

Norges
byggforskning
institutt

**PROSJEKT
RAPPORT 2-85**

Steinar Bergh
Bente Skansgård

Tid for nytenkning

Erfaringer med døgnservice i
Norge, Sverige og Danmark

Oslo, 1985

ISBN: 82-536-0218-9

UDK: 728:64.04

Tegninger: Gunnar Selnæs

ETB: Synnøve Løvli

Trykk: NOR-TRYKK A/S

Opplag: 600

© Norges byggforskningsinstitutt 1985

Postboks 322, Blindern 0314,

0314 OSLO 3

Tlf. (02) 46 98 80

INNHOLD

FORORD	side	5
KAP. 1 INNLEDNING	"	6
Sykehjemmenes rolle	"	6
Dansk helhetsmodell	"	9
KAP. 2 DØGNSERVICE	"	10
Definisjoner	"	10
Brukerkrav	"	11
Mobil døgnservice	"	11
Bemanning	"	12
Hvem kan bruke døgnservice?	"	13
Samarbeid	"	14
Brukerdeltakelse	"	15
Begreper og holdninger	"	16
KAP. 3 BRUKERGRUPPENE	"	17
Behov for ulike tiltak	"	17
Eldre personer	"	18
Syke personer	"	19
Bevegelseshemmede personer	"	20
Psykisk utviklingshemmede personer	"	20
Personer med psyiske problemer	"	21
Primære og sekundære behov	"	21
KAP. 4 BEHOVET FOR DØGNSERVICE OG VIDERE PLANLEGGING	"	23
Behovet blandt funksjonshemmede	"	23
Behovet blandt eldre og syke	"	23
Planlegging av døgnservice	"	26
Yngre og eldre brukere	"	29
Hva kan gjøres?	"	31
Forslag til organisering av døgnservice	"	34
KAP: 5 EKSEMPLER PÅ ULIKE BOFORMER MED SERVICE I NORSKE		
KOMMUNER	"	36
Mobil døgnservice organisert på kommunenivå	"	36
Sandefjord	"	36
Drammen	"	38
Stavanger	"	39
Ålesund	"	41
Grimstad	"	43

Mobil døgnservice organisert rundt enkeltpersoner	side 44
Sørum kommune	" 44
Arendal kommune	" 45
Serviceboliger - Stasjonær service	" 46
Tronstadgrenda	" 46
Obersthaugen borettslag	" 49
Kostnader og historisk bakgrunn for serviceboliger i Norge	" 51
Bokollektiver	" 52
Ibestad kommune i Troms	" 52
Nes kommune i Akershus	" 52
Arendal kommune i Aust-Agder	" 53
Integrering av boliger	" 53
KAP. 6 DØGNSERVICE I DANMARK	" 56
Viborg, Nord-Jylland	" 57
Næstved, Sjælland (sør for København)	" 59
Fredriksberg, (København)	" 63
KAP. 7 DØGNSERVICE I SVERIGE	" 65
Serviceboliger	" 65
Parkmöllan, Malmö	" 65
Stolplyckan, Linköping	" 67
PK-huset, Lund	" 68
Mobil døgnservice - Ulricehamn, Vest-Sverige	" 69
KAP. 8 ØKONOMI	" 71
Opplandsmodellen - ansvarfordeling mellom fylkeskommunene og kommunene	" 71
Kostnader for serviceboliger og mobil service	" 72
Egenandeler for hjemmehjelp	" 75
Forslag til finansiering av serviceboliger	" 76
KAP. 9 TID FOR NYTENKNING	" 78
Holdningsendring	" 78
Nytenkning	" 79
Tryggheten	" 81
Brukermedvirkning	" 82
Forsøk og "erfaringsbank"	" 83

FORORD

Dette er tredje rapport fra forskningsprosjektet om døgnservice. De foregående rapportene er "Døgnservice - selvstendighet og medvirkning (NBI-prosjektrapport 1984) og "Heldøgnservice - alternativ til institusjon" (NBI-rapport 1982). Prosjektet har hatt økonomisk støtte fra Sosialdepartementet.

I de to tidligere rapportene har vi tatt for oss servicebehovet for bevegelsehemmede og eldre. I denne rapporten tar vi også opp andre funksjonshemmