed hvorvidt en arbeidstaker vil definere seg selv som ikke arbeidsfør grunnet sykdom.

- III. En tredje forklaringskategori er arbeidsinnhold og arbeidsmiljø, altså fysiske, mellommenneskelige og organisatoriske forhold ved arbeidsplassen og arbeidsoppgavene, som påvirker ansattes grad av fravær.

Dårlig fysisk arbeidsmiljø kan føre til belastningsskader av ulike slag som resulterer i sykdom og dermed fravær. Likedan kan stress, mistrivsel eller andre psykososiale arbeidsmiljøfaktorer ha betydning for fraværet.

I vår studie er det spesielt denne tredje forklaringsfaktoren vi har rettet vårt fokus mot, og som vi vil diskutere nærmere i de neste avsnittene.

1.5.2 Definisjon av arbeidsmiljø

En vanlig definisjon av arbeidsmiljø er *summen av de fysiske/kjemiske, sosiale og organisatoriske betingelsene som fremmer eller hindrer effektiv jobbutførelse, arbeidslyst og helse* (Nytrø 1997). Arbeidsbetingelsene slik de fremkommer i denne definisjonen, kan kategoriseres i tre klasser:

Fysiske/kjemiske arbeidsbetingelser som ergonomisk tilrettelegging, fysiske og romlige forhold, sikkerhetstiltak overfor brann, utslipp, skader osv.

Sosiale arbeidsbetingelser dreier seg om normer, verdier, grad av åpenhet, tillit og grad av kommunikasjon mellom arbeidskolleger og mellom den enkelte ansatte og dennes leder.

Organisatoriske arbeidsbetingelser som er overgripende og finnes på forskjellige nivåer, og som kan handle om lønn, arbeidstid (hel, deltid), opplæring, tilrettelegging og fordeling av arbeidsoppgaver osv.

1.5.3 Kommunikasjon og dialog

Vi vet at sykefraværet varierer fra sektor til sektor, derfor har spørsmålet om arbeidsbetingelsenes betydning for sykefraværet ofte vært gjenstand for forskning. May Thorseth (1994) har evaluert prosjektet "Bedret arbeidsmiljø – redusert sykefravær" i Trondheim kommune. Prosjektet tar utgangspunkt i at det er en sammenheng mellom arbeidsmiljø og sykefravær, på en måte som gjør at en kan arbeide med å bedre arbeidsmiljøet for derigjennom å redusere sykefraværet. Prosjektet bygger på en tre fase modell, hvor ledelse og ansatte i ulike faser er involvert i prosjektet. Første trinn i prosjektet har fokusert på langtidssyke og ulike grunner til sykefravær. Dette har gitt grunnlag for å kunne arbeide systematisk med forhold ved arbeidsplassen som kan forbedres og dermed redusere sykefraværet. Hovedhensikten er at man lager rutiner som forankres hos enheten selv. Trinn to har dreid seg om utløsende faktorer for mulig sykefravær, tidlig oppdagelse og utvikling av tiltak rettet mot begynnende helsesvikt. Her har en tatt i bruk "helsebarometeret" - et spørreskjema som skal dokumentere negative faktorer eller belastninger ved jobben. Trinn tre har tatt utgangspunkt i normaltstanden. På bakgrunn av både reelle og potensielle årsaker til fravær, er tiden inne for en åpen diskusjon om arbeidsmiljøet ved enheten. Hver av de tre trinnene har vært gjennomført ved hjelp av bestemte metodeverktøy: intervjuing av langtidssyke for trinn en, utfylling av helsebarometer for trinn to, arbeidskonferanse for trinn tre.

Evalueringen viser bl.a. at mange informanter gir uttrykk for at sykefravær og arbeidsmiljø er to forskjellige ting. Evalueringen konkluderer med at etter at enheten har gjennomført tre-

trinns-prosjektet, er det likevel mange flere som ser en sammenheng og dermed er i stand til å gjøre noe med det selv. Det har vært en viktig målsetting for kommunene å skape aktiv deltakelse og ansvarliggjøring av den enkelte gjennom bevisstgjøring av forholdet mellom sykefravær og arbeidsmiljø.

Evalueringen fokuserer bl.a. på kommunikasjonen mellom ansatte og leder, på ulike kommunikasjonsformer, dialogen mellom aktører på ulike nivåer og på lederrollen. Resultatene fra evalueringen indikerer at utviklingen av kommunikasjon og ledelse nettopp bidrar til bedre arbeidsmiljø – som igjen vil virke gunstig inn på produktiviteten (Thorseth 1994). Også annen forskning om sykefravær og arbeidsmiljø viser at lederes rolle og ansvar står svært sentralt, noe som blant annet går fram i neste avsnitt.

1.5.4 Tjenesteorganiseringens betydning for arbeidsmiljøet

I en nylig gjennomført evaluering av "Rykkinnmodellen", foretatt av Fafo (Moland og Holmli 2002), er en av konklusjonene at Rykkinnmodellens satsing på nærværende ledelse, veldefinerte oppgaver, økt selvstendighet og økt oppgavebredde, gir gode muligheter for å utvikle et godt arbeidsmiljø. Nærværende ledelse og tverrfaglighet er attraktivt og trivselskapende. Blant annet vil nærværende ledere føre til at konflikter oppdages og kan håndteres tidlig, før de utvikler seg til problem i organisasjonen. Konflikter vil alltid eksistere, så det kan man ikke organisere seg bort i fra. Spørsmålet er *hvordan* konfliktene håndteres. Evalueringen viser at den nye arbeidslederrollen gir nærmeste leder anledning til å gripe inn i situasjoner og på et tidspunkt som den gamle modellen ikke ga. Tidligere lå ansvaret lenger unna, og negative forhold fikk utvikle seg før det ble grepet inn, dersom det i det hele tatt ble grepet inn.

De mest sentrale målene i Rykkinnprosjektet er at tjenestene skal organiseres i tverrfaglige arbeidslag som har base i geografisk nærhet til bruker. I tillegg til samordning av tjenester, er delegering av arbeidsoppgaver og styrking av ledelsens nærhet til bruker og ansatt, viktige mål. Laveste ledernivå i organisasjonen skal få utstrakt ansvar og myndighet, slik at en får synlig og tilstedeværende ledelse som kan gi mer effektiv drift og ha større muligheter til implementering av mål og strategier i tjenesten (ibid).

I svært mange kommuner i dag er pleie- og omsorgstjenestene organiserte som *integrerte tjenester* hvor institusjonsbasert omsorg og hjemmetjeneste håndteres innenfor samme enhet. Integrerte tjenester innebærer at hjemmesykepleien og sykehjemstjenesten har felles personale. Intensjonen med denne måten å organisere tjenestene på er at de samme sykepleierne og hjelpepleierne skal ta hånd om brukerne både i hjemmesituasjonen og ved opphold i sykehjemmet. I 1999 gjennomførte Moland en studie som omhandler organisering av pleie- og omsorgstjenestene i fire kommuner. I rapporten viser han til tre hovedmomenter for hvorfor tjenesteintegrering er gunstig:

- Det letter arbeidet for kvalitativt gode tjenester (for psykisk utviklingshemmede),
- det åpner for en bedre utnyttelse av basispersonellet og
- det reduserer flere arbeidsmiljøproblemer (Moland 1999:250).

Rapporten viser at helhetlige organisasjonsløsninger gir bedre resultater enn løsninger hvor tjenesteenhetene er spesialiserte og autonome. De kommunale pleie- og omsorgstjenestene kjennetegnes ved et bredt spekter av oppgaver som ivaretas av mange ansatte. Blant de ansatte er en rekke ulike yrkesgrupper representert. Arbeidspresset er varierende og oppgavene utføres spredt over hele kommunen til alle døgnets tider. Kravene til koordinering og fleksibilitet er usedvanlig store, noe som favoriserer helhetlige organisasjonsløsninger.

Moland (ibid) hevder at kommunens valg av organisasjonsmodell har direkte konsekvenser for flere forhold ved arbeidsmiljøet. Han viser bl.a. til at helhetlige løsninger hvor de ansatte får økt brukerbredde, gir større variasjon i arbeidsoppgavene, og at ansatte på denne måten kan unngå belastninger som en konsekvens av at de arbeider med bare en type brukere. På den andre siden bidrar denne måten å organisere tjenestene på til at de ansatte knyttes sammen i et arbeidsfellesskap. Fellesskap gir følelse av tilhørighet, samtidig som det gir større innsikt i andres arbeidsmåter og arbeidsoppgaver. Innsikt i hverandres arbeidsmetodikk, ressurstildeling, arbeidspress og belastninger, er nødvendig for å bryte stigmatiserende oppfatninger av hverandre. Moland konkluderer med at *"I de kommunene som har integrert disse seksjonene⁷ finnes det ikke noe "de" og "oss". Ved at alle ansatte i kommunen får økt brukerbredde skapes gjensidig respekt mellom ansatte som tidligere ikke har hatt tilstrekkelig kunnskap om den annens arbeid. Dermed faller grunnlaget for disse miljøkonfliktene bort"* (1999:258).

Videre understrekes det i rapporten at de gunstige resultatene ikke er oppnådd gjennom modellvalg alene, men ved en høy grad av organisasjonsklarhet fulgt opp med en synlig ledelses- og personalpolitikk. De kommunene som har lyktes med å skape en plattform for legitim utøvelse av lederskap, god kommunikasjon og strategisk bruk av ressurser, er de kommunene som har lyktes i også å skape et godt arbeidsmiljø for de ansatte.

Et interessant funn i Molands (ibid) studie viser bl.a. at selv om hjemmehjelperne har blitt integrert i en større omsorgs – og helsesektor, og slikt sett blitt del av en større tjenesteenhet – så lever de fortsatt i sin egen tilværelse. Moland knytter dette til grad av integrering, og viser til at der tjenestene kun er integrert på det administrative nivå, vil ikke de ansatte dra nytte av det slik en mer helhetlig integrerte tjenestetilbud kan gjøre. Graden av integrering og hvilke konsekvenser dette får for ansattes arbeidsmiljø og trivsel med arbeidsoppgavene, er også sentral i vår studie, hvor de to utvalgte kommunene har ulike typer integrasjonsmodeller. En nærmere beskrivelse av organiseringen av de to kommunene kommer i kap 2.

1.5.5 Arbeidsmiljø og turnusarbeid

I en ny rapport fra Fafo evaluerer Gautun (2002) tre nye typer arbeidstidsordninger innen pleie- og omsorgstjenestene i fire kommuner. De nye arbeidstidsordninger går ut på at arbeidstakere selv i større grad får bestemme, når de vil arbeide. Denne typen arbeidstidsorganisering har ofte blitt kritisert for å fremme individualistiske løsninger og true fellesskapet på arbeidsplassen. Gautuns respons på en slik kritikk er derimot at de nye

⁷ Det er her snakk om ansatte i de ordinære hjemmebaserte tjenestene som fortrinnsvis yter tjenester overfor eldre og ansatte som kun har ytt tjenester overfor psykisk utviklingshemmede.

arbeidstidsordningene faktisk har skapt fellesskap og et større samhold blant de ansatte i virksomhetene. Evalueringen viser at suksessen kan knyttes til at virksomhetene har klart å utvikle en åpen og god dialog på gruppemøtene, der turnusen blir satt opp. Åpenhet, tydelig kommunikasjon, rettferdighet og disiplin er viktige stikkord for den kommunikasjonsformen som de har utviklet. Rapporten konkluderer med at hver enkelt arbeidstaker ikke kan oppnå individuell handlingsfrihet uten å samordne seg med de andre i fellesskapet. Fellesskapet legitimerer (aksepterer) den enkeltes ønsker, samtidig som en slik legitimering bare kan oppnås gjennom gjensidig utveksling av handlingsfrihet som et gode.

Fra tidligere forskning vet vi at turnusarbeid kan forårsake større grad av psykologiske og medisinske problemer, at det kan gi søvnproblemer og tungsinnhet, og at det å jobbe i turnus i seg selv gjør det vanskeligere å organisere og planlegge hjem- og fritidsaktiviteter (Nytrø 1997). Gautuns rapport viser også at ved en av institusjonene hadde sykefraværet gått ned fra 20 til sju prosent i løpet av ett år som en følge av den nye arbeidstidsorganiseringen, samtidig som rekrutteringssituasjonen ble bedret (Gautun 2002).

1.5.6 Sykefravær og belastningsskader

I pleie- og omsorgsyrkene er arbeidsmiljøet særlig belastende med mange tunge løft, trange plassforhold, ofte redusert bemanning osv. Tunge løft⁸ i ubekvemme stillinger gir høy risiko for overbelastning av ryggen. I en rapport fra Arbeidstilsynet (2001) heter det at faren for muskel og skjelettskader i pleie- og omsorgsyrkene er stor pga tunge og ubekvemme løft, sammen med et generelt krevende fysisk arbeid med mye ståing og gåing. Fysisk trøtthet reduserer koordinasjonsevnen og øker sjansen for feilbehandling og feilbelastning, heter det (ibid:10). Undersøkelsen viser videre at omtrent halvparten av alt sykefravær over 14 dager skyldes muskel og skjelettplager. Det er med andre ord ikke oppsiktsvekkende at sykefraværsprosenten er såpass høy som den er innen pleie- og omsorgsyrkene.

Arbeidstilsynet ønsket derfor å sette i gang en undersøkelse som rettet seg mot forhold i arbeidsmiljøet som en vet er medvirkende til økt sykkelighet, og satte fokus på tunge løft og bruk av tekniske hjelpemidler i alders- og sykehjem med sikte på å forbedre arbeidsforholdene. Det er denne satsingen rapporten dokumenterer og som viser at ansatte i pleieinstitusjonene i løpet av perioden 1998 – 2000 både har fått mer kunnskap om løfterutiner og har blitt flinkere til å løfte riktig. I rapporten blir det videre understreket at;

- *Kunnskap og opplæring om riktig løft alene er ikke tilstrekkelig til å forebygge skader dersom de fysiske forhold og organiseringen av arbeidet (tid, bemanning) ikke gir anledning til å bruke kunnskapen. (Arbeidstilsynets rapport 2001:10)*

I en helt ny undersøkelse foretatt av Arbeidstilsynet (2003) går det fram at i alt 35 prosent av de ansatte innen hjemmetjenesten, i løpet av siste to år har vært helt eller delvis sykemeldt av lege som en følge av de belastningsskader de utsettes for (høyt tidspress, tunge løft, uheldige arbeidsstillinger og vold eller trusler om vold.).

(<http://www.arbeidstilsynet.no/publikasjoner/rapporter/pdf/retthjemkartlegging.pdf>)

⁸ Tunge løft defineres i Arbeidstilsynets rapport (2001) som et av flere eksempler på "tungt arbeid". Tungt arbeid er en eller flere arbeidsoperasjoner som enkeltvis eller samlet kan overbelaste muskel- og skjelettsystemet og gi helseskade hos arbeidstakere.

Disse undersøkelsene vil danne grunnlaget for de spørsmål vi søker å besvare i denne studien, mht hva det er ved de ansattes arbeid som oppleves som belastende, hvilke arbeidsoppgaver som er mest fysisk/psykisk krevende og hvordan arbeidsmiljøet virker inn på opplevelsen av slitenhet og belastning.

1.5.7 Arbeidsmiljøet i hjemmebasert omsorg

Vi vet at yrkesutøvere som arbeider i hjemmetjenesten, dvs. hjemme hos brukerne, er mest utsatt for arbeidsmiljøbelastninger som utskjelling og fysisk aggresjon (Moland 1997). Arbeidstilsynet (2003) konkluderer i sin rapport med at de fleste kommunene har et stort forbedringspotensial, når det gjelder å jobbe systematisk med helse, miljø og sikkerhet for å sikre et godt og trygt arbeidsmiljø for ansatte i hjemmetjenesten. Arbeidsmiljøloven skal gjelde også for de som utfører jobben i andres hjem, men i følge rapporten er det ikke slik at alle kommuner har internkontroll i hjemmetjenesten, en forskrift som alle virksomheter er forpliktet til å ha og som ble gjort gjeldende fra 1997. Rapporten viser at de ansatte i hjemmebasert omsorg er utsatt for mange arbeidsmiljømessige utfordringer i løpet av arbeidsdagen. Dette handler både om fysiske faktorer som tunge løft og uheldige arbeidsstillinger, og psykososiale/organisatoriske faktorer som stor pleietyngde, tidspress, mye jobbing alene og vold og trusler.

Selv om de ansatte opplever sitt arbeide som givende og meningsfylt, er det i følge rapporten, klart at de blir utsatt for uheldige fysiske og psykiske belastninger i jobben sin. De fleste kommuner har dårlige rutiner for å kartlegge arbeidsmiljøet, noe som forverrer mulighetene til å kunne avdekke årsakene til belastningene og følge opp med nødvendige tiltak. Arbeidstakerne selv er lite flinke til å melde fra om negative faktorer i arbeidsmiljøet, i tillegg til at dette er et typisk kvinneyrke, der brukernes behov og velvære settes i fokus, mens arbeidstakerne glemmer sin egen helse. Dette er også en sårbar sektor i forhold til det å håndtere uforutsette hendelser som sykefravær o.l. Sektoren sliter med utilstrekkelig grunnbemanning og med å skaffe seg fagutdannet personell. Konsekvensene av sykefravær er av denne grunn ofte økt arbeidsbelastning på de øvrige ansatte (Arbeidstilsynets rapport 2003).

Kap. 2 Metode og utvalg

7.4 Oppdatering av tidligere undersøkelser

Denne undersøkelsen er, som nevnt tidligere, ment å skulle oppdatere resultater fra tidligere undersøkelser Østlandsforskning har gjennomført om tidsbruk, arbeidsmiljø og kostnader i hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg, og inkontinenspleie spesielt.

Tidsbruksstudien fra 1996 (ØF-rapport 01/1997) var begrenset til hjemmebasert omsorg i en kommune, med spesiell fokus på inkontinenspleien. Man målte her tid brukt til direkte pasientarbeid, inkontinenspleie og administrasjon. Det ble skilt mellom hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten, og 16 sykepleiere/hjelpere i hjemmesykepleien og 14 hjemmehjelpere deltok den gangen i registreringen.

Undersøkelsen om institusjonsansattes arbeidsmiljø fra 1997 (ØF-rapport 28/1997) bestod av en spørreundersøkelse og en spesiell studie av inkontinenspleien. *Spørreundersøkelsen* omfattet tilsammen 30 personer fordelt på to institusjoner. Omlag halvparten av disse var hjelpepleiere og en fjerdedel var sykepleiere, resten assistenter og vikarer. *Studien av tidsbruk i inkontinenspleien* var knyttet til 18 inkontinente pasienter ved en institusjon.

Det har skjedd store endringer m.h.t. organisering av arbeidet innen eldreomsorgen. I dagens situasjon er det ikke enkelt å skille mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg eller mellom de enkelte stillingskategoriers arbeidsoppgaver. Grunnlaget for sammenlikning mellom data fra de tidligere ØF-undersøkelsene og undersøkelsen i 2003 er derfor noe begrenset, når det gjelder å spore endringer. Denne undersøkelsen er mer egnet for påbygging, for å kunne bekrefte eller avkrefte tendenser i disse kommunene.

Denne undersøkelsen har form av case-studier. Som analyseform retter en i case- studie først og fremst oppmerksomheten mot det spesielle og det typiske, og om å fange detaljene og utviklingen innenfor det spesielle stedet, gruppen, enheten o.l. som man studerer, mer enn å generalisere (Sverdrup 2002). Denne undersøkelsen omfatter to "casekommuner" og fem "caseenheter", som presenteres nærmere her. Når vi i framstillingene av resultatene omtaler "kommunene", "enhetene", "avdelingene", er det altså disse utvalgte casene vi refererer til, og ikke kommuner eller avdelinger innen institusjonsomsorg eller enheter innenfor hjemmetjenesten generelt.

Vi har i det metodiske opplegget i denne undersøkelsen lagt stor vekt på at innsamlingen av data skulle kunne bygge på og evt. underbygge ØFs tidligere undersøkelser. Det har også vært skjelt til annen forskning på feltet, slik at det skulle la seg gjøre å sammenholde våre resultater med andre undersøkelser. Samtidig har vi forsøkt å ivareta både oppdragsgivers og casekommunenes interesser og behov så langt det har latt seg gjøre. Våre egne forskningsbehov og ønsket om å se de ansattes arbeidshverdag i et helhetlig perspektiv har naturligvis også lagt føringer for det metodiske opplegget.

2.2 Casekommuner og caseenheter

Vi ønsket i utgangspunktet å forsøke å følge opp de samme kommunene/enhetene som var med i de to forrige undersøkelsene (gjennomført i 1996 og 1997). Vi tok derfor kontakt med ledelsen i disse to kommunene, hvor vi møtte stor velvilje til deltakelse i undersøkelsen.

De utvalgte kommunene er en landkommune og en bykommune på indre Østlandet. Utvalget av enheter skulle gjøre det mulig å belyse våre tema langs to dimensjoner; by/land og hjemmebasert omsorg/ institusjonsbasert omsorg.

2.2.1 Landkommunen og dens enheter

Landkommunen er en stor og langstrakt jordbrukskommune med ca 6500 innbyggere. Den er delt inn i fire omsorgsdistrikt, som hver består av både sykehjemsavdelinger og hjemmebaserte tjenester.

Vår studie omfatter to av omsorgsdistriktene, hvor av det ene også var med i undersøkelsen som ble gjennomført i 1996. Kommunen har siden den gang omorganisert sine omsorgstjenester, og i dag framstår pleie- og omsorgstjenestene som integrerte tjenester, hvor institusjonsbasert omsorg og hjemmetjenesten håndteres innenfor samme enhet. Innenfor den institusjonsbaserte omsorgen regnes sykehjemsavdelingene, mens bokollektiv, omsorgsboliger og private boliger hører inn under det vi kaller hjemmetjeneste.

Integrert sykepleietjeneste innebærer at hjemmesykepleien og sykehjemstjenesten har felles personale, slik at de samme sykepleierne og hjelpepleierne tar hånd om brukeren både hjemme og ved opphold i sykehjemmet. Vekslingen mellom arbeid inne og ute bygger på tanken om primärsykepleie, dvs. at brukerne skal kjenne de ansatte, slik at de ved korttidsopphold/avlastning på sykehjemmet eller ved innleggelse skal møte ansatte de kjenner fra hjemmetjenesten. Hjelpepleiere og sykepleiere veksler mellom å jobbe inne på institusjonen og ute i hjemmesykepleien etter en nærmere oppsatt arbeidsplan.

Hjemmehjelpen er også en del av de integrerte tjenestene, ved at de ansatte er formelt lagt inn under avdelingslederne i de to omsorgsdistriktene. Hjemmehjelpen er imidlertid ikke samlokalisert med de andre tjenestene, og de deltar ikke på vanlige fellesmøter med de andre ansatte innen omsorgsdistriktet. Kontakten mellom hjemmehjelperne og hjemmesykepleien er begrenset til telefonkontakt i de tilfellene der de må utveksle informasjon og observasjoner. Det skal ellers gjennomføres månedlige møter mellom avdelingsleder og hjemmehjelperne. Hjemmehjelperne administrerer i stor grad sin egen arbeidshverdag ut fra på forhånd oppsatte lister over brukere/arbeidsoppgaver. De starter og avslutter arbeidsdagen med utgangspunkt i sitt eget hjem. Den daglige administreringen av hjemmehjelpen, i form av å skaffe ekstravakter, vikarer ved sykdom osv. er lagt til resepsjonen ved institusjonsbygningen. Hjemmehjelperne tar seg av de tradisjonelle hjemmehjelpsoppgavene som er renhold og huslige gjøremål.

Vi har i framstillingen i rapporten valgt å benevne de to enhetene som er med i undersøkelsesutvalget, for "Land – omsorgsdistrikt øst" og "Land – omsorgsdistrikt sentrum".

Land - omsorgsdistrikt øst

Omsorgsdistrikt øst består av en hjemmetjeneste og en sykehjemsavdeling.

Hjemmetjenesten tar seg av de hjemmeboende i den østre delen av distriktet i tillegg til de tilbudene som gis beboerne i bokollektivet.⁹ Sykehjemsavdelingen er inndelt i to fløyer med hhv elleve og åtte enkeltrom. De to fløyene utgjør hver sin turnus. I tillegg kommer en egen turnus for hjemmesykepleien. De ansatte fungerer i stor grad som en kjernebemanning innen en av disse tre gruppene, men de kan samtidig rullere imellom gruppene. Sykepleierne er stort sett fast innenfor hver sin gruppe.

Omsorgsdistrikt øst ledes av en avdelingsleder (sykepleier) og har 33 fast ansatte som omfatter både sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og hjemmehjelpere.

Land - omsorgsdistrikt sentrum

Omsorgsdistrikt sentrum består av en hjemmetjeneste og en sykehjemsavdeling.

Hjemmetjenesten har ansvaret for de tilbudene som gis beboere i omsorgsleilighetene og i tillegg de husstandene som sokner til sentrum av distriktet. Sykehjemsavdelingen har til sammen 23 rom, fordelt på tre fløyer.

De ansatte arbeider etter samme turnus, men med arbeidslister som er knyttet til hver av fløyene. Hjemmetjenesten inngår også i denne turnusen (i motsetning til omsorgsdistrikt øst hvor hjemmetjenesten har egen turnus). Det betyr at de ansatte er "inne" (i institusjonen) og "ute" (i hjemmesykepleien) om hverandre.

Omsorgsdistrikt sentrum ledes av en avdelingsleder (sykepleier) med ansvar for 27 fast ansatte, som altså omfatter både institusjonsansatte, ansatte i hjemmesykepleien og ansatte i hjemmetjenesten.

Spørreundersøkelsen i denne studien har fokusert på de ansattes totale arbeidssituasjon. Det har derfor ikke vært mulig å skille på opplysninger om institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg i svarene fra landkommunen. Unntaket er her hjemmehjelperne, som vi mer klart kan definere som "utearbeidende". I tidsbruksregistreringen, som vi skal komme tilbake til, har vi forsøkt å skille tidsbruk "ute" (hjemme hos brukeren) og "inne" (i institusjon).

2.2.2 Bykommunen og dens enheter

Bykommunen med vel 27 000 innbyggere er regionssenter i sitt omland og den største kommunen i fylket ut fra innbyggertall. Selve bykommunen har et stort omland utover bykjernen, slik at omsorgstjenestene må forholde seg til både by og landdistrikter. Virksomhetsområdet helse og omsorg er i bykommunen delt inn i seks omsorgsdistrikter.

⁹ Bokollektivet består av 10 leiligheter og beskrives som en slags mellomting mellom omsorgsleiligheter og sykehjemsplass hvor beboerne bor i egne leiligheter, samtidig som de kan delta i en del felles aktiviteter med de andre beboerne. Hjemmehjelperne sørger blant annet for at det serveres felles måltider i dagligstuen ved bokollektivet.

Vi har i denne studien konsentrert oss om det mest sentrumsnære omsorgsdistriktet, hvor vi har valgt ut tre enheter. De tre enhetene omfatter en enhet for hjemmebaserte tjenester, en enhet med omsorgsboliger og en sykehjemsavdeling. Alle enhetene er lokalisert i samme bygg eller har sin base her. Vi har i denne rapporten valgt å benevne de tre enhetene som; "By- sykehjem", "By – omsorgsbolig" og "By – hjemmebasert".

By - sykehjem

Avdelingen er inndelt i fire poster; A, B, C, D som er organisert ut i fra hvilke behov som skal tilfredsstilles hos brukerne. A er for rehabilitering, B er korttidsplasser avsatt til pleie ved akutt sykdom, etterbehandling, avlastning m.m. C og D er begge langtidsplasser for brukere med stort hjelpebehov, hvor målsettingen er å gi pleie og omsorg.

Sykehjemsavdelingen er delt inn i to fløyer; AB utgjør den østre fløyen, mens den vestre fløyen består av CD. Avdelingen er organisert med en turnus for AB og en for CD. Postene A og B knyttes sammen med et felles vaktrom, slik også post C og D gjør. De ansatte er stort sett knyttet til en fløy, og det er derfor liten eller ingen fleksing mellom de forskjellige fløyene.

Til sammen har avdelingen plass til 32 pasienter. I tillegg var det når undersøkelsen ble gjennomført, sju pasienter fra et annet omsorgsdistrikt, som bodde her i påvente av at eget sykehjem skulle rehabiliteres.

Sykehjemsavdelingen ledes av en avdelingsleder (sykepleier) og har til sammen 44 ansatte.

By - hjemmetjeneste

Dette er en ren hjemmebasert omsorgsenhet som integrerer både hjemmehjelpen og hjemmesykepleien. Integreringen av tjenestene er både på det administrative og det praktiske plan, i den forstand at de ansatte arbeider ut fra felles oppsatte lister. Dagene starter med fellesmøter for både hjemmehjelperne og hjemmesykepleien, hvor en i fellesskap går gjennom listene /brukerne og fordeler arbeidsoppgaver i forhold til hva som er mest hensiktsmessig. En dag i uka er det fellesmøte med gjennomgang av observasjoner og tilbakemeldinger vedrørende ulike forhold ved brukerne. Til forskjell for hjemmehjelpen slik denne er organisert i landkommunen, vil hjemmehjelpen i bykommunen i tillegg til å være administrativt og organisatorisk integrert med hjemmesykepleien, også være integrert med hjemmesykepleien i det at hjemmehjelperne kan ta seg av enklere stelle- og pleieoppgaver.

Det er her 48 brukere som mottar hjemmehjelp og 42 som mottar hjemmesykepleie – tjenester.

Hjemmetjenesten ledes av en avdelingssykepleier og har åtte ansatte.

By - omsorgsboliger

Avdelingen består av 45 omsorgsboliger som er lokalisert i et eget bygg i tillegg til 20 boliger som ligger i tilknytning til institusjonsbygget der sykehjemmet og hjemmetjenesten holder til.

Avdelingen ledes av en avdelingssykepleier og har 16 fast ansatte. De aller fleste ansatte er hjemmehjelpere, som i tillegg til tradisjonelle hjemmehjelpsoppgaver også utfører de fleste

nødvendige pleie- og omsorgsoppgavene (og skiller seg altså fra måten disse tjenestene er organisert på i landkommunen).

Avdelingen med omsorgsboliger regnes i vår rapport som en del av den hjemmebaserte omsorgen. I rapporten skiller vi noen steder mellom hjemmebasert omsorg ("ute") og institusjonsbasert omsorg ("inne"). Der det er aktuelt å skille, velger vi altså å telle med denne avdelingen som hjemmebasert omsorg ("ute").

7.5 Metodiske tilnærmingsmåter

2.3.1 Spørreskjemaundersøkelse

Målet med spørreskjemaundersøkelsen var å få belyst spørsmål om hvordan de ansatte trivdes med sine ulike arbeidsoppgaver, hva de mente om bruken av tid på de ulike oppgavene, og hvordan de opplevde sitt arbeidsmiljø, arbeidsbelastninger og egen helsesituasjon.

I utformingen av spørreskjemaet har vi forsøkt å kombinere oppdragsgivers ønsker, de kommunale enhetenes behov, hensynet til sammenlikningsdataene fra de forrige undersøkelsene, samt å gjøre skjemaet enkelt og overkommelig å fylle ut for de ansatte. Spørreundersøkelsen skulle også danne grunnlag for oppfølgende utdypende intervjuer. Det er de samme spørsmålene som stilles til alle stillingskategorier og begge tjenesteområdene (hjemmetjeneste og institusjon). Dette var ikke tilfelle i de forrige undersøkelsene, da tjenestenes organisering og fordelingen av arbeidsoppgaver mellom yrkesgrupper var noe annerledes. Det er derfor (for den ene kommunens vedkommende) ikke mulig å skille fullt ut resultatene i forhold til inne-/utearbeide.

Skjemaet ble utformet i nært samarbeid med lederne ved de involverte enhetene. Skjemaet ble testet av noen av de ansatte ved hver av enhetene og justert etter dette. Det ble lagt vekt på at spørsmålene som ble stilt skulle oppleves relevante og lett forståelige for alle yrkesgruppene, samt for de inne-/og utearbeidende, samtidig som de skulle ivareta både ledelsens og vårt behov for informasjon.

Spørreskjemaet ble sendt ut til alle fast ansatte ved de fem enhetene, til sammen 115. Hele 90 av de ansatte returnerte utfylte spørreskjema. Dette gir en svarprosent på 78 prosent, som må regnes som svært tilfredsstillende i denne sammenhengen. Svarprosenten for de enkelte enhetene varierer fra 67 til 91 prosent, så ingen av enhetene er betydelig underrepresentert. De som har svart, er også representative for de aktuelle yrkesgruppene. Tabellen nedenfor viser antall ansatte innenfor de ulike yrkesgruppene og enhetene som har svart på spørreundersøkelsen.

Tabell 3: Informanter i spørreundersøkelsen i de to kommunene. I absolutte tall.

	Landkommunen		Bykommunen			
Enhet	Omsorgs- distrikt øst	Omsorgs- distrikt sentrum	Sykehjem	Omsorgs- boliger	Hjemme- tjeneste	Total
Hjelpepleier	14	15	15	2	4	50
Sykepleier	3	3	6	1	1	14
Omsorgs- arbeider	3		2	2		7
Hjemmehjelp	5	3		6	3	17
Ikke spesifisert		2				2
Total	25	23	23	11	8	90
Utsendt	33	27	34	12	9	115
Svarprosent	75	85	67	91	88	78

2.3.2 Tidsbruksundersøkelse

Kort tid etter spørreundersøkelsen ble det gjennomført tidsbruksstudier over en uke (fra mandag tom. søndag) ved de fem enhetene¹⁰. Alle som var på jobb i den aktuelle uken, fikk utdelt et hefte med sju skjema – dvs. ett skjema til utfylling for hver av ukedagene (vedlegg 1). Det var i alt angitt 23 kategorier (arbeidsoppgaver) for registrering av tidsbruk etter mønster av undersøkelsen fra 1996. Heftet omfattet også en veiledning for hvilke gjøremål som skulle føres innenfor de ulike kategoriene (vedlegg 2). I likhet med spørreundersøkelsen ble tidsbruksskjemaet utarbeidet i samarbeid både med lederne ved enhetene og vår oppdragsgiver. Vi testet også her ut skjemaene på et utvalg ansatte i forkant av gjennomkjøringen.

Tidsbruksregistreringen omfattet alle aktuelle gjøremål gjennom arbeidsdagen, dvs. at den samlede tiden ført på de ulike oppgavene skulle utgjøre total arbeidstid i løpet av en dag. Slik skulle tidsbruksregistreringen bidra til å gi et bilde av helheten i de ansattes arbeidsdag. Skjemaet var forsøkt strukturert med en mest mulig logisk rekkefølge på arbeidsoppgavene i forhold til arbeidsdagen. Vi har gruppert de 23 arbeidsoppgavene i samlekategoriene direkte brukertid og indirekte brukertid. Fordi vi i denne studien har et spesielt fokus på inkontinensstell, er dette arbeidsområdet inndelt i detaljerte arbeidsoppgaver. Opplistingen under viser hvordan de 23 arbeidsoppgavene fordeler seg på de to kategoriene:

Direkte brukertid:

- Personlig stell (ikke inkontinensstell)
- Inkontinensstell
 - o Bleieskift i seng
 - o Bleieskift ellers og bistand

- o Vask og stell grunnet inkontinens
- o Håndtering av brukt inkontinensmateriell
- o Skifte av tøy/sengetøy pga lekkasje
- o Info/veiledning vedr. inkontinens
- Måltider
- Spesielle prosedyrer
- Medikamenthåndtering
- Sosial kontakt
- Tilsyn
- Ærender utenfor hjemmet/institusjonen
- Trening og aktiviteter
- Husarbeid

Indirekte brukertid:

- Møter
- Forflytning/reisetid/gåtid
- Skriftlig dokumentasjon
- Kontakt med lege og andre helsetjenester
- Kontortid
- Veiledning og undervisning
- Egen tid
- Annet

Også ved utarbeidelse av tidsbruksundersøkelsen var det mange hensyn som skulle ivaretas. De enkelte enhetenes informasjonsbehov skulle dekkes, og i tillegg skulle resultatene kunne sammenholdes med tidligere undersøkelser. Grupperingen og betegnelsen av arbeidsoppgaver er identisk i spørreundersøkelsen og tidsbruksundersøkelsen, slik at vi kan sammenholde bruk av tid på en arbeidsoppgave med opplevelsen av trivsel for den samme oppgaven. Her stod vi også overfor utfordringen å skulle skille mellom tid brukt "ute" (hjemmesykepleien) og "inne" (institusjon) i landkommunen. Det har krevd litt ekstra omtanke av informantene, når de i tillegg til å føre tidsbruk innenfor 23 kategorier, også skulle skille mellom tidsbruk "ute" og "inne" innenfor hver arbeidsoppgave.

I forkant av registreringsuken ble det avholdt to informasjonsmøter i hver av kommunene for å sikre at flest mulig av personalet fikk være med på en gjennomgang av tidsbruksundersøkelsen og fikk anledning til å stille spørsmål. Det var stort oppmøte ved alle informasjonsmøtene, som vi opplevde som meget nyttige og gjensidig oppklarende. I tillegg til en gjennomgang av selve tidsbruksskjemaet fikk de oppmøtte en redegjørelse for bakgrunnen for prosjektet og de ulike delundersøkelsene studien består av. Som et hjelpemiddel i tidsregistreringen tilbød vi de ansatte stoppeklokker, og spesielt sykehjemsavdelingen fant disse hensiktsmessig å benytte. De hadde blant annet gått sammen to og to ansatte, slik at den ene tok tiden på den andre som utførte arbeidsoppgavene. Andre fant det lettere å bare benytte sine egne klokker til å ta tiden på utførelsen av de ulike arbeidsoppgavene.

¹⁰ Tidsbruksregistreringen ble gjennomført i uke 11 (bykommunen) og uke 13 (landkommunen) 2003.

Vi knyttet også til oss en kontaktperson fra pleiepersonalet ved hver av avdelingene som fikk en enda grundigere innføring i prosjektet. Kontaktpersonenes oppgave var å veilede og svare på spørsmål fra de ansatte, samt formidle eventuelle problemer til oss. Underveis i registreringsuka hadde vi telefonkontakt med kontaktpersonene, som kunne fortelle om stor aktivitet og positiv tilbakemelding fra de ansatte. Det var endel spørsmål og noe innkjøringsproblemer de første dagene, men etter hvert forløp uken med få spørsmål. Analysen av tidsbruksheftene nyanserer imidlertid dette bildet noe. Det er flere som skriftlig kommenterer enkelte uklarheter, særlig gjelder dette overlapping av oppgaver, dvs. at det er ikke sjelden man gjør flere ting på en gang! Dessuten viser analysen av data at det har forekommet endel unøyaktigheter ved utfylling og feiltolkninger av skjemaene. Det er derfor grunn til å tolke disse resultatene med noe forsiktighet.

I alt deltok 110 informanter som var på jobb denne uken, i tidsbruksregistreringene. Tabellen nedenfor viser hvordan disse informantene fordelte seg på yrkesgrupper.

Tabell 4: Antall deltakere i tidsbruksstudien fordelt på yrkeskategorier. I absolutte tall.

	LAND		BY			
	Omsorgs- distrikt øst	Omsorgs- distrikt sentrum	Sykehjem	Omsorgs- boliger	Hjemme- tjeneste	Total
Hjelpepleier	12	15	15		4	46
Sykepleier	2	3	4	1	4	14
Omsorgsarbeider	3		3			6
Hjemmehjelp	4	2		8	3	17
Miljøarbeider				1		1
Vikar	1			3		4
Assistent	1	5	3	1	1	11
Ikke oppgitt	2	2	5	1	1	11
Total	25	27	30	15	13	110

7.4.1 Intervjuer

For å kunne utdype svarene som ble gitt i spørreskjemaene, valgte vi også å gjennomføre intervjuer med et utvalg ansatte. Vi ønsket i utgangspunktet å intervju ansatte innenfor hver av de fem enhetene og innenfor hver av stillingskategoriene. I intervjuene er vi ute etter å få beskrevet den subjektive opplevelsen den enkelte ansatte har av sin arbeidssituasjon. Intervjuene har spesielt hatt fokus på trivsel, opplevelsen av egen arbeids- og helsesituasjon, samt rutiner og praksis i inkontinenspleien. Vi har vært opptatt av hvordan de informantene (de intervjuede) opplever sitt arbeidsmiljø og dets betydning for trivsel og motivasjon i arbeidet. Videre har vi blant annet fokusert på hvordan de ansatte selv vurderer produktenes og hjelpemidlenes betydning for å redusere tidspress og arbeidsbelastninger i arbeidshverdagen.

Da vi sendte ut spørreskjema til alle ansatte, la vi ved en svarslipp der vi ba de som var interesserte i å delta i et mer omfattende intervju, om å ta kontakt med oss. Informantene rekrutterte dermed seg selv ved å sende oss navn, stilling og telefonnummer, slik at vi kunne ta kontakt. Til sammen fikk vi ni informanter, fordelt på alle enhetene som er med i undersøkelsen. Informantene var alle kvinner i alderen 40 – 60 år med flere års ansiennitet på sin avdeling. Informantgruppen bestod av tre hjemmehjelpere, tre hjelpepleiere, en omsorgsarbeider og to sykepleiere. Tatt i betraktning de ulike organiseringsordningene i de to kommunene, kan vi grovt sett si at fem av informantene hører til innenfor hjemmebaserte tjenester og fire informanter innenfor institusjonsbaserte tjenester.

Intervjuene varte mellom en og to timer og ble gjennomført enten hjemme hos informantene, i pauserommet ved arbeidsplassen eller ute på kafé, ut fra hva informantene selv foretrakk. Intervjuene har tatt form som samtaler mellom forsker og informant rundt et utvalg temaer. Samtalene har tatt utgangspunkt i en intervjuguide (vedlegg 3), men har vært lagt opp slik at informantene i stor grad selv har fått bestemme hva som skulle tas opp. Intervjuer som ble gjennomført hjemme hos informanten varte stort sett lenger enn de som ble gjennomført på arbeidsplassen. Det er også en tendens at intervjuene i hjemmet fikk en friere og noe mer personlig tone enn de som ble gjennomført på egen arbeidsplass, uten at vi kan si at dette på noen måte har preget svarene på intervjuene. Vårt inntrykk er at det var lett å oppnå tillit hos informantene, og at alle informantene ga personlige, oppriktige og fylldige beskrivelser av hvordan de opplevde sin arbeidshverdag.

7.4.2 Kartlegging av inkontinente brukere

Studien omfatter videre en kartlegging av inkontinente brukere av hjemmetjenester, som skulle fungere som oppdatering av en av delundersøkelsene fra 1996. Det ble utarbeidet et skjema som er nesten identisk med det som ble brukt ved forrige undersøkelse (vedlegg 4). Skjemaene, som ble utfylt av avdelingslederne ved de hjemmebaserte tjenestene i vårt utvalg, omfattet bl.a. spørsmål om grad av inkontinens, antall bleieskift og lekkasjer.

Kartleggingen omfatter 43 brukere av hjemmetjenester innenfor utvalgsenheter i de to kommunene. Studien fra 1996 omfattet 57 inkontinente brukere fra de to samme kommunene og skulle dermed kunne gi et visst grunnlag for sammenlikning.

2.4. Vurdering av datamaterialet

Som vi allerede har gjort rede for, er grunnlaget for sammenlikning i tid, konklusjoner og generalisering mht. endringer på grunnlag av data fra tidligere undersøkelser og data fra denne undersøkelsen, noe begrenset. Det har heller ikke vært vår ambisjon å generalisere, men først og fremst å gi et bilde av situasjonen i de utvalgte kommunene og enhetene.

Vi mener at det datamaterialet som nå er samlet inn, gir et dekkende og helhetlig bilde av dagens situasjon, først og fremst i de enhetene vi har valgt. Kombinasjonen av flere

datainnsamlingsmetoder gir tyngde til de funn vi har gjort. Selv om både spørreundersøkelsen og tidsbruksstudiene har sine svakheter knyttet til vanlige begrensninger ved kvantitative metoder, for eksempel unøyaktig utfylling av tidsbruksskjema, vanskeligheter med å tidfeste overlappende oppgaver m.m., bidrar intervjumaterialet til å utfylle bildet. Til sammen bidrar dataene fra alle de tre undersøkelsene (1994, 1996, 2003) til å belyse de spørsmålene vi har stilt oss i denne studien.

Kap. 3 Arbeidsoppgaver

3.1 Innledning

Denne studien omfatter arbeidsoppgaver som er relevante både for hjemmehjelpere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og sykepleiere innenfor både hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester. Vi har stilt spørsmål til de ansatte om hvordan de trives med sine arbeidsoppgaver. I intervjuene er dette stilt som et åpent spørsmål med muligheter for informantene til å beskrive og å fremheve de arbeidsoppgavene hun selv ønsker, mens i spørreskjemaundersøkelsen blir de ansatte bedt om å svare i forhold til en rekke spesifiserte oppgaver:

- Hjelp til/ved personlig stell
- Inkontinensstell (bytte bleier, hjelpe til å bytte bleier, vask og stell i forbindelse med lekkasje m.m.)
- Sårbehandling og andre spesielle prosedyrer (blodprøver, stell av stomier, kateterisering m.m.)
- Medikamenthåndtering (utdeling, oppfølging, observasjon m.m.)
- Sosial kontakt (besøk og telefonsamtaler m.m.)
- Aktivisering/trening med bruker
- Husarbeid (både i hjem og institusjon)
- Ytre assistanse (hjelp til ærend, følge til lege m.m.)
- Møter
- Skriftlig dokumentasjon
- Øvrig kontorarbeid (div. telefoner, føring av bestillings- og arbeidslister m.m.)

I tillegg til en gjennomgang av resultater fra spørreundersøkelse og intervjuer om ansattes tilfredshet med ulike arbeidsoppgaver, vil kapitlet også ta for seg tidsbruken fordelt på de samme arbeidsoppgavene.

3.2 Resultater fra spørreundersøkelsen

På spørsmål om hvordan de spurte totalt sett er fornøyd med arbeidsoppgavene sine, oppgir ni av ti (90 %) at de generelt sett er fornøyd. Bildet av generell tilfredshet gjenpeiles stort sett i

svarene hvor de spurte blir bedt om å vurdere tilfredsheten ved hver av de spesifikke oppgavene. Dette kommer fram av tabellen under, som viser hvordan de ansatte har svart på spørsmål om sin trivsel med gitte arbeidsoppgaver.

Det ble i skjemaet gitt seks avkrysningsmuligheter: "Svært godt", "godt", "sånn passe", "trives lite", "trives dårlig", "ikke aktuelt". I vår framstilling har vi, for å tydeliggjøre tendensene, slått sammen kategoriene "svært godt"/"godt" og "trives lite"/"trives dårlig" til "trives godt" og "trives dårlig".

Tabell 5: Trivsel med arbeidsoppgaver – oppsummerte svar fra alle yrkesgrupper og enheter/avdelinger. I prosent.
(Absolutte tall i parentes).

	Trives godt	Trives sånn passe	Trives dårlig	Ikke svart/ikke aktuelt
Hjelp til/ved personlig stell	86 (77)	11 (10)	2 (2)	1 (1)
Inkontinensstell	56 (50)	37 (33)	2 (2)	1 (1)
Sårbehandling og andre spes. prosedyrer	67 (60)	16 (14)		18 (16)
Medikamenthåndtering	64 (58)	23 (21)	4 (4)	8 (7)
Sosial kontakt	86 (77)	8 (7)	1 (1)	6 (5)
Aktivisering/trening med bruker	81 (73)	9 (8)	8 (7)	10 (9)
Husarbeid (både i hjem om institusjon)	51 (46)	33 (30)	10 (9)	6 (5)
Ytre assistanse	61 (55)	22 (20)	6 (5)	11 (10)
Møter	49 (44)	39 (35)	7 (6)	6 (5)
Skriftlig dokumentasjon	68 (61)	22 (20)	6 (5)	4 (4)
Øvrig kontorarbeid	41 (37)	30 (27)	7 (6)	22 (20)

Over halvparten svarer at de er fornøyd med alle de ulike arbeidsoppgavene som er nevnt, og svært få trives dårlig med noen av oppgavene. Aller best trives de ansatte med å hjelpe brukeren med daglig personlig stell (86% trives godt), ved sosial kontakt (86%) og ved å hjelpe brukerne med aktiviteter og trening (81%). På spørsmål om hvordan de trives med inkontinensstell, svarer 56 prosent at de trives godt, mens 37 prosent svarer at de trives sånn passe. Resultatene viser at de ansatte trives best med det vi kan kalle personorientert arbeid, mens de arbeidsoppgavene de ansatte trives dårligst med er mer administrative og rutinemessige oppgaver som husarbeid, møter og kontorarbeid. Av tidsbruksstudien går det fram at 11 prosent av arbeidstiden brukes til møter, skriftlig dokumentasjon og annet

"kontorarbeid", mens 14 prosent brukes til personlig stell og 9 prosent til sosial kontakt. Et spørsmål som kan stilles i denne sammenheng er hvorvidt de ansatte kan avlastes for den typen oppgaver som ligger utenfor deres kjerneområde, og bruke mer tid på det vi kaller personrettet arbeid?

Dersom vi går inn i svarene på hver enkelt av arbeidsoppgavene, er det ingen merkbare variasjoner mellom enhetene, men det ser ut til at de ansatte ved sykehjemsavdelingen i bykommunen trives noe mindre med inkontinensstell enn de ansatte ved de andre enhetene. Spørsmålet er om trivsel med inkontinensstell har sammenheng med hvor mye tid som brukes til denne typen oppgaver. Resultatene fra tidsbruksstudien viser derimot at sykehjemsavdelingen i bykommunen bruker 11 prosent av arbeidstiden til inkontinensstell, og altså ikke mye mer enn ved de andre sykehjemsavdelingene i undersøkelsen.

Vi har ikke i vårt materiale funnet noen signifikante (betydelige) forskjeller mellom yrkesgrupper eller arbeidssted, eller mellom hjemmebaserte tjenester og institusjon, når det gjelder tilfredshet med arbeidsoppgavene generelt sett. I hovedsak trives de fleste med arbeidsoppgavene, og de oppgavene som skårer lavest totalt mht. til trivsel gjør det både i hjemmetjeneste og institusjon. Der hjemmehjelperne har pleie- og omsorgsoppgaver (bykommunen), oppgir de på lik linje med de øvrige yrkesgruppene at de også trives med pleieoppgavene. At hjemmehjelpere har pleieoppgaver er et resultat av en bevisst organisering av tjenestetilbudet i kommunen, som integrerte tjenester. I vårt utvalg er det i bykommunen at en slik integrering mellom hjemmehjelpere og hjemmesykepleie finnes. I landkommunen er sykehjem og hjemmesykepleie integrerte tjenester, ved at de ansatte arbeider både inne på institusjon og ute i hjemmetjeneste innenfor samme turnus. I spørreundersøkelsen svarer hhv 84 prosent og 67 prosent av de ansatte ved de to enhetene dette gjelder, at de er fornøyd med denne kombinasjonen av å jobbe både ute og inne. Det kan med andre ord se ut til at det å utvide arbeidsfeltet ved at tjenestene slås sammen, blir positivt vurdert av de ansatte. Seinere i dette kapitlet vil vi komme nærmere inn på hvordan de ansatte beskriver fordeler og ulemper ved organiseringen av tjenesteenhetene.

3.3 Resultater fra tidsbruksundersøkelsen

Tabellene nedenfor viser oppsummert fordeling av arbeidstid, slik den ble registrert i tidsbruksundersøkelsen, fordelt på samlekategoriene direkte brukertid og indirekte brukertid. I metodekapitlet er det gjort rede for hvilke oppgaver som omfattes av indirekte og direkte brukertid. En mer detaljert framstilling av bruk av tid på enkeltoppgaver finnes i vedlegg 5, 6 og 7.

Tabell 6: Registrert tidsbruk totalt og for de enkelte caseenhetene. I prosent.

	LAND				BY				Totalt	Totalt inne	Totalt ute
	Omsorgs distrikt øst		Omsorgs distrikt sentrum		Syke-hjem AB (inne)	Syke-hjem CD (inne)	Omsorgs boliger (ute)	Hjemme tjeneste (ute)			
	Inne	Ute	Inne	Ute							
Direkte brukertid¹¹	62	61	60	89	62	74	73	53	65	65	66
<i>Inkontinenspleie i % av direkte brukertid</i>	13	3	18	2	21	12	7	2	11	15	5
<i>Inkontinenspleie i % av totaltid</i>	8	2	11	2	13	9	5	1	7	10	3
Indirekte brukertid	29¹²	37	29	9	32	27	22	44	32	-	-
<i>Reg. for lite/for mye tid</i>					-6	+1	-5	-3			

De ansatte ved våre enheter har totalt sett registrert 65 prosent, dvs. om lag to tredjedeler, av arbeidsdagen sin på direkte brukertid, mens omlag en tredjedel av arbeidstiden (32 prosent) er registrert på indirekte brukertid. Tallene viser at 65 prosent av arbeidsdagen i institusjonsomsorgen er direkte brukertid, hvorav 10 prosent går med til inkontinensstell. Tilsvarende tall for den hjemmebaserte omsorgen viser at 66 prosent av arbeidsdagen er direkte brukertid, hvorav 3 prosent går til inkontinensstell. Vi kommer nærmere tilbake til en presentasjon av resultater knyttet til inkontinenspleien i del III.

Forøvrig viser ikke materialet vårt store forskjeller mellom institusjon (inne) og hjemmetjeneste (ute), når det gjelder andelen av arbeidstiden som er registrert som direkte brukertid. Det er som forventet noe forskjell i tid registrert til inkontinenspleie mellom institusjon og hjemmetjeneste, siden andelen inkontinente brukere er høyere i institusjon enn i

¹¹ Inkluderer inkontinensstell

¹² For de ansatte i landkommunen er det kun for den direkte brukertiden at det i registreringen er skilt mellom arbeidstid "inne" (institusjon) og "ute" (hjemmesykepleie). Indirekte brukertid utgjør her "resten" av arbeidstiden, og er noe skjønnsmessig regnet ut fra totaltid "ute" og "inne"- basert på registrerte ute- og innvakter. Den relativt høye scoren på brukertid "ute" i omsorgsdistrikt sentrum, kan skyldes vansker med registrering for de som jobber både ute og inne, i det det meste av den "indirekte virksomheten" foregår inne på institusjonen, selv om den kan være knyttet til brukere "ute". Det er derfor ingen grunn til å legge for mye vekt på at denne prosenten er relativt høy.

hjemmetjenesten. Dessuten ligger den hjemmebaserte enheten i bykommunen noe lavere enn de andre enhetene i registrert direkte brukertid (53%), noe som blant annet kan tilskrives relativt mer tid brukt "i beredskap" (16%) enn ved andre enheter, i tillegg til at reisetid også spiller en viss rolle her (7%).

Spørreskjemaundersøkelsen omfattet også spørsmål om hva de ansatte mener om *tidsbruken* for de samme arbeidsoppgavene.

Tabell 7: Ansattes synspunkt på tidsbruk på arbeidsoppgaver. I prosent. (Absolutte tall i parentes).

Bruk av tid på...:	For mye tid	Passe tid	For lite tid	Ikke aktuelt/ ikke svart
Personlig stell	2 (2)	63 (54)	30 (26)	9 (8)
Inkontinensstell	3,5 (3)	70 (63)	16,5 (15)	10 (9)
Aktivering/trening		19 (17)	68 (61)	13 (12)
Sosial kontakt	1 (1)	42 (38)	51 (46)	6 (5)
Møter	2 (2)	66 (59)	18 (16)	14 (13)
Kontorarbeid	6 (5)	52 (47)	14 (13)	28 (25)

Sosial kontakt og trening/aktivering med bruker er de arbeidsoppgavene som flest av de ansatte mener de bruker *for* lite tid på. I undersøkelsen fra 1997 (ØF-rapport 28/97) var også sosialt samvær, aktiviteter og trening blant de oppgavene flest ansatte mente de fikk for liten tid til. I følge tidsbruksregistreringen går 14 prosent av arbeidstiden til personlig stell, mens kun 9 prosent brukes til sosial kontakt. Vi vet altså at de arbeidsoppgavene de ansatte trives best med (jfr tabell 6), er blant de oppgavene de bruker minst tid på. Som tidligere påpekt kan det tenkes at de ansatte kan bruke mer av sin arbeidstid til nettopp denne typen oppgaver, såfremt de avlastes for noen av de mer administrative oppgavene.

3.4 Resultater fra intervjuene

3.4.1 Om å gjøre en "god nok" jobb

Informantene som vi har hatt samtaler med, beskriver egen arbeidshverdag som både meningsfull, interessant og givende. De opplever selv at de har viktige og betydningsfulle arbeidsoppgaver og at de har relativt stor innflytelse på sin egen arbeidshverdag. Informantenes beskrivelser stemmer godt overens med det bildet som fremkommer i spørreundersøkelsen, og som viser at de ansatte jevnt over er svært fornøyd med de arbeidsoppgavene de har.

Selv om informantene trives godt med arbeidsoppgavene, sier de at de ofte opplever å ikke ha god nok tid til alle typer oppgaver. De opplever at det blir lite tid igjen til aktivering og sosial omgang med pasientene/beboerne. Det er spesielt det å sette seg ned for å prate med pasientene og gi dem tid til selv å kunne fortelle, som blir nedprioritert i en ellers hektisk arbeidshverdag. Det handler om å "ha lov til" å bare sitte stille sammen med en pasient, uten

at en må gjøre andre arbeidsoppgaver samtidig. Informantene er opptatt av at det sosiale samværet er nødvendig og viktig, og kan oppleve skyldfølelse eller samvittighetskvaler av at de ikke får brukt nok tid på dette. I kapittel 5 vil vi komme nærmere inn på informantenes beskrivelser av tidspress, stress og følelsen av å ikke få gjort en god nok jobb. Noen av informantene er også opptatt av at det blir for lite tid til faglige diskusjoner med andre kollegaer, samt muligheten til å holde seg oppdatert på det som skjer av utvikling innen eget fagfelt.

Hjemmehjelperne er opptatt av at det har skjedd en del forandringer i forhold til hvilke typer arbeidsoppgaver de kan gjøre, og hvor ofte de ulike oppgavene skal utføres. De opplever i sterkere grad enn tidligere at arbeidstiden skal effektiviseres, og mener dette kan gå utover kvaliteten på den tjenesten de skal gi brukerne. De føler ofte en lojalitetskonflikt mellom det å skulle oppfylle effektivitetskravene og det å gjøre en tilfredsstillende jobb overfor brukerne:

- *"Jeg synes det blir for lite tid til å gjøre jobben skikkelig. Kanskje jeg ikke er effektiv nok..... men jeg klarer bare ikke å sluntre unna. Derfor gjør jeg ting jeg egentlig ikke har "lov" til, som å pusse vinduer eller gå på butikken."*

Slik denne informanten beskriver arbeidssituasjonen sin, må hun gjøre arbeidsoppgaver som kommunen ikke betaler henne for, for at hun skal oppleve at hun gjør en god nok jobb som hjemmehjelper. Det er verdt å merke seg at det er et gjennomgående trekk i intervjuene med de ansatte at de opplevde utilfredshet i forhold til ikke å få gjort jobben sin skikkelig. Uten at vi kan bekrefte det i denne undersøkelsen, er det sannsynlig å tenke seg at sykefraværet i helsesektoren kan ha sammenheng med blant annet slike faktorer som at ansatte over lengre tid går rundt med en følelse av utilstrekkelighet i arbeidet. Spørreundersøkelsen viste også at de ansatte opplevde å bruke for lite tid på primæroppgaver som sosial kontakt og aktivisering av bruker. Dette er samtidig de oppgavene de ansatte trives best med. Med tanke på forebygging av sykefravær, utbrenthet og mistriivsel, vil det være en fordel om arbeidsoppgavene organiseres slik at de ansatte får bruke mer av sin arbeidstid på det de trivdes best med og som de opplever som viktigst i sitt arbeid.

3.4.2 Organiseringen av enhetene

Organiseringen av enhetene har også innvirkning på hvilke typer arbeidsoppgaver som utføres innenfor de forskjellige stillingskategoriene. Flere av informantene peker på at fordelene med integrerte tjenester, der hjemmesykepleie og hjemmehjelpere arbeider tettere sammen, er at arbeidsfeltet utvides, og at den enkelte arbeidsoppgave blir satt mer inn i en helhetlig sammenheng. Samtidig som tjenestene overfor brukerne blir mer helhetlig, blir de også mer individuelt tilpasset:

- *"Fordelene med å jobbe halvt inne og halvt ute er flere. For eksempel når jeg er på dementavdelingen, så kan jeg si at brukeren liker det og det på brødsdava, fordi jeg har observert det hjemme hos ham. Vi får gitt dem en mer verdig avslutning i stedet for at de skal komme et sted og få snudd om på alt. Vi lærer å kjenne brukeren på en annen måte gjennom en slik kombinasjon".*

En annen bieffekt av denne måten å organisere arbeidet på er at de ulike yrkesgruppene har muligheten til å lære av hverandre, slik at de bedre ser betydningen av hverandres arbeidsoppgaver;

- *"Fordelen med at hjemmehjelpen og hjemmesykepleien arbeider sammen er flere. Nå har vi hjemmesykepleien inn på oss hele tiden, slik at vi kan spørre. Vi lærer nye ting hele tiden. Samtidig kan vi fange opp ting tidligere enn hjemmesykepleien fordi vi er hos brukerne lengre (1 –2 timer). Vi tar en kaffekopp med dem og da kan det gjerne komme opp ting som de ikke snakker om ellers. Vi gir tilbakemeldinger til hjemmesykepleien og de kan spørre oss om vi har observert det og det. Vi observerer på en annen måte enn de (hjemmesykepleien) får gjort. For eksempel så kan inkontinens være vanskelig å prate om for mange. Det kan vi oppdage ved at vi ser at de har lagt truser i bløt i vasken, eller kanskje har de lagt plastikk under sengeklærne. Dette kan vi ta opp og prate med brukerne om".* (hjemmehjelper).

Behovet for å kunne forstå hverandres hverdag med de konsekvenser dette har for brukerne, kommer også tydelig til uttrykk i dette sitatet fra en hjemmehjelper;

- *"Det jeg kunne ønske var en turnus, hvor sykehjempersonalet var ute. De sender hjem folk på falske premisser. Hjemme er det ikke glatte golv. De har dørstokker, trapper. De sender hjem for dårlige folk. Jeg skjønner at de har press på seg, men jeg tror vi ville fått mer forståelse, dersom det fantes en kombinasjonsløsning."*

For noen kan integrerte tjenester bety at de ansatte skal favne veldig vidt både mht. ulike typer arbeidsoppgaver og det at de skal forholde seg til mange forskjellige pasienter og kollegaer. En av informantene sier at hun synes det blir en flyktig arbeidsdag. De aller fleste er derimot av den oppfatning at integrerte tjenester gjør arbeidet mer variert og spennende. Andre fordeler med denne måten å organisere tjenestetilbudet på er for eksempel at det kan bidra til å redusere slitenhet og dermed sykefravær. Variasjon i arbeidsoppgavene gjør at en ikke blir så fort sliten, ifølge informantene.

Vi kan konkludere med at informantene ser *kombinasjonsløsninger* (integrerte tjenester, ute/inne-jobbing) som positivt. Det skaper større smidighet for brukerne, og det gir mer varierte arbeidsoppgaver for de ansatte. De synspunktene som kommer fram i intervjuene og som gjenspeiles i de utvalgte sitatene, støtter opp under Molands (1999) forskning som viser at fordelene med integrerte tjenester er at de ansatte får innsikt i hverandres arbeidsmetodikk, ressurstildeling, arbeidspress og belastninger – noe som bryter ned stigmatiserende oppfatninger av hverandre (jfr kap 1). Ut fra det spørreundersøkelsen og intervjuene gir av data om dette temaet, kan det se ut til at omleggingen til integrerte tjenester i kommunene har vært vellykket sett fra de ansattes synspunkt.

3.5 Oppsummering

3.5.1 Hjemmebasert omsorg

- Stor grad av tilfredshet med alle arbeidsoppgavene
- Trives spesielt godt med sosial kontakt, daglig personlig stell og aktivisering/trening med bruker.
- Trives dårligst med husarbeid, møter og kontorarbeid.
- Opplever at de generelt har for liten tid til å gjøre en "god nok" jobb.
- Ved våre fire caseenheter med hjemmebaserte tjenester, er i gjennomsnitt 66 prosent av arbeidstiden ("ute") direkte brukertid.
- Den hjemmebaserte tjenesten i bykommunen har direkte brukertid ned mot halvparten av arbeidstiden (53 %).
- Integrerte tjenester gir større faglige utfordringer for de ansatte og mer tilpasset hjelpetilbud for brukerne.
- Hjemmehjelpere trives godt med pleie- og omsorgsoppgaver.
- Hjemmehjelpere opplever "effektivitetspress" i forhold til hvilke typer arbeidsoppgaver de kan utføre.

7.4.1 Institusjonsbasert omsorg

- Stor grad av tilfredshet med alle arbeidsoppgavene
- Trives spesielt godt med sosial kontakt, daglig personlig stell og aktivisering/trening med bruker.
- Trives dårligst med husarbeid, møter og kontorarbeid.
- Opplever at de generelt har for liten tid til å gjøre en "god nok" jobb.
- Ved våre fire enheter med institusjonsbaserte tjenester, er i gjennomsnitt 65 prosent av arbeidstiden såkalt direkte brukertid.
- Noe lavere tilfredshet med inkontinensstell enn med de andre arbeidsoppgavene.

Kap. 4 Arbeidsmiljø

4.1 Innledning

I dette kapitlet tar vi for oss arbeidsmiljøet ved de fem undersøkelsesenheterne. Med arbeidsmiljø mener vi sosiale, fysiske og organisatoriske arbeidsbetingelser, slik dette er definert i innledningskapitlet. I spørreundersøkelsen har vi kategorisert arbeidsmiljøet inn i 11 ulike kategorier (som vist i tabellen under), mens vi i intervjuene har bedt informantene selv om å beskrive og vurdere faktorer av betydning i sitt eget arbeidsmiljø. Kapitlet gir en gjennomgang av resultater fra både spørreundersøkelsen og intervjuene.

4.2 Resultater fra spørreundersøkelsen

På spørsmål om hvordan de totalt sett vil beskrive arbeidsmiljøet sitt, svarte 78 prosent av de spurte "godt" eller "svært godt", 16 prosent oppgir at de synes arbeidsmiljøet er "sånn passe", mens tre prosent (tre personer) karakteriserer arbeidsmiljøet som dårlig.

Tabellen nedenfor viser den totale fordelingen av de ansattes svar på spørsmål om hvor fornøyd de er med ulike forhold ved det daglige arbeidet.

Tabell.8: Ansattes tilfredshet med forhold ved det daglige arbeidet. I prosent. Tallene i parentes angir antall svar.

	Fornøyd ¹³	Sånn passe fornøyd	Misfornøyd	Ikke svart/ Ikke aktuelt
Opplevelse av tillit fra overordnede	87 (77)	11 (10)	2 (2)	1 (1)
Samarbeid med nærmeste overordnede	81 (72)	14 (12)	6 (5)	
Samarbeid med kollegaene	80 (70)	15 (13)	5 (4)	1 (1)
Innflytelse på arbeidsdagen	77 (68)	22 (19)	1 (1)	2 (2)
Arbeidstiden	77 (68)	20 (18)	4 (3)	1 (1)
Trygghet til å si sin mening	73 (65)	20 (18)	7 (6)	1 (1)
Tilgang på nødvendige hjelpemidler	73 (64)	19 (17)	6 (5)	2 (2)
Det sosiale miljøet	70 (62)	25 (22)	5 (5)	1 (1)
Fysiske omgivelser	69 (56)	19 (8)	9 (7)	12 (13)
Samarbeid med andre faggrupper/ eksterne	55 (48)	40 (35)	4 (3)	4 (4)
Arbeidstempo	50 (43)	43 (37)	8 (7)	

¹³ Spørreskjemaets svaralternativ "svært fornøyd" / "fornøyd og "misfornøyd" / "svært misfornøyd" er også her slått sammen til kategoriene "fornøyd" og "misfornøyd".

I tabellen er arbeidsoppgavene rangert etter "fornøyd"-prosenten. Som det framgår av tabellen, oppgir flertallet at de er fornøyd med mange av forholdene, men enkelte forhold skiller seg ut; slik som for eksempel arbeidstempo og samarbeid med andre faggrupper. Vi skal nå se nærmere på disse forholdene.

På spørsmål om hvordan de er fornøyd med arbeidstempoet, svarer ca 50 prosent at de er fornøyd, 42 prosent at de er sånn passe fornøyd og 8 prosent oppgir at de er misfornøyd. Her er også variasjonen forholdsvis stor mellom de enkelte enhetene. De ansatte i de to hjemmebaserte enhetene i bykommunen er minst tilfredse med arbeidstempoet.

Tabell 9: Tilfredshet med arbeidstempo. I prosent. (Absolutte tall i parentes).

	LAND		BY			
	Omsorgs distrikt øst	Omsorgs - distrikt sentrum	Sykehjem	Omsorgs- boliger	Hjemme- tjeneste	Total
Fornøyd	67 (16)	41 (9)	64 (14)	9 (1)	38 (3)	49 (43)
Sånn passe	25 (6)	55 (12)	32 (7)	82 (9)	38 (3)	43 (37)
Misfornøyd	8 (2)	5 (1)	5 (1)	9 (1)	25 (2)	8 (7)

Også når det gjelder samarbeidet med andre faggrupper, eksternt, ligger tilfredsheten relativt lavt. Tilfredsheten med samarbeid med andre varierer fra de som er 100 prosent fornøyd ved den hjemmebaserte enheten i by-kommunen til ca 40 prosent ved de to avdelingene i landkommunen.

Tabell 10: Tilfredshet med samarbeide med andre faggrupper. I prosent. (Absolutte tall i parentes).

	LAND		BY			
	Omsorgs distrikt øst	Omsorgs - distrikt sentrum	Sykehjem	Omsorgs- boliger	Hjemme- tjeneste	Total
Fornøyd	40 (10)	39 (9)	62 (8)	73 (8)	100 (8)	55 (48)
Sånn passe	44 (11)	57 (13)	38 (8)	27 (3)		40 (3)
Misfornøyd	8 (2)	4 (1)				3 (3)

Det er ingen *betydelige* forskjeller mellom yrkesgruppene, når det gjelder beskrivelsen av arbeidsmiljøet, men synspunktene på både arbeidsmiljøet som helhet og gitte forhold ved det daglige arbeidet, varierer noe mellom enhetene. Vi finner imidlertid ingen klare tendenser til variasjoner mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester. Den mest påfallende variasjonen

finner vi mellom de to enhetene i landkommunen, som organisatorisk sett er relativt like. Den ene enheten skårer systematisk lavest – og altså lavere enn den andre enheten i landkommunen – på tilfredshet med samarbeid med kollegaene, samarbeid med nærmeste overordnede, egen innflytelse på arbeidsdagen, det sosiale miljøet og arbeidsmiljøet totalt sett. Med bakgrunn i de data våre undersøkelser har gitt, er det vanskelig å anta noe om årsaker til at to relativt like avdelinger skårer såpass ulikt på samme typen spørsmål. En mer inngående studie av disse to avdelingene ville derimot kunne gi et mer utfyllende svar, men dette ligger utenfor rammen for denne studien.

7.4 Resultater fra intervjuene

4.3.1 Arbeidsmiljøet mellom faggrupper/kollegaer

På spørsmål om hvordan informantene opplever sitt eget arbeidsmiljø, svarer de at de opplever det som godt. Intervjuene bekrefter dermed tallene om stor grad av tilfredshet, slik det kom fram i spørreundersøkelsen.

Informantene beskriver samarbeidet mellom faggruppene som stort sett ukomplisert, men peker på at det er helt avgjørende for et godt samarbeid at det eksisterer en innbyrdes respekt for hverandres oppgaver og ansvarsområder. De fremhever at alle faggruppene er betydningsfulle og nødvendige, og at det er et felles ansvar å skulle skape og ta vare på et godt arbeidsmiljø. Samtidig har noen av informantene opplevd ikke å bli respektert som fagperson og for sitt ansvar på avdelingen. Årsakene til dette kan sikkert være ulike, men det vi har vært inne på tidligere i denne rapporten er at samarbeidet mellom de ulike faggruppene ser ut til å komme styrket ut av en integrert organisering (se bl.a. kap 1 og kap 3). Ansatte som arbeider i tett integrerte arbeidsfellesskap fremhever fordelene av å lære av andre faggrupper, noe som øker forståelsen og respekten for hverandre. Samtidig gir det mer mening for den enkelte ansatte å se sine arbeidsoppgaver som en del av en større helhet. I denne sammenheng er det interessant å merke seg resultatene fra spørreundersøkelsen, hvor alle de spurte i enheten "By – hjemmetjeneste", hvor hjemmesykepleien og hjemmehjelpen er integrert, sier seg fornøyd med samarbeidet med andre faggrupper.

Noen informanter sier at deres opplevelse av et godt arbeidsmiljø varierer ettersom hvem de arbeider sammen med. Noen mennesker går bedre sammen enn andre. Et par informanter forteller om perioder der arbeidsmiljøet har forverret seg, fordi enkeltindivider har "forsuret" miljøet med negative utsagn og holdninger, og blant annet forsøkt å sette faggrupper opp mot hverandre. Holdningene og handlingene til lederne er avgjørende for å forhindre at slike trender får festet seg i organisasjonen. Informantene er opptatt av at innstillingen til den enkelte ansatte er av stor betydning for hvilket samhold og stemning det blir på avdelingen, og mener at miljøet mellom kollegaer er av enda større betydning for trivselen på arbeidsplassen enn forholdet til ledelsen.

Perioder med mange sykemeldinger kan virke negativt inn på arbeidsmiljøet, fordi det blir mye press på andre ansatte om å arbeide ekstra eller overtid. Det er ofte vanskelig å skaffe vikarer

for korte sykemeldingsperioder, noe som går utover de som er igjen på avdelingen. Det er viktig at dette blir synliggjort på en god måte, slik at ingen ansatt føler seg "misbrukt". Lederens rolle er viktig for å skape møtearenaer der alle får snakket, slik at alle ansatte (uavhengig av stilling og tittel) opplever at de blir hørt. Forholdet til ledelsen har også vært gjenstand for et eget spørsmål i intervjuene.

4.3.2 Forhold til ledelsen

I spørreundersøkelsen så vi at over 80 prosent av de spurte var fornøyd med samarbeidet med nærmeste overordnede og at de opplevde tillit fra sin leder. I intervjuene utdyper informantene dette gjennom sine beskrivelser av lederen som både støttende, anerkjennende og pålitelig. Blant annet blir det sagt at de opplever at lederen er interessert i å tilrettelegge for at de skal få en god arbeidsdag, og prøver i det lengste å strekke seg for å tilfredsstille de ansattes ønsker;

- *"Er vi få over lengre tid, blir det tungt. Sjefen sørger imidlertid for at vi kan få tatt det att seinere."*

- *"Vi har en dyktig leder. Hun er strukturert, har orden på ting og hun stoler på oss. Det er tillit begge veier. Jeg kan ta opp ting – og hun holder på det. Hun gjør egentlig alt for at vi skal ha det bra".*

Samtidig kan informantene være bekymret for at lederen skal strekke seg *for langt*, slik at det går utover lederens egne behov og ønsker. Beskrivelser av lederen som "til tider litt for snill", kom fram ved noen anledninger, og da referert til at lederne kunne bli for ettergivende i forhold til krav og behov fra de ansatte. Blant annet viste de til at ledere kunne gå inn og ta vakter dersom de ikke klarte å skaffe vikarer i forbindelse med sykdom o.l. At ledere deltar i stell/pleie på avdelingen blir ellers sett på som svært positivt.

Tiltross for de positive beskrivelsene av lederne er det gjennomgående slik at informantene ønsker større grad av tilstedeværelse fra ledelsen. De opplever at lederne har beveget seg bort fra avdelingene og i for stor grad blitt opptatt av administrasjon og møtevirksomhet. Flere kobler dette til omorganiseringsprosessene som har pågått i kommunene de siste årene, hvor delegering og ansvar har gått nedover i rekken, og dermed gitt avdelingslederne flere administrasjonsoppgaver.¹⁴ Dette har sin fordel ved at flere av de ansatte får mer ansvar på sin egen avdeling, men ulempen er at lederne ble utilgjengelig og lite nærværende i arbeidshverdagen. Det er også slik at kommunehelsetjenesten i stor grad preges av sykepleiemangel, slik at avdelingene kan bli avhengige av avdelingsleder (som stort sett er sykepleier), for å kunne utføre de sykepleiefaglige oppgavene.

En annen faktor som kan ha innvirkning på ledernes tilgjengelighet og tilstedeværelse, er hvordan hjemmetjenesten og hjemmesykepleien er organisert. Det er opplagt at en leder vil være mindre tilstedeværende for alle, innenfor en organisasjonsform, der hjemmehjelpen

¹⁴ Vi har i denne undersøkelsen ikke intervjuet avdelingslederne ved de ulike enhetene, men det kunne ha vært interessant å sett nærmere på om de kjenner seg igjen i, og i tilfelle hvordan de selv opplever den utviklingen som informantene mener har funnet sted.

administrerer sitt eget arbeid med utgangspunkt i sitt eget hjem, enn i en organisasjonsform der hjemmehjelpen er en integrert del av et arbeidsteam innenfor hjemmetjenesten. Organisasjonsformen handler om ulik grad av integrering, slik dette er diskutert i innledningskapitlet. Informantene som var innenfor en organiseringsform der hjemmehjelpere og hjemmesykepleie kun administrativt var integrerte tjenester, beskrev denne organiseringen som problemfri så lenge alt fungerte etter hensikten, men samtidig viser det seg at informantene kan oppleve arbeidsmiljøet som ensomt og kom i den anledning inn på at de kunne ønsket tettere oppfølging av både kolleger og ledere. Det kan være interessant å stille spørsmålet om kommunen burde ta skrittet fullt ut og også innlemme hjemmehjelperne i den daglige integrerte tjenesteorganiseringen av pleie- og omsorgstilbudet for eldre. Til sammenligning er informantene ved den enheten der hjemmehjelpen er integrert i hjemmetjenesten, svært tilfreds med å være del av en større helhet og peker blant annet på fordelene med felles daglige møter hvor de får diskutert arbeidsoppgaver og delt erfaringer med kollegaer og leder.

7.4.1 Andre faktorer av betydning for arbeidsmiljøet

Informantene peker på betydning av å være sosial sammen med sine kollegaer, og at dette gjelder både i faglige/jobbsammenhenger som i private sammenhenger. Felles lunsj og andre sammenkomster i lunsjtida er viktig, fordi det er viktig å spleise folk sammen og få fram opplevelsen av tilhørighet og det å være betydningsfulle for hverandre. Likedan er det også de som fremhever at sosiale arrangementer på fritida er viktig for samholdet på arbeidsplassen. Dette kan handle om alt fra årlige arrangementer for alle på avdelingen, til de mer spontane planleggingene mellom noen ansatte om en tur på byen etter vakt.

En annen faktor som kom fram i intervjuene var at kjønnsblandede arbeidsmiljøer er et gode. Enhetene som er med i vårt utvalg er tradisjonelle kvinnearbeidsplasser hvor menn er mer eller mindre fraværende. For å bryte opp i den tradisjonelle kvinnekulturen og få inn andre verdier, normer og væremåter spiller mannlige ansatte en viktig rolle i arbeidsmiljøet. Dette er forhold som det er vanskelig for de ansatte selv å gjøre noe med, men som avhenger av at ledelsen i kommunene legger opp til en bevisst rekrutteringsstrategi for å få til kjønnsblandede arbeidsmiljøer. I denne sammenhengen kan det nevnes at av de 90 som har deltatt i vår spørreundersøkelse, er kun to menn!

7.5 Oppsummering

7.4.1 Hjemmebasert omsorg

- Stor grad av tilfredshet med eget arbeidsmiljø
- Stor grad av tilfredshet med samarbeidet med nærmeste overordna, men det etterlyses større grad av tilstedeværelse av ledelsen.
- De aller fleste ansatte opplever å ha tillit hos sin leder.
- Ansatte i hjemmebaserte tjenester i bykommunen er minst tilfreds med arbeidstempo.
- Mindre tilfredshet med samarbeid mellom faggrupper ved land-enhetene enn by-enhetene.
- Stor tilfredshet med samarbeidet mellom faggruppene der hvor hjemmehjelperne er integrerte i et arbeidsteam med hjemmesykepleien.
- Arbeidsmiljøet, forhold til andre kolleger og til ledelsen påvirkes av måten hjemmetjenesten er organisert på.
- God kommunikasjon og åpenhet mellom de ansatte er nødvendig for et godt arbeidsmiljø.

7.4.2 Institusjonsbasert omsorg

- Stor grad av tilfredshet med eget arbeidsmiljø
- Stor grad av tilfredshet med samarbeidet med nærmeste overordna, men dette varierer noe mellom enhetene
- De aller fleste ansatte opplever å ha tillit hos sin leder.
- Større grad av tilstedeværelse fra ledelsen etterlyses.
- Mindre tilfredshet med samarbeid mellom faggrupper ved land- institusjonen enn by-institusjonen.
- Tilfredshet med ulike sider ved arbeidsmiljøet, ser ut til å falle sammen med andre forhold enn organisering av enheten.
- I gjennomsnitt er 50 prosent fornøyd med arbeidstempoet ved avdelingene.
- God kommunikasjon og åpenhet mellom de ansatte er nødvendig for et godt arbeidsmiljø.

Kap 5 Belastning og sykdom

5.1 Innledning

I dette kapitlet går vi igjennom sykefraværstatistikken i omsorgssektoren på landsbasis og på kommunalt nivå. Videre presenterer vi resultater fra spørreundersøkelsen om de ansattes opplevelse av slitenhet, og hvor lang tid de regner med at de bruker på å ta seg inn igjen etter endt arbeidsdag. Til sist tar vi for oss hvordan informantene har beskrevet sine opplevelser av belastning og sykdom i intervjuene. Kapitlet avsluttes med en kort oppsummering av hovedfunnene innen hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg.

5.2 Sykefravær i omsorgssektoren

Det totale sykefraværet (egenmeldt og legemeldt) har de siste årene (2000 – 2003) steget fra 7,0 til 7,9 prosent av avtalte dagsverk. Innenfor helse og sosiale tjenester generelt har sykefraværet i disse årene variert fra 9,5 til 10,9 prosent. Helse og sosiale tjenester er dermed den næringsgruppen med høyest sykefravær, etterfulgt av transport- og kommunikasjonssektoren, industri- og bergverkssektoren, samt andre sosiale og personlig tjenester (<http://www.ssb.no/emner/06/02/sykefratot/tab-2003-09-19-03.html>).

Tabellen nedenfor viser sykefravær gjennom året for årene 2000-2003 i institusjon (alders- og sykehjem) og hjemmetjenestene (hjemmesykepleie og hjemmehjelp). Vi viser her tall for landet som helhet, og for bykommunen og landkommunen som er med i vår undersøkelse.

Tabell 11: Sykefravær for hele landet, bykommunen og landkommunen 2000-2003. Somatiske sykehjem, hjemmesykepleie og hjemmehjelpere. I prosent.

	2000 ¹⁵	2001	2002	2003 (to første kvartal)
Somatiske sykehjem (alders- og sykehjem)				
Hele landet	9,36	9,21	9,68	11,16
Bykommunen	-	-	14,10 ¹⁶	13,43
Landkommunen		-	10,11 ¹⁷	11,72
Hjemmesykepleie				
Hele landet	10,07	10,77	10,82	11,65
Bykommunen	11,39	13,12	9,23 ¹⁸	-
Landkommunen	11,06	9,87	8,16 ¹⁹	-
Hjemmehjelp				
Hele landet	9,09	9,54	10,13	11,69
Bykommunen	10,74	11,10	12,79	12,55
Landkommunen	7,60	8,40	10,53	12,03

Kilde: Trygdeetaten 2003 (spesialbestilt statistikk).

Statistikken tyder på at enhetene i vår undersøkelse ikke skiller seg nevneverdig fra nivået på landsbasis, men det ser ut til at sykefraværet i bykommunen jevnt over ligger noe over det i landkommunen. Vi legger også merke til at sykefraværet hos hjemmehjelperne har steget jevnt i disse årene. Det er relevant å se dette i sammenheng med resultatene som har kommet fram i vår undersøkelse, om at flere hjemmehjelpere opplever yrket som fysisk hardt. I tillegg vet en at dette er et yrke hvor en arbeider mye alene, noe som over tid kan være en psykisk belastning.

5.3 Belastning i hjemmetjenesten – Arbeidstilsynets undersøkelse

Direktoratet for Arbeidstilsynet satte i 2002 i gang en kampanje rettet mot hjemmebaserte tjenester, "Rett hjem". Som en del av kampanjen ble det gjennomført en "nullpunktsmåling" (oppstartsundersøkelse) blant 1000 ansatte i hjemmebasert omsorg, der spørsmål om tidspress, ergonomi m.m. inngår (Opinion 2003). Enkelte av disse spørsmålene har dannet

¹⁵ Gjennomsnitt av de tre siste kvartalene i 2000

¹⁶ Tall kun fra 4. kvartal

¹⁷ Tall kun fra 4. kvartal

¹⁸ Gjennomsnitt av de tre første kvartalene i 2001

¹⁹ Gjennomsnitt av de tre første kvartalene i 2001. Fram til da ble det samlede sykefraværet (unntatt hjemmehjelperne) i landkommunen ført under "hjemmesykepleie", etter dette er sykefraværet i hjemmesykepleien ført under institusjon.

grunnlag for spørsmål i vår spørreundersøkelse, og resultatene er derfor sammenlignbare mht hjemmebasert omsorg.

Arbeidstilsynets undersøkelse viser bl.a. at:

- 46 prosent *i stor grad* opplever tidspress som belastning i arbeidet, 37 prosent opplever tidspress som belastende *i noen grad*. Til sammen oppgir altså 83 prosent høyt tidspress i stor eller noen grad som en belastning.
- Sykepleiere og vernepleiere opplever tidspress i noen grad som mer belastende enn hjemmehjelpere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.
- Til sammen 60 prosent svarer at de i stor eller noen grad opplever tunge løft belastende.
- Det er noen færre som opplever tunge løft som belastende, enn tidspress. Hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne ser i større grad ut til å oppleve dette som en belastning enn det sykepleierne og vernepleierne gjør.
- 35 prosent av de ansatte innen hjemmetjenesten har i løpet av de siste to årene vært sykemeldt helt eller delvis pga en eller flere av de nevnte belastningsfaktorene.
- 17 prosent har vært sykemeldt grunnet arbeidsstillinger.
- 69 prosent oppgir at de i stor eller noen grad opplever uheldige arbeidsstillinger.
- De fleste (3 av 4) oppgir å være relativt godt fornøyd med arbeidsforholdene i sektoren i sin kommune. Det ser ut til å være få forskjeller mellom de ulike profesjonene på dette spørsmålet.

5.4 Resultater fra spørreundersøkelsen

I undersøkelsen som Østlandsforskning gjennomførte i 1997, oppga noe under halvparten av de spurte at de var *fysisk slitne* en eller flere ganger i uken etter arbeidsdagen, og like mange at de var *psykisk slitne* en eller flere ganger i uken. I 2003-undersøkelsen er spørsmålene om fysisk og psykisk slitenhet slått sammen til ett spørsmål om hvor ofte de ansatte føler seg *slitne* etter arbeidsdagen. Tabell 12 viser at vi i 2003 finner tilsvarende tendens som i 1997.

Tabell 12: Grad av slitenhet. I prosent. (Absolutte tall i parentes).

	LAND		BY			
	Omsorgs- distrikt øst	Omsorgs distrikt sentrum	Sykehjem	Omsorgs- boliger	Hjemme- tjeneste	Total
Sjelden	(2) 8	(4) 18	(3) 14			(9) 10
Flere ganger i måneden	(7) 28	(4) 18	(7) 33	(3) 27	(2) 25	(23) 26
Omlag en gang pr. uke	(5) 20	(6) 27	(5) 24	(3) 27	(3) 37	(22) 25
Flere ganger i uken	(8) 32	(4) 18	(5) 24	(3) 27	(2) 25	(22) 25
Hver dag	(3) 12	(4) 18	(1) 5	(2) 18	(1) 12	(11) 13
Total	(25) 100	(22) 100	(21) 100	(11) 100	(8) 100	(87) 100

Halvparten av de vi spurte, oppga at de følte seg slitne etter arbeidsdagen en eller flere ganger i uken og 13 prosent svarte at de er slitne etter jobben hver dag. Hjemmehjelperne oppgir i noen større grad å være slitne etter arbeidsdagen. Det ser ellers ikke ut til å være noen betydelige forskjeller mellom enhetene i undersøkelsene, når det gjelder opplevd slitenhet etter arbeidsdagen.

Det er verken uvanlig eller urimelig å være sliten etter endt arbeidsdag, og det er derfor interessant å få vite hvor lang tid som må til for å ta seg inn igjen. De fleste (77 %) oppgir at de tar seg inn igjen etter et par timer eller i løpet av resten av dagen. Omlag en av ti (9 %) oppgir at de bruker flere dager på å ta seg inn igjen, mens en av tyve (5 %) svarer at de ikke får tatt seg inn igjen i løpet av fritiden. Det betyr m.a.o. at ganske mange ansatte daglig går rundt med en konstant opplevelse av å være sliten, noe som burde forurolige kommunene.

Informantene ble også spurt om de hadde vært sykemeldt siste 12 måneder. 37 prosent svarer ja på dette spørsmålet. En tredjedel av disse oppgir at sykemeldingen skyldtes ryggplager. I underkant av halvparten oppgir at de aldri har vært sykemeldt grunnet ryggplager. Det er nærliggende å tolke dette dit hen at en av to har en eller annen gang vært sykemeldt grunnet ryggplager. I så fall sammenfaller dette med Arbeidstilsynets undersøkelse i hjemmetjenesten, der 17 prosent oppgir å ha vært sykemeldt grunnet arbeidsstillinger.

Tabell 13: Opplevelsen av belastning i arbeidet. I prosent (N=90)

	Belastende i stor/svært stor grad	Belastende i liten/svært liten grad	Ikke svart/ ikke aktuelt
Løfting	48	49	3
Gåing	40	58	2
Arbeidsstillinger	45	54	1
Tidspress	63	37	

På spørsmål om *løfting* føles belastende, deler de ansatte seg i to like store grupper. Omlag halvparten (49%) oppgir at løfting i liten eller svært liten grad føles belastende, mens den andre halvparten oppgir at løfting i stor eller svært stor grad føles belastende. Andelen som opplever løfting som belastende ligger i våre enheter noe under nasjonalt nivå i hjemmetjenesten (60 %), i følge Arbeidstilsynets undersøkelse. 40 prosent i vår undersøkelse oppgir at de føler *gåing* som i stor eller svært stor grad belastende. Det er flere ansatte i landkommunen som opplever gåing belastende (53%) enn i bykommunen (20%), kanskje som et resultat av at institusjonsbygget i landkommunen er eldre og mer tungvint inndelt med lange ganger og avstander.

45 prosent svarer at de i stor/svært stor grad opplever *arbeidsstillinger* som belastende. Dette gjelder i større grad ansatte i hjemmetjenesten i bykommunen enn ved de andre enhetene (87,5 %). Det er sannsynlig å tenke seg at dette henger sammen med at det er færre hjelpemidler i hjemmene enn i institusjonene. I tillegg kommer det faktum at mange av de som arbeider i hjemmebasert omsorg har færre til å hjelpe seg fordi de oftere går alene på vakt, enn de som arbeider i institusjon.

63 prosent av de ansatte i vår undersøkelse har svart at de opplever *tidspress* belastende. I Arbeidstilsynets landsomfattende undersøkelse oppga til sammen 83 prosent at de opplevde høyt tidspress som en belastning i stor eller noen grad. Selv om spørsmålsstillingen avviker noe fra vår, kan det se ut som om våre enheter ligger noe under landsgjennomsnittet i hjemmetjenestene.

Sammenlikner vi årets tall med undersøkelsen som ble gjennomført blant institusjonsansatte i 1997, svarte 45 prosent av de spurte at fysisk slitenhet i stor eller svært stor grad gjaldt "tunge løft". 73 prosent svarte tilsvarende om "mye gåing" og 27 prosent knyttet fysisk slitenhet til "ubekvemme arbeidsstillinger". På spørsmål om psykisk belastning, svarte 76 prosent at dette var knyttet til "for mye å gjøre". Det ser ut til at opplevelsen av løfting som belastende ikke har forandret seg nevneverdig fra forrige undersøkelse. Derimot har opplevelsen av gåing og tidspress som belastende gått noe ned, mens opplevelsen av arbeidsstillinger som belastende har økt. Når vi vet at det spesielt er hjemmetjenesten som opplever arbeidsstillinger som belastende, og at hjemmetjenesten ikke var med i utvalget fra 1997, kan dette forklare den høye økningen innenfor denne kategorien.

Resultatene våre viser videre at de fleste (84%) mener at *inkontinensstell* i liten eller svært liten grad føles belastende. I 1997 svarte til sammenlikning over to tredeler (73%) av de institusjonsansatte at stell av inkontinente opplevdes fysisk slitsomt. I undersøkelsen fra 1991

(Raustøl 1991) ga nesten halvparten av hjelpepleierne (13 av 28) uttrykk for at stell av inkontinente var fysisk belastende. I årets undersøkelse svarer bare 10 prosent at de opplever inkontinensstell som belastende. Opplevelsen av inkontinensstell som belastende kan dermed se ut til å ha endret seg positivt både i hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg. I rapportens siste del vil vi gå mer inn på hvordan de ansatte selv beskriver denne typen arbeidsoppgaver.

Av resultatene fra vår spørreundersøkelse, ser det ut til at hjelpepleiere og sykepleiere opplever omtrent samme grad av belastning. Det er imidlertid en noe høyere andel sykepleiere (79%) enn hjelpepleiere (56%) og hjemmehjelpere (62%) som oppgir å føle tidspresset spesielt belastende. Dette resultatet samsvarer med Arbeidstilsynets undersøkelse, der det framgår at sykepleiere opplever tidspress som belastende i noe større grad enn hjemmehjelpere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Det er ikke usannsynlig at dette kan henge sammen med at sykepleierne som oftest har spesielle faglige oppgaver og som regel er få i hver avdeling, slik at mye ansvar og press dermed legges på den enkelte.

Det er også verdt å merke seg at av kategoriene tidspress/stress, gåing, løfting, arbeidsstillinger, inkontinensstell, er det flest som opplever tidspress/stress som belastende.

7.4 Resultater fra intervjuene

5.5.1 Belastning og forebygging

Det generelle bildet som informantene tegner, er at fysiske påkjenninger som tunge løft, mye gåing og springing i gangene er det som virker mest belastende i arbeidet. Den fysiske tilretteleggingen av arbeidsplassen har innvirkning på de ansattes helsesituasjon og grad av slitenhet. I institusjonen i bykommunen er de ansatte fornøyd med at de har begrenset gangtråkningen som en følge av at avdelingene er organisert i små enheter med alt tilgjengelig utstyr fordelt på hver enhet (skyllerom, tøylager osv). I tillegg bor beboerne på rom med egne bad. I landkommunen er institusjonen i et eldre bygg med mer tradisjonell inndeling av avdelinger med lange ganger og store avstander fra første til siste rom. Tøylager, skyllerom o.a. ligger i enden av hver gang. I tillegg er det tillagt sykehjemmet ansvar for omsorgsenheter og bokollektiv som ligger plassert utenfor institusjonsbygningen. Dette gjør at det blir mye gåing for de ansatte i løpet av en arbeidsdag. Beskrivelsene fra informantene samsvarer med de tallene som fremkommer i spørreundersøkelsen, om at ansatte i landkommunen opplever gåing som mer belastende enn ansatte i bykommunen (hhv 53 og 20 prosent).

Videre er det slik at stress, tidspress og det å oppleve at en ikke får gjort jobben sin skikkelig, sliter veldig. I spørreundersøkelsen er det hele 63 prosent av de spurte som opplever tidspresset som belastende. Når informantene beskriver hvordan det virker å arbeide under tidspress, trekker de spesielt fram den frustrasjonen de opplever ved ikke å ha nok tid til samvær med pasientene. Dette gjelder både det å bruke mer tid på å snakke med beboere i

institusjonen, og når de er hjemme hos de som bor alene. Tidspresset kan føre til at de ansatte får dårlig samvittighet og føler seg utilstrekkelig i arbeidet (se også kap. 3);

- *"Drømmesituasjonen er å ha mer tid. Føler ofte at jeg ikke strekker til... Tror egentlig det handler mest om min egen samvittighet."*
- *"Det går mest på det psykiske. Mye av arbeidstida går med til stell, og jeg føler stadig at jeg har for lite tid til å være sosial med pasientene".*

Hjelpemidler er viktige for å forebygge fysisk slitasje, og institusjonene er stort sett godt utstyrt med heiser og andre typer hjelpemidler. Spørsmålet er om de ansatte "tar seg tid til" å bruke dem, og i følge de ansatte selv "sluntrer" de nok en del på dette, ofte som en følge av at de ikke har tid til å hente hjelpemidlene. De ansatte i hjemmehjelpen har ikke samme tilgang til hjelpemidler, siden private hjem vanligvis ikke er utstyrt med den slags. Dette kan forklare hvorfor hjemmehjelperne i noe større grad enn de andre spurte, svarer at de er slitne etter jobben hver dag (12 prosent). I intervjuene beskriver hjemmehjelperne arbeidet sitt som fysisk krevende med tunge og ukurante løft;

- *"Hvis vi har mye rengjøring så er det belastende for kroppen. Det blir ensformige bevegelser. Det er vanskeligere å få lagt til rette i et hjem – du kan ikke heise opp sofaen slik at du kan stå og vaske, for eksempel!"* (hjemmehjelp)

Omsorgssektoren er en sektor hvor de ansatte utsettes for mye hardt arbeid, men det er samtidig også en sektor hvor den psykiske belastningen er stor. For en hjemmehjelper kan det være slitsomt å forholde seg til fem, seks vidt forskjellige mennesker i løpet av noen timer, hvor du skal være like profesjonell og yte like god service overfor alle; - *Kanskje er det en dement, en psykiatrisk, en "fin frue" og en som ikke bryr seg. Vi må forholde oss til alle de forskjellige, og det kan bli slitsomt dersom du er sliten sjøl."* Mens det for en pleier på sykehjemmet kan være en påkjenning å jobbe tett med tungt pleietrengende og syke pasienter hvor du ofte opplever dødsfall på avdelingen. De vet at dette er pasientenes "siste hjem", og at deres viktigste oppgave er å gi pasientene så mye trygghet og stabilitet som mulig. Det er en jobb som forutsetter at en er i stand til og forberedt på å yte mye omsorg, og samtidig kunne takle å få lite eller ingenting tilbake.

I denne typen yrker er et godt arbeidsmiljø som kan forebygge psykisk slitasje og utbrenthet, like viktig som fysiske hjelpemidler. Informantene er opptatt av at det er viktig å ha et arbeidsmiljø hvor en føler seg trygg på å kunne si ifra. Kollegial støtte og avlastning er nødvendig - det må være lov å be om avlastning i forhold til en pasient/beboer, og lederen din må aksepterer dette og prøve å legge til rette for det:

- *"Det må ikke være farlig å si at du har gått tom".*

Det er ikke bare forhold ved selve arbeidsoppgavene som påvirker de ansattes opplevelse av slitenhet. Et dårlig arbeidsmiljø kan være vel så belastende. Flere av informantene er inne på at det kan være viktig for arbeidsmiljøet at en arrangerer felles aktiviteter for de ansatte også utenom arbeidstid. Dette kan være noe å være obs på for ledelsen ved avdelingene/kommunene, som har det overordnede ansvaret for arbeidsmiljøet.

5.5.2 Om å ta seg inn igjen

På spørsmål om hvordan de vi har intervjuet "tar seg inn igjen" etter endt arbeidstid, fremhever de fleste at det handler om å gjøre helt andre ting enn arbeid. Mange kobler av med å se på tv, slappe av i en god stol, legge kabal, lese. Andre sier de vil være i fysisk aktivitet, gå seg en tur for eksempel, og vektlegger behovet for å få være helt alene. Som vi så av spørreundersøkelsen, oppgir de aller fleste (77 prosent) at de kun bruker et par timer eller resten av dagen til å ta seg inn igjen etter arbeidsdagen. Det som er mer oppsiktsvekkende er at så mange som 14 prosent bruker flere dager, eller ikke får tatt seg inn igjen i det hele tatt (se side 46). For disse personene er det med andre ord helt andre ting, enn det å koble av med en bok eller en tur i skogen, som må til for å forebygge utbrenthet. Det er nærliggende å tenke seg at det er noe i selve arbeidsoppgavene som må forandres på, og det er viktig for ledelsen å være bevisst på at organisering og tilrettelegging av arbeidsdagen også virker inn på hvordan de ansatte holder ut i arbeidet over tid.

En av de som har jobbet ute sier i intervjuet at det er lettere å ta seg inn igjen når en jobber inne, fordi ute er en som regel alene med både fysiske løft og psykiske bekymringer, mens inne har en kollegaer rundt seg som en kan få hjelp av og som en hele tiden kan prate med om det som skjer. Dette utsagnet bekreftes av en annen informant som sier at hun har behov for å snakke med andre kollegaer, siden hun er alene i jobben, og at hun derfor ringer opp en kollega etter arbeidstid for å utveksle erfaringer om hva de har gjort i løpet av dagen. Det handler om å ventilere frustrasjoner med andre i samme situasjon, og det handler om å få tilbakemelding på at de opplevelsene du har er alminnelige også for andre. De som er del av et arbeidskollektiv har en fordel, og slik sett kan vi også her peke på at fordelene med integrerte tjenester er at flere arbeider sammen og dermed har mulighet til å støtte hverandre.

Flere informanter sa at de i begynnelsen av sin yrkeskarriere var endel plaget av at de "tok med seg jobben hjem", men at de etter hvert har lært å koble ut jobben, når de går fra vakt. Spesielt i yrker hvor en arbeider tett på andre menneskeskjebner er det, som informantene selv fremhever, spesielt viktig å ha et arbeidsmiljø hvor det legges vekt på at de ansatte samtaler om det de opplever og åpent deler sine erfaringer med andre kollegaer.

7.5 Oppsummering

7.5.1 Hjemmebasert omsorg

- En av tre opplever å føle seg sliten etter arbeidsdagen en eller flere ganger i uken.
- Hjemmehjelpere er oftest slitne etter arbeidsdagen
- 77 prosent oppgir at de tar seg inn igjen etter et par timer eller i løpet av resten av arbeidsdagen.
- Til sammen 14 prosent svarer at de bruker flere dager på å ta seg inn igjen, eller at de ikke får tatt seg inn igjen i løpet av fritiden.

- En av tre opplever tidspress som belastende – sykepleiere i størst grad.
- Omlag halvparten av de ansatte opplever løfting som belastende.
- Hjemmetjenesten i bykommunen opplever i større grad enn de andre enhetene arbeidsstillinger som belastende.
- En av to har en eller annen gang vært sykemeldt grunnet ryggplager.
- Vanskelig å tilrettelegge for avlastning i hjemmene (mangler hjelpemidler).
- Bare en av ti opplever inkontinensstell som belastende. Opplevelsen av inkontinensstell som belastende kan se ut til å ha endret seg positivt fra tidligere undersøkelser.
- Et godt og støttende arbeidsmiljø er viktig for å forebygge psykisk slitasje og utbrenthet.
- Sykefraværet i våre undersøkelsesenheter ser ikke ut til å avvike særlig fra landet for øvrig.
- Sykefraværet blant hjemmehjelpere har økt jevnt de senere årene i begge kommunene.

7.5.2 Institusjonsbasert omsorg

- En av tre opplever å føle seg sliten etter arbeidsdagen en eller flere ganger i uken.
- 77 prosent oppgir at de tar seg inn igjen etter et par timer eller i løpet av resten av arbeidsdagen.
- Til sammen 14 prosent svarer at de bruker flere dager på å ta seg inn igjen, eller at de ikke får tatt seg inn igjen i løpet av fritiden.
- En av tre opplever tidspress som belastende – sykepleiere i størst grad
- Omlag halvparten av de ansatte opplever løfting som belastende
- En av to har en eller annen gang vært sykemeldt grunnet ryggplager
- Det fysiske arbeidet er slitsomt, men den psykiske belastningen kan være vel så stor.
- Bare en av ti opplever inkontinensstell som belastende. Opplevelsen av inkontinensstell som belastende kan se ut til å ha endret seg positivt fra tidligere undersøkelser.
- De ansatte i byinstitusjonen opplever gåing som mindre belastende enn de ansatte i landinstitusjonen, noe som kan henge sammen med hvordan avdelingene er fysisk organisert.
- Et godt og støttende arbeidsmiljø er viktig for å forebygge psykisk slitasje og utbrenthet.
- Sykefraværet i undersøkelsesenheter ligger omtrent som på nasjonalt nivå – noe høyere i bykommunen (13,4 %) enn i landkommunen (11,7 %)

Kap 6 Inkontinens i hjemmebasert omsorg

6.1 Omfanget av inkontinente hjemmeboende

Som ledd i undersøkelsen ble det gjennomført en kartlegging av inkontinente hjemmeboende brukere knyttet til de aktuelle enhetene. Denne bygger på en tilsvarende tidligere kartlegging (Mathisen 1997) i de samme kommunene og er derfor godt egnet til å belyse eventuelle endringer over tid. Kartleggingsskjemaet omfatter – foruten bakgrunnsopplysninger om kjønn, boforhold, grad av fysisk funksjonsnivå, grad av inkontinens - spørsmål om antall bleieskift i døgnet, hvem som skifter bleie, antall lekkasjer fra bleie, hyppighet av tøy/sengetøyskift som følge av lekkasje, omfang av bruk av hjemmetjeneste.

Undersøkelsen fra 1997 viste at 23 prosent av brukerne av hjemmehjelp eller hjemmesykepleie i landkommunen og 26 prosent av brukerne av hjemmetjenester i bykommunen brukte inkontinensbleier (gjennomsnitt 24%). Kartleggingen i 2003 viser 43 inkontinente brukere av totalt 234 brukere (18%) av hjemmetjenester i de to kommunene samlet. Det kan med andre ord se ut til at det er en liten nedgang i antall inkontinente brukere i den hjemmebaserte omsorgen. Nedgangen kan ha en mulig sammenheng med forbedrede produkter, samtidig har brukerne selv fått økt kompetanse, slik at de i større grad enn tidligere er i stand til å håndtere dette selv uten hjelp fra hjemmesykepleien, og at det dermed oppstår underrapportering i kartleggingen. Vi vil gå nærmere inn på dette senere i kapitlet.

Som det framgår av tabellen under er andelen inkontinente brukere i bykommunen (21%) en del høyere enn andelen inkontinente brukere i landkommunen (14%).

Tabell 14: Antall brukere av hjemmetjenester i caseenhetene og antall inkontinente brukere. I prosent. (Absolutte tall i parentes).

	Inkontinente brukere	Antall brukere totalt
LAND	14 (16)	117
BY	21 (27)	117
Total 2003	18 (43)	234

Kartleggingen vår viser at det for bykommunens del spesielt er omsorgsboligen som har en høy andel inkontinente beboere (58%). Det går også fram av vår kartlegging at de fleste av beboerne i omsorgsboligen har besøk av hjemmetjenesten 3-4 ganger daglig. Halvparten av de inkontinente beboerne i omsorgsboligene får hjelp til skift av bleier. I hjemmetjenestesonen som er med i vår undersøkelsen er det bare en av de 72 brukerne som er inkontinente.

Tabell 15 viser at over halvparten (54%) av de hjemmeboende inkontinente i vår undersøkelse skifter bleier selv, mens 19 prosent skifter selv med hjelp fra hjemmetjeneste. I undersøkelsen fra 1996 var det 35 prosent av de hjemmeboende inkontinente som skiftet bleier selv, uten hjelp fra pleiepersonell eller pårørende. Vi ser at andelen som skifter selv har økt, samtidig med at andelen som trenger hjelp til skifte har gått ned i løpet av denne perioden.

Tabell 15: Hvem skifter bleie for inkontinente hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. I prosent.

	2003	1996
Skifter selv	54	35
Skifter selv med hjelp fra andre	19	11
Trenger fullstendig hjelp	26	54

Når det gjelder fysisk funksjonsnivå blant brukerne av hjemmebasert omsorg, viser kartleggingen at 35 prosent av de inkontinente brukerne klarer seg selv alene, 49 prosent klarer seg med delvis hjelp, mens 14 prosent av brukerne vurderes som fullt hjelpetrengende. Når vi sammenlikner med tilsvarende kartlegging fra 1996, kan det se ut til at funksjonsnivået blant de inkontinente hjemmeboende brukerne av hjemmetjenester ligger noe høyere nå enn i 1996.

Tabell 16: Fysisk funksjonsnivå blant inkontinente brukere av hjemmebasert omsorg - resultat fra kartleggingene i 2003 og 1996. I prosent. (Absolutte tall i parentes).

	2003	1996
Klarer seg selv alene	35 (15)	18 (10)
Klarer seg med delvis hjelp	49 (21)	49 (27)
Trenger fullstendig hjelp	14 (6)	33 (18)
Klarer seg, med hjelpemidler	2 (1)	
Total	100 (43)	100 (55)

63 prosent av brukerne i vår kartlegging karakteriseres som "lett inkontinente", 30 prosent som "middels inkontinente" og 9 prosent som "tungt inkontinente". I 1996 ble 50 prosent karakterisert som "lett inkontinente" og 20 prosent som "tungt inkontinente". Samlet sett kan det se ut til at graden av inkontinens hos de hjemmeboende har blitt noe "lettere".

Gjennomsnittlig bleieskift pr døgn ser ut til å ligge rundt 2,5. I omlag halvparten av tilfellene er det imidlertid bruker selv som skifter og det er derfor ikke registrert antall ganger. I 1996-undersøkelsen gikk det fram at brukerne gjennomsnittlig skiftet, i hhv landkommunen og bykommunen, 2 og 2,9 ganger i døgnet, og dermed ingen vesentlig endring.

Tabell 17: Antall bleieskift i døgnet 2003. I prosent. (Absolutte tall i parentes).

En gang	12 (5)
To ganger	21 (9)
Tre ganger	23 (10)
Flere enn tre ganger	9 (4)
Total	65 (28)
(Mangler)	35 (15)
	100 (43)

Når det gjelder omfanget av lekkasjer fra bleier, mangler vi her opplysninger om en del av dem som skifter selv (35% av alle). Tallene er derfor ikke store (30 brukere), og prosentene må brukes med varsomhet.

Tabell 18: Opplevd lekkasje fra bleien til tøyet. 2003 og 1996. I prosent. (Absolutte tall i parentes)

	2003	1996
Aldri lekkasje	33 (10 av 30)	40 (23 av 57)
Lekkasje en gang i uka	60 (18 av 30)	44 (25 av 57)
Lekkasje oftere enn en gang i uka	7 (2 av 30)	16 (9 av 57)

Tallene slik de fremkommer i denne tabellen skiller seg ikke nevneverdig fra resultatene fra 1996, men tendensen er at de som opplever lekkasje fra bleien ca en gang i uka er noe høyere i 2003, mens tallet på de som opplever lekkasje oftere enn en gang i uka er redusert. Selv om dette tallet har gått ned, gjenstår det fortsatt et forbedringspotensial i forhold til å begrense lekkasjen ytterligere, da 67 prosent opplever lekkasje til tøy ukentlig.

Til slutt tar vi med at to av tre (70%) av de inkontinente brukerne bor alene, mens de øvrige bor sammen med ektefelle/samboer. Kartleggingen viser videre at 81 prosent av de registrerte brukerne er kvinner. I 1996 var hhv 72 prosent og 79 prosent av de inkontinente brukerne i landkommunen og bykommunen kvinner.

6.2 Tidsbruk til inkontinensstell

Som det også framgår av kapitlet om arbeidsoppgaver, bruker de ansatte ved de utvalgte enhetene, totalt sett 7 prosent av sin arbeidstid på inkontinensstell (se tabell 6 side 33). Tidsbruken varierer naturlig nok mellom de ulike enhetene med antall inkontinente brukere og mellom hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg. Ved de hjemmebaserte enhetene i undersøkelsen går i gjennomsnitt 3 prosent av den totale arbeidstiden til inkontinensstell

Tabell 19: Tidsbruk for inkontinensstell i **hjemmebaserte** enheter i prosent av total arbeidstid og i prosent av direkte brukertid.

Hjemmebaserte enheter	Andel av total arbeidstid	Andel av direkte brukertid
Land, omsorgsdistrikt øst – andel av "ute" tid:	2	3
Land, omsorgsdistrikt sentrum – andel av "ute" – tid:	2	2
By, omsorgsbolig :	5	7
By, hjemmetjenesten:	1	2
Gjennomsnitt ved de fire avd, av total arbeidstid	3	5

I tidsbruksstudien i 1996 ble det til sammenlikning anslått at ca 7 prosent av den totale arbeidstiden til pleiepersonalet i hjemmetjenesten, ble brukt til inkontinenspleie, mens under 1 prosent av hjemmehjelperne sin arbeidstid gikk med til inkontinensstell. Sammenligner vi disse tallene med årets tidsbruksundersøkelse i samme landkommune, er det fortsatt i hovedsak pleiepersonalet (mao ikke hjemmehjelperne) som bruker tid på inkontinensstell, men det kan se ut til at denne har gått ned fra ca 7 prosent til 3 prosent av den totale arbeidstiden. Nedgangen må også sees i lys av en liten nedgang i andelen inkontinente hjemmeboende i de to undersøkelsene (fra 24% i 1996 til 18% i 2003).

6.3 Om produkter og produktkunnskap

Som vi allerede har beskrevet i kapitlet om arbeidsoppgaver (kap 3), svarte 56 prosent av de spurte at de trives godt med inkontinensstell og 37 prosent at de trives sånn passe. Inkontinensstell er ikke blant de oppgavene som skårer høyest mht trivsel, men det er allikevel over halvparten som trives godt med oppgavene. Dette inntrykket bekreftes i intervjuene. Jevnt over beskriver informantene inkontinensstell som en naturlig del av alt det som må gjøres i denne typen yrker, og som verken spesielt fysisk eller psykisk belastende. Svarene bekreftes av spørreundersøkelsen som viser at bare 10 prosent opplever inkontinensstell som belastende (jfr kap 5). Dette kan forklares med utviklingen av nye produkter for brukerne som reduserer belastningen for de ansatte. Informantene vi har intervjuet både i hjemmetjenesten og ved institusjon er samstemte i at det har skjedd store forbedringer innen inkontinenspleien bare siste fire, fem årene. Inkontinensstellet har blitt mye lettere blant annet på grunn av disse nye produktene. De fremhever spesielt "truse-bleiene" som kan trekkes på og av som en bukse uten å måtte ha nettingtruse over, og som flere brukere dermed kan håndtere selv. En forutsetning for at produktene skal fungere optimalt, er at bleiene er enkle å ta på og av. Det fungerer ikke med bleier som er innviklede å sette på.

Som det går fram av kartleggingen, er det nå 54 prosent som skifter bleier selv uten hjelp fra hjemmetjeneste eller pårørende, mens det i 1996 var 35 prosent som gjorde dette. Denne endringen kan skyldes forbedrede produkter, men også et høyere funksjonsnivå hos de hjemmeboende inkontinente. Vi kan også anta at den gjennomsnittlige hjemmeboende er

friskere i dag enn for sju år siden, siden det i dag er mange flere som benytter seg av hjemmetjenestetilbudet (se kapittel 1).

Til tross for positive vurderinger av utviklingen når det gjelder inkontinensprodukter, er det noen av informantene som føler de ikke har tilstrekkelige kunnskaper om ulike produkter og hvordan disse fungerer i forhold til ulike brukere. I bykommunen er det slik at hjemmehjelperne er det som gjør mange av pleieoppgavene, og samtidig er det de som også gir beboerne veiledning og råd om hvilke typer produkter som finnes og som de bør kjøpe:

- *"Vi veileder brukerne i hva de skal kjøpe, men vi burde ha mye mer kunnskap om ulike overflater, oppsugingsevne, hvorfor blir de sår av denne, og hva kan vi finne i stedet. Urinen er jo forskjellig og huden vår er forskjellig. Vi må vite noe om dette for å kunne veilede dem. Jeg pleier å anbefale dem om at de ber apoteket skaffe produktprøver."* (hjemmehjelp)

7.4 Oppsummering

- 18 prosent av brukerne i undersøkelsen, er inkontinente. Dette er noe færre enn i 1996- undersøkelsen (24%).
- Andel inkontinente brukere er høy (58%) i omsorgsboligene, mens den er gått ned blant de øvrige hjemmeboende.
- Over halvparten (54%) skifter bleier selv, mens tilsvarende tall i 1996 var 35 prosent.
- Økningen i antallet som skifter selv kan henge sammen med nyutviklede produkter som gjør det enklere å ta på/av bleiene selv.
- Det fysiske funksjonsnivået blant de inkontinente brukerne av hjemmetjenester er noe høyere enn i 1996.
- Graden av inkontinens blant de hjemmeboende kan synes noe "lettere" enn i 1996.
- Gjennomsnittlig bleieskift pr døgn er 2,5 – omlag som i 1996.
- Kun 7 prosent opplever lekkasje fra bleiene ofte (mer enn en gang i uka). Dette er mer enn en halvering i forhold til 1996- undersøkelsen.
- 67 prosent opplever lekkasje ukentlig. Det er nesten på samme nivå som ved sist undersøkelse.
- Ved enhetene i undersøkelsene bruker pleiepersonalet i hjemmetjenesten gjennomsnittlig 3 prosent av total arbeidstid til inkontinensstell – i den ene kommunen er dette noe lavere enn i 1996.
- Inkontinensstell er ikke blant de oppgavene som scorer høyest mht trivsel, men det er allikevel over halvparten som trives godt med oppgavene.
- Totalt sett (i institusjon og hjemmetjeneste) er det 10 prosent som opplever inkontinensstell som belastende.
- De ansatte opplever store forbedringer av produktene brukt i inkontinensstellet.
- Nye produkter, flere hjelpemidler og økt kompetanse på feltet, gjør at inkontinensstellet ikke oppleves som spesielt fysisk eller psykisk belastende.
- Noen av personalet (hjemmehjelpere) uttrykker behov for mer produktkunnskaper.

Kap. 7 Inkontinensstell i institusjon

7.4 Omfanget av inkontinente i institusjon

Vi har ikke selv gjort en kartlegging av omfanget av inkontinente i institusjon, men en oversikt utarbeidet av TENA Index, som er basert på tertialvis innrapporteringer av 10 000 sykehjemssenger, viser at totalt 78 prosent av dagens sykehjemsbeboerne på landsbasis er inkontinente (TENA Index 2002). I dette kapitlet vil vi ta for oss hvor mye tid, og hvordan tiden på inkontinensstell brukes, samtidig som vi vil beskrive hvordan ansatte i institusjonsomsorgen selv opplever det å arbeide med inkontinenspleie.

7.2 Tidsbruk til inkontinensstell

Som det framgår av tabellen under bruker de ansatte ved de fire sykehjemsavdelingene i undersøkelsen 10 prosent av sin totale arbeidstid – eller 15 prosent av den direkte brukertiden – til inkontinensstell (bleieskift, vask og stell, håndtering av brukt inkontinensmateriell, skift av tøy og sengetøy, info/veiledning).

Tabell 20: Resultat fra tidsbruksstudier i **institusjon**. Tidsbruk til inkontinensstell i prosent av total arbeidstid og i prosent av direkte brukertid.

Institusjonsenheter	Prosentandel av total arbeidstid	Prosentandel av direkte brukertid
Land, omsorgsdistrikt øst – andel av "inne"-tid:	8	13
Land, omsorgsdistrikt sentrum – andel av "inne"-tid:	11	18
By, sykehjem (avd AB)	13	21
By, sykehjem (avd CD)	9	12
Gjennomsnitt ved de fire avd, av total arbeidstid	10	15

Tidsbruken i institusjon vil selvsagt henge sammen med antallet inkontinente brukere som bor i institusjon. Samtidig er det verdt å legge merke til at i tidsbruksstudien er også tid til veiledning i stellesituasjonen tatt med. Dette kan forklare hvorfor de to avdelingene ved sykehjemmet i bykommunen kommer såpass ulikt ut. Enheten består av to avdelinger, hvor den ene er rehabilitering/korttidspasienter, mens den andre er pleietrengende/langtidspasienter. Tidsmessig er det mer tidkrevende å veilede/bistå rehabiliteringspasienter som i stor grad klarer seg selv, enn å skifte på en som er totalt pleietrengende. Dette forholdet med at veiledning er tidkrevende, kan kanskje også forklare hvorfor såpass mange som mellom 13 –20 prosent av de ansatt i institusjonene, svarer at de bruker for lite tid til inkontinensstell. Spørreundersøkelsen vår viser at det totalt sett blant ansatte i både institusjon og hjemmebaserte tjenester, er en av seks (17%) som mener de bruker for lite tid

på inkontinensstell. Tilsvarende mener en av tre at de har for lite tid til å hjelpe til ved personlig stell ellers. Kun tre har svart at de bruker for mye tid på inkontinensstell.

7.2.1 Lekkasjer fra bleiene

Tidsbruksstudien viser videre at oppunder en prosent av arbeidstiden går med til skifte av tøy og/eller sengetøy som følge av lekkasjer fra bleier. En annen måte å se dette på er at ca 20 minutter av en arbeidsuke går med til å skifte tøy på grunn av lekkasjer. Sett i forhold til et mål om nullekkasjer fra bleien, er dette tid og ressurser som kunne vært brukt til andre oppgaver som for eksempel mer personrettet arbeid, slik dette ble omtalt i kapittel 3.

7.3 Økt kompetanse og bedre hjelpemidler

Den forbedrede situasjonen innen inkontinenspleien handler om at institusjonene har fått nye og bedre hjelpemidler; produkter, sårutstyr og madrasser har blitt forbedret, og i tillegg har kompetansen om problematikken blant de ansatte økt. Blant annet har de fleste avdelingene en "bleiekontakt" blant de ansatte som skal holde seg oppdatert på produksiden, og som skal kunne gi opplæring og veiledning til andre ansatte. Informantene vurderer sin egen kompetanse på feltet som tilstrekkelig. De opplever at personalgruppen samlet sett har god kunnskap i forhold til diagnostisering og valg av type produkter for pasientene.

Utviklingen av nye produkter vurderes også av informantene i institusjonene som positiv. De har tidligere hatt problemer med at pasienter, spesielt demente, har tatt av seg bleiene fordi de har opplevd den som et fremmedelement. Med de nye bleiene opplever derimot pasienten det som om vedkommende har på seg en vanlig truse. Det er også andre bleier som er utviklet, "beltebleier", som forhindrer at pasienten kan rive dem av seg, og som gjør arbeidet med å skifte bleier, mye enklere for de ansatte. Forbedringen merkes spesielt godt for de som arbeider på natta;

- *"Før hadde vi faste tider der vi måtte skifte. Nå har bleien tørr overflate, det blir ikke sår, og det er ikke lukt. Dette letter arbeidssituasjonen vår og det er mye behageligere for pasientene".*

Produktforbedringen har konsekvenser også mht. personalressursene, som en av informantene her beskriver;

- *"Dette med gode produkter har så mye å bety – til og med på personalressursene. Nå har de klart å utvikle noen med tørre overflater, og det betyr at vi får en brøkdel av de trykksårene vi hadde før. (...)Før gikk nattevakta og skifta pasientene to ganger pr natt. Nå kan de ligge hele natta. Det er behov for færre folk til å skifte" (sykepleier)*

Som nevnt svarer en av to ansatte i institusjon og hjemmetjenester at de trives med inkontinensstellet, men de opplever allikevel noe lavere trivsel med denne oppgaven enn med de fleste andre oppgaver. Dessuten ser det ut til at trivselen med inkontinensstell er noe lavere der oppgaven er omfattende – på sykehjemavdelingene – enn i hjemmetjenesten, der

det ikke er så mange inkontinente. En av våre informanter forteller at hun videreutdannet seg for blant annet å "komme unna" en del stelleoppgaver, men opplever at svært mye av arbeidstiden hennes allikevel går med til slike oppgaver. Hun er den ene i vårt informantutvalg som sterkt misliker inkontinensstell, men erkjenner at det er en del av de arbeidsoppgavene som inngår i hennes yrke.

7.4 Oppsummering

- 78 prosent av dagens sykehjemsbeboerne, på landsbasis, er inkontinente.
- Ved sykehjemsenhetene i vår undersøkelse går gjennomsnittlig 10 prosent av arbeidstiden i institusjon til inkontinensstell.
- Fra 13 prosent til 20 prosent av de ansatte i institusjonene svarer at de bruker for lite tid til inkontinensstell.
- Omlag en prosent av arbeidstiden brukes til skifte av tøy og sengetøy som følge av lekkasje fra bleier.
- De ansatte trives godt med inkontinensstell og opplever ikke inkontinensstell som spesielt fysisk eller psykisk belastende.
- Opplevelsen av inkontinensstell som belastende varierer mellom enhetene i institusjonsbasert omsorg i vår undersøkelse – hhv ingen, 28 prosent og 14 prosent av de ansatte opplevde inkontinensstell som belastende.
- De ansatte har opplevd store forandringer i inkontinenspleien i løpet av de siste årene.
- Nye produkter, flere hjelpemidler og økt kompetanse på feltet, gjør at inkontinenspleien i dag fremstår som forbedret og mindre belastende for de ansatte.

Litteraturreferanser

- Brathaug, Ann L. m/fl (2001): Utviklingen av aldersrelaterte helse-, pleie- og omsorgsutgifter (SSB-rapport 4/2001)
- Gautun, Heidi (2002): Når fleksibilitet fremmer fellesskap. Nye arbeidstidsordninger innen pleie og omsorg. Fafo-rapport 399
- Mathisen, Vigdis (1997a): "Tid er penger – omsorg tar tid". En undersøkelse av tidsbruken i den hjemmebaserte omsorgen med vekt på inkontinenspleien. ØF-raaport 01/1997
- Mathisen, Vigdis (1997b): Innovasjon i arbeidsprosessen. Kan nye produkter og rutiner i inkontinenspleien bidra til økt pleiekvalitet og reduserte kostnader? ØF-rapport 28/1997
- Moland, Leif E. (1999): Suksess og nederlag i pleie- og omsorgstjenestene. Kvalitet, effektivitet og miljø. Fafo-rapport 269
- Moland, Leif E. (1997): Ingen grenser? Arbeidsmiljø og tjenesteorganisering i kommunene. Fafo-rapport 221
- Moland, L.E. og H. Holi (2002): Nærværende lederskap og tverrfaglighet i pleie- og omsorgssektoren. Arbeidslagsmodell i Rykkinn, et pilotprosjekt i Bærum kommune. Fafo-rapport 390
- Nytrø, Kjell (1995): Ansattes syn på sykefravær. Sintef IFIM-rapport nr A95008
- Nytrø, Kjell (1997): Sykefravær – årsaker og muligheter. Sintef IFIM.
- Olsen T., K. Nytrø og P.Ø. Saksvik (1997): Kartlegging av undersøkelser med relevans for arbeidsmiljø. Sintef IFIM A 97508
- Raustøl, Tellef (1991): Kan pleieoppgaver i sykehjem forenkles? ØF-rapport 06/1991
- Sverdrup, Sidsel (2002): Evaluering. Faser, design og gjennomføring. Fagbokforlaget
- Thorseth, May (1994): Kommunikasjon og ledelse for et bedre arbeidsmiljø. En evaluering av et sykefraværprosjekt i Trondheim kommune. Sintef IFIM
- Thorsen K., R. Dahle og M. Vabø (2001): Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene. NOVA-rapport 18/2001
- Vabø, Mia (2002): Kvalitetsstyring og kvalitetsstrev. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten. NOVA-rapport 18/2002

Vedlegg

1. Tidsbruksskjema
2. Veiledning til utfylling av tidsbruksregistreringen
3. Intervjuguide
4. Kartlegging inkontinente brukere i hjemmetjenesten
5. Tabell: Tidsbruk direkte brukertid
6. Tabell: Tidsbruk indirekte brukertid
7. Tabell: Tidsbruk inkontinens
8. Spørreundersøkelse om arbeidsmiljø i hjemmetjeneste og sykehjem 2003

Vedlegg 1:

SØNDAG

Liste/gruppe:

Merk av antall minutter du bruker på hver arbeidsoppgave med størst mulig nøyaktighet. Sett strek over oppgaver som ikke er aktuelle i ditt daglige arbeid

		(Ute eller inne)																		
		Tidsbruken i minutt																pr.dag		
Arbeidsoppgaver																				
1	Personlig stell (ikke inkont.stell)																			
2	Bleieskift i seng																			
3	Bleieskift ellers og bistand																			
4	Vask og stell gr. inkontinens																			
5	Håndtering av brukt inkont.matr.																			
6	Skifte tøy/sengetøy pga lekkasje																			
7	Info/veil.vedr.inkontinens																			
8	Måltider																			
9	Spesielle prosedyrer																			
10	Medikamenthåndtering																			
11	Sosial kontakt																			
12	Tilsyn																			
13	Ærender utenfor hjemmet/inst.																			
14	Trening og aktiviteter																			
15	Husarbeid																			
16	Møter																			
17	Forflytning/reisetid/gåtid																			
18	Skriftlig dokumentasjon																			
19	Kontakt med lege og andre helsetjenester																			
20	Kontortid																			
21	Veiledning og undervisning																			
22	Egen tid																			
23	Annet																			
																		SUM		

Vedlegg 2

Veiledning for utfylling av tidsbruksskjema

Dette heftet skal brukes til tidsbruksregistrering, som et ledd i Østlandsforsknings undersøkelse om tidsbruk og arbeidsmiljø innen institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg i to kommuner i innlandet. Dette heftet inneholder syv skjema til utfylling – ett for hver dag i en uke. Ukedagen står angitt på hvert skjema. Bakerst finner du også noen ekstraskjema uten angitt ukedag, som du kan bruke dersom du får for lite plass eller behov for korrigeringer.

Undersøkelsen omfatter både hjemmebasert omsorg og institusjonsbasert omsorg. Noen av de som deltar i undersøkelsen veksler mellom å jobbe "ute" i brukernes hjem, omsorgsboliger og bofellesskap og "inne" på sykehjemsavdelingen. De dette gjelder må registrere når de er "ute" og "inne" ved å fylle ut en U eller en I i den øverste raden på skjemaet.

Både hjemmehjelpere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og sykepleiere deltar i undersøkelsen. Du vil derfor kunne oppdage at noen av arbeidsoppgavene som står beskrevet på skjemaet ikke er aktuelle for deg. Du skal kun fylle ut de kategoriene som er aktuelle for din arbeidsinstruks.

Undersøkelsen er finansiert av SCA Hygiene Products AS, og har derfor et spesielt fokus på inkontinensstell. Det er derfor tidsbruksstudien er forholdsvis detaljert når det gjelder inkontinensstell som omfattes av punktene 2 - 7 i skjemaet. Disse er skravert, så de skal være lett å skille ut der dette er uaktuelt.

Det viktige i denne undersøkelsen er å oppsummere ***hvor lang tid (i minutter) du bruker på de forskjellige arbeidsoppgavene i løpet av en arbeidsdag***, ikke å registrere den tiden du bruker hos hver enkelt bruker.

Nedenfor følger en nærmere forklaring på hvilke oppgaver som skal registreres på det enkelte punkt:

1 Personlig stell (utenom inkontinensstell)

Oppgaver som går på brukernes hygiene f.eks. dusj, påkledning, hjelp til toalettbesøk o.l. med unntak av inkontinensstell som føres på andre punkt. Gjelder også veiledning/ADL-trening

2 Bleieskift i seng

Bytting av bleier på bruker som er sengeliggende

3 Bleieskift ellers og bistand til bleieskift

Her føres annet bleieskift enn på sengeliggende bruker, f.eks ved ved dostol/toalettbesøk og bistand/veiledning til brukers eget skift

4 Vask og stell grunnet inkontinens

Her føres vask og stell som er knyttet til inkontinens

5 Håndtering av brukt inkontinensmateriell

Pakke sammen, gå til avfallsdunk og kaste o.s.v.

6 Skifte av brukers tøy/sengetøy på grunn av lekkasje

På dette punktet skal kun føres skifting knyttet til inkontinens. Vanlig sengeskift føres på punkt 15

7 Info/veiledning vedr. inkontinens

Informasjon og veiledning til brukere og deres pårørende om inkontinenssykdom og bruk av inkontinensprodukt

8 Måltider

Tilberedning, servering, mating, være tilstede under måltid, bestilling av mat, utkjøring m.m. Gjelder også veiledning/ADL-trening i forbindelse med måltider.

9 Spesielle prosedyrer

Stell av stomier, uridomer, kateterisering, klyster, blodprøver, sårbehandling o.l.

10 Medikamenthåndtering

Bestilling av medisiner, ilegging av dosetter, injeksjoner og øyedråper, oppfølging og observasjon.

11 Sosial kontakt

Besøk og telefonsamtaler, tiltak for å tilføre trygghet, sosial kontakt, informasjon/samtale med bruker og pårørende (tid som ikke samtidig er ført på annen aktivitet som måltider, stell, husarbeid – selv om dette ofte foregår samtidig).

12 Tilsyn

Tilsyn hvor ingen andre av de opplistede aktiviteter foregår, f.eks. tilsyn om natten.

13 Ærender utenfor hjemmet/institusjonen

Oppgaver som omfatter ærender utenfor hjemmet/institusjonen utført for brukerne, som innkjøp o.l. (Følge til lege, behandling m.m. føres ikke her, men under annet pkt.)

14 Trening og aktiviteter

Sosiale og treningsmessige aktiviteter med bruker f.eks tur, gåtrening m.m.

15 Husarbeid (gjelder både i hjem og i institusjon)

Vask av klær, hus, oppvask, støvtørking, støvsuging, vanlig sengetøyskift (som ikke skyldes inkontinens). Også "husarbeid" som foregår i institusjonen føres her, som rydding på rom, støvtørking, sengeskift m.m.

16 Møter

Personalmøter, gruppemøter, rapportmøter, tverrfarlige møter og andre møter knyttet til brukere og drift, forberedelser til møter.

17 Forflytningstid/reisetid/gåtid

Den tid en bruker på å forflytte seg (gå eller kjøre) fra bruker til bruker, samt mellom institusjon/base/vaktrom til bruker.

18 Skriftlig dokumentasjon

Føring av kardex, rapportskriving, rapportering i hjemmemapper, pleieplaner, innskriving/utskrivning av pasienter og annen skriftlig dokumentasjon.

19 Kontakt med lege og andre helsetjenester

Bestilling av legetime og andre undersøkelser, assistanse ved legevisitt, følge til undersøkelser og behandling hos lege, sykehus, tannlege o.a.

20 Kontortid

Bestilling av varer og utstyr, div. telefoner, skaffe vakter, arbeids- og bestillingslister, forefallende kontorarbeid.

21 Veiledning og undervisning av studenter og øvrig personale

Veiledning og undervisning av studenter (sykepleie-, hjelpepleie-, vernepleie- o.a) og øvrig personale. Inkluderer forberedelser, oppfølging, evaluering, målsamtaler, refleksjonssamtaler m.m.

22 Egen tid

Kurs og konferanser, tid til egenutvikling, spisepauser, røykepauser, toalettbesøk, uformelt samvær med personalet.

23 Annet

Til spesielle oppgaver som ikke er nevnt under de andre punktene. Spesifiser i en kommentar på arket

Vedlegg 3

Intervjuguide, ansatte i institusjon og hjemmebasert omsorg.

Stilling:

Ansatt antall år:

Stillingsprosent:

1. Beskrivelse av arbeidsdagen

Hvordan vil du beskrive din arbeidsdag for en som ikke kjenner jobben din så godt?

Hva gjør du?

Er det noe de selv kunne ønske å bruke mindre eller mer tid på?

Føler du at du har meningsfulle arbeidsoppgaver?

Føler du selv at du har mulighet til å påvirke arbeidsdagen din?

2. Organisering av enheten (sml med andre org.modeller)

Hvordan er du fornøyd med måten avd x er organisert på?

Inne/ute-turnus

Bare inne

Bare ute

Kan du beskrive noen styrker og svakheter ved denne måten å organisere hjemmetjenesten/institusjonsomsorgen på?

3. Arbeidsmiljø - trivsel

Hvordan vil du beskrive arbeidsmiljøet ved avdelingen?

Mellom kolleger – ulike faggrupper

Andre/eksterne

Kan du si noe mer om hva som fungerer bra/dårlig?

Hva tror du gjør at arbeidsmiljøet er godt/dårlig?

Hva er med å påvirker arbeidsmiljøet ved et arbeidssted?

Hvordan vil du beskrive samarbeidet med ledelsen/nærmeste overordna?

Kan du si noe mer om hva som fungerer bra/dårlig?

4. Helse

Er det sider ved ditt arbeid som du opplever som belastende? – Hvordan?

- fysiske løft
- stress og tidspress
- gåing
- vasking
- dårlig samarbeid?
- "mas"? osv

Hva er det ved arbeidet ditt som gjør deg sliten?

Hvordan tar du deg inn igjen etter er arbeidsdag?

Hva gjør du?

Hvor lang tid bruker du?

5. Rutiner og praksis i inkontinenspleien

Hvordan opplever du det å arbeide med inkontinenspleie?

Hva er fysisk slitsomt?

Hva er psykisk slitsomt?

Er det noe ved inkontinensstellet som gjør at du opplever det som spesielt belastende?

Er det noe som kunne ha vært gjort/tilrettelagt for at det skulle bli mindre belastende?

Hjelpemidler, produkter?

6. Produkter, hjelpemidler og opplæring

Opplever du at produktene som du bruker påvirker din arbeidssituasjon?

Kan produktene ha betydning for det å redusere tidspress og belastninger?

Har du erfaring med at nye produkter har ført til bedret arbeidssituasjon?

Hva får du av opplæring i forhold til de produktene dere benytter?

Hvordan vet du hvilke produkter som skal benyttes i forhold til brukernes diagnose?

7. Tilfredshet

Hvordan er du alt i alt fornøyd med arbeidssituasjonen din?

Er det noe du skulle ønske var annerledes?

Ser du for deg at dette er en jobb du kan "bli gammel i"?

8. Annet?

Er det noe mer du kan ha lyst til å utdype?

Vedlegg 4

TIL UTFYLLING FOR BRUKERE MED INKONTINENS (dvs. brukere med lekkasje av urin/avføring som bruker bleie).

1. KJØNN

☐ Kvinne ☐ Mann

2. BOFORHOLD

☐ Alene
☐ Med ektefelle/samboer
☐ Med andre, spesifiser.....

3. GRAD AV FYSISK FUNKSJONSNIVÅ

☐ Klarer seg selv alene
☐ Klarer seg selv med delvis hjelp
☐ Trenger fullstendig hjelp
☐ Evt hjelpemidler til bevegelse:.....

4. GRAD AV INKONTINENS

☐ Lett ☐ Middels ☐ Tung

5. HVOR MANGE BLEIESKIFT I DØGNET?

☐ En gang ☐ To ganger ☐ Tre ganger ☐ Flere enn tre ganger

6. HVEM SKIFTER BLEIE? (flere kryss, hvis nødvendig)

☐ Bruker selv
☐ Pårørende
☐ Hjemmesykepleien
☐ Hjemmehjelper

7. HVOR OFTE SKJER DET LEKKASJE FRA BLEIEN?

☐ Aldri ☐ Av og til (f.eks en gang i uka) Ofte ☐ Ofte enn en gang i uka)
Spesifiser når på døgnet dette skjer; ☐ Dag ☐ Natt

8. HVOR OFTE ER DET NØDVENDIG MED SKIFTE AV TEKSTILER (dvs sengetøy og brukers klær) SOM FØLGE AV LEKKASJE?

☐ Aldri ☐ Av og til (f.eks en gang i uka) Ofte ☐ Ofte enn en g i uka)

9. HVOR OFTE FÅR BRUKER BESØK AV HJEMMETJENESTEN, PR. UKE? (oppgi hvilke dager og timer pr dag).....

Vedlegg 5 Tidsbruk direkte brukertid

	Sum totalt				Omsorgsdistrikt øst				Omsorgsdistrikt sentrum				Sykehjem AB			Omsorgsboliger			Hjemmetjeneste			Sykehjem CD		
	N	Sum	min	%	N	Sum	%inne	%ute	N	Sum	%inne	%ute	N	Sum	%	N	Sum	%	N	Sum	%	N	Sum	%
1 Person	58	13924	23463	14,47	0				0				12	1872	11,47	15	4307	20,04	13	2332	12,85	18	5413	21,60
1I Pers s	45	6789			19	3478	14,64		26	3311	9,94		0			0			0			0		
1U Pers	22	2750			12	1866		12,4	10	884		9,84	0			0			0			0		
8 Måltid	58	11426	20692	12,76	0				0				12	2093	12,83	15	3128	14,56	13	1187	6,54	18	5018	20,03
8I Måltid	46	7371			20	2963	12,47		26	4408	13,23		0			0			0			0		
8U Måltid	23	1895			12	825		5,5	11	1070		11,91	0			0			0			0		
9 Spesie	58	1803	3853	2,38	0				0				12	965	5,91	15	273	1,27	13	360	1,98	18	205	0,82
9I Spesie	45	770			19	468	1,97		26	302	0,91		0			0			0			0		
9U Spes	21	1280			11	1084		7,18	10	196		2,18	0			0			0			0		
10 Medil	59	2385	5834	3,60	0				0				12	739	4,53	15	536	2,49	13	466	2,57	18	632	2,52
10I Med.	44	2669			18	1195	5,03		26	1474	4,42		0			0			0			0		
10U Med	23	780			12	264		1,75	11	516		5,75	0			0			0			0		
11 Sosia	59	6538	14669	9,05	0				0				12	1073	6,57	15	1833	8,53	13	1424	7,85	18	2178	8,69
11I Sosia	44	5029			18	1616	6,80		26	3413	10,25		0			0			0			0		
11U Sos	24	3102			12	937		6,20	12	2165		24,11	0			0			0			0		
12 Tilsyn	58	2735	5792	3,57	1	0			0				11	524	3,21	15	552	2,57	13	987	5,44	18	672	2,68
12I Tilsyn	44	1999			18	942	3,97		26	1057	3,17		0			0			0			0		
12U Tilsyn	22	1058			11	497		3,29	11	561		6,25	0			0			0			0		
13 Æren	57	1538	1922	1,19	0				0				11	22	0,13	15	953	4,44	13	470	2,59	18	93	0,37
13I Æren	46	138			20	103	0,43		26	35	0,11		0			0			0			0		
13U Æren	21	246			10	151		1,00	11	95		1,06	0			0			0			0		
14 Treni	58	408	1238	0,76	0				0				12	309	1,89	15	49	0,23	13	5	0,03	18	45	0,18
14I Treni	45	698			19	293	1,23		26	405	1,22		0			0			0			0		
14U Treni	19	132			9	4		0,03	10	128		1,43	0			0			0			0		
15 Husa	58	7222	16454	10,15	0				0				12	391	2,40	15	2816	13,10	13	2010	11,08	18	2005	8,00
15I Husa	45	3905			19	1762	7,41		26	2143	6,43		0			0			0			0		
15U Husa	27	5327			15	3192		21,14	12	2135		23,77	0			0			0			0		
Sum direkte brukertid				57,93			53,96	58,40				49,67	86,29		48,96			67,23			50,93			64,90

Vedlegg 6 Tidsbruk indirekte brukertid

	Sum totalt				Omsorgsdistrikt øst				Omsorgsdistrikt sentrum				Sykehjem AB			Omsorgsboliger			Hjemmetjeneste			Sykehjem CD		
	N	Sum	min	%	N	Sum	%inne	%ute	N	Sum	%inne	%ute	N	Sum	%	N	Sum	%	N	Sum	%	N	Sum	%
16 Møter	105	12220		7,54	21	3317			26	3537			12	1343	8,23	15	880	4,10	13	1225	6,75	18	1918	7,65
17 Forflyt	110	10039		6,19	25	4064			27	2844			12	350	2,15	15	911	4,24	13	1343	7,40	18	527	2,10
18 Skriftl	105	4163		2,57	21	1395			26	808			12	655	4,01	15	144	0,67	13	289	1,59	18	872	3,48
19 Konta	105	823		0,51	21	238			26	383			12	10	0,06	15	107	0,50	13	85	0,47	18	0	0,00
20 Konta	105	2175		1,34	21	675			26	361			12	273	1,67	15	713	3,32	13	93	0,51	18	60	0,24
21 Veiled	105	800		0,49	21	213			26	100			12	25	0,15	15	330	1,54	13	132	0,73	18	0	0,00
22 Egen	107	10703		6,60	23	2196			26	4422			12	397	2,43	15	1479	6,88	13	1182	6,51	18	1027	4,10
23 Annet	102	3618		2,23	19	778			27	1075			12	575	3,52	14	216	1,01	12	594	3,27	18	380	1,52
24 Bereg	10	7442		4,59	2	702			1	90			2	1626	9,97	0		0,00	3	2950	16,26	2	2074	8,28
Sum indirekte brukertid		32,07				46,04	41,60			50,33	13,7			32,20			22,24			43,50			27,37	

Vedlegg 7 Tidsbruk inkontinensstell

	Sum totalt				Omsorgsdistrikt øst				Omsorgsdistrikt sentrum				Sykehjem AB			Omsorgsboliger			Hjemmetjeneste			Sykehjem CD		
	N	Sum	min	%	N	Sum	%inne	%ute	N	Sum	%inne	%ute	N	Sum	%	N	Sum	%	N	Sum	%	N	Sum	%
Arbeidsti	58	80962	162114		0				0				12	16315		15	21488		13	18143		18	25016	
Arbeidsti	47	57069			20	23756			27	33313			0			0			0			0		
Arbeidsti	27	24083			16	15102			11	8981			0			0			0			0		
2Bleiesk	57	771	1862	1,15	0				0				12	283	1,73	14	9	0,04	13	5	0,03	18	474	1,89
2I Bleies	45	1040			19	308	1,30		26	732	2,20		0			0			0			0		
2U Bleies	19	51			9	30		0,2	10	21		0,23	0			0			0			0		
3Bleiesk	58	1679	3281	2,02	0				0				12	504	3,09	15	471	2,19	13	70	0,39	18	634	2,53
3I Bleies	45	1388			19	515	2,17		26	873	2,62		0			0			0			0		
3U Bleies	20	214			9	172		1,1	11	42		0,47	0			0			0			0		
4Vask o	58	1536	3227	1,99	0				0				12	607	3,72	15	445	2,07	13	43	0,24	18	441	1,76
4I Vask o	45	1534			19	582	2,45		26	952	2,86		0			0			0			0		
4U Vask o	19	157			9	92		0,6	10	65		0,72	0			0			0			0		
5Håndte	58	980	2115	1,30	0				0				12	207	1,27	15	197	0,92	13	23	0,13	18	553	2,21
5I Håndte	45	1037			19	335	1,41		26	702	2,11		0			0			0			0		
5U Håndte	19	98			9	57		0,4	10	41		0,46	0			0			0			0		
6Skifte t	58	423	1013	0,62	0				0				12	185	1,13	15	44	0,20	13	20	0,11	18	174	0,69
6I Skift t	45	531			19	236	0,99		26	295	0,89		0			0			0			0		
6U Skift t	19	59			9	24		0,2	10	35		0,39	0			0			0			0		
7Info/ve	58	489	516	0,32	0				0				12	415	2,54	15	0	0,00	13	5	0,03	18	69	0,28
7I Info ve	45	12			19	2	0,01		26	10	0,03		0			0			0			0		
7U Infor	19	15			9	0		0,00	10	15		0,17	0			0			0			0		
sum ink. pleie				7,41		8,33	2,5			10,70	2,44			13,48			5,43			0,91			9,36	

[illegible]

7 Hvordan er du fornøyd med følgende forhold ved ditt daglige arbeid?

	<i>Svært fornøyd</i>	<i>Fornøyd</i>	<i>Sånn passe</i>	<i>Mis- fornøyd</i>	<i>Svært mis- fornøyd</i>	<i>Ikke aktuelt</i>
<i>Selve arbeidsoppgavene</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Arbeidstiden</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Arbeidstempo</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Organisering av enheten</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Samarbeidet med kollegaene i avdelingen</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Samarbeidet med nærmeste overordnede</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Samarbeidet med andre faggrupper/eksternt</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Tilgang på nødvendige hjelpemidler</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Trygghet mht vold, trusler o.l fra brukere</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Trygghet til å si din mening</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Egen innflytelse på arbeidsdagen</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Eget ansvar og opplevelse av tillit fra overordnede</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Det sosiale miljøet</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Opplæringsmuligheter</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Fysiske omgivelser (i institusjonen)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Kombinasjonen av å jobbe inne og ute (for de det gjelder)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Evt. kommentarer:

8 Hva mener du om bruken av tid på de ulike arbeidsoppgavene ?

	For mye tid	Passe	For lite tid	Ikke aktuelt
Hjelp til/ved personlig stell	☐	☐	☐	☐
Inkontinensstell (bytte bleier, hjelpe til å bytte bleier, vask og stell i fb.med lekkasje m.m.)	☐	☐	☐	☐
Sårbehandling og andre spesielle prosedyrer (blodprøver, stell av stomier, kateterisering m.m.)	☐	☐	☐	☐
Medikamenthåndtering (utdeling, oppfølging, observasjon m.m.)	☐	☐	☐	☐
Sosial kontakt (besøk og telefonsamtaler m.m.)	☐	☐	☐	☐
Aktivisering/ trening med bruker	☐	☐	☐	☐
Husarbeid (i hjem og institusjon)	☐	☐	☐	☐
Ytre assistanse (hjelp til ærend, følge til lege m.m.)	☐	☐	☐	☐
Møter	☐	☐	☐	☐
Skriftlig dokumentasjon	☐	☐	☐	☐
Øvrig kontorarbeid (div. telefoner, føring av bestillings- og arbeidslister m.m.)	☐	☐	☐	☐

Evt. kommentarer:

9 Hvordan er du totalt sett fornøyd med jobben din?

☐ Svært fornøyd ☐ Fornøyd ☐ Passe ☐ Misfornøyd ☐ Svært misfornøyd

10 Hvordan vil du totalt sett beskrive arbeidsmiljøet ditt? som ..

☐ Meget godt ☐ Godt ☐ Sånn passe ☐ Dårlig ☐ Svært dårlig

ARBEIDSBELASTNINGER OG SYKDOM

11 Hender det at du etter arbeidsdagen kjenner deg sliten?

- ☐ Aldri
- ☐ Sjelden
- ☐ Flere ganger i måneden, men ikke hver uke
- ☐ Ja, omlag en gang pr uke
- ☐ Ja, flere ganger i uken, men ikke daglig
- ☐ Ja, hver dag

12 Hvis du etter arbeidsdagen føler deg sliten, hvor lang tid trenger du til å "ta deg inn igjen"?

- ☐ Inntil en time
- ☐ Et par timer
- ☐ Resten av dagen
- ☐ Flere dager (helg eller andre fridager)
- ☐ Får ikke tatt meg inn igjen i løpet av fritiden

Evt.kommentarer: _____

13 Har du vært sykmeldt i løpet av de siste 12 månedene?

- ☐ Ja ☐ Nei

Dersom "ja", hva mener du er hovedårsaken til at du var sykmeldt?

14 Har du vært sykmeldt grunnet ryggplager

- ☐ Aldri
- ☐ Noen gang?
- ☐ I løpet av de siste 12 månedene?

15 I hvilken grad oppleves følgende arbeidsforhold belastende?

	I svært liten grad	I liten grad	I stor grad	I svært stor grad	Uaktuelt
Løfting	☐	☐	☐	☐	☐
Inkontinensstell	☐	☐	☐	☐	☐
Gåing	☐	☐	☐	☐	☐
Arbeidsstillinger	☐	☐	☐	☐	☐
Tidspress/stress	☐	☐	☐	☐	☐

Takk for hjelpen!

Arbeidsmiljø, tidsbruk og inkontinenspleie.

En undersøkelse blant ansatte i
institusjonsbasert og hjemmebasert
omsorg i to kommuner.

Rapporten baserer seg på en studie blant ansatte innen hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg, fordelt på fem undersøkelsesenheter i to kommuner. Studien fokuserer på sammenhengen mellom arbeidsmiljø, helse, sykefravær, tidsbruk og inkontinenspleie. Ved hjelp av spørreskjema-undersøkelse og intervjuer med de ansatte, forsøker vi å si noe om ansattes opplevelse av eget arbeidsmiljø og trivselen med ulike typer arbeidsoppgaver. Studien omfatter også en registrering av de ansattes tidsbruk i forhold til de arbeidsoppgavene som gjennomføres i løpet av en uke, med et spesielt fokus på tidsbruken innen inkontinensstell. Det er i tillegg gjennomført en kartlegging av inkontinente hjemmeboende brukere, som blant annet har fokusert på antall bleieskift og hyppighet av lekkasjer.

Rapporten omfatter også en oversikt over sykefraværet i hjemmebasert og institusjonsbasert omsorg nasjonalt, og i de to kommunene som er med i vårt utvalg. Studien er en oppdatering av tre tidligere undersøkelser omkring samme tema, som er gjennomført i 1991, 1996 og 1997 (ØF-rapportene 06 /91, 01/97 og 28/97).

ØF-Rapport nr. 22/2003

ISBN nr. 82-7356-530-0

ISSN nr. 0809-1617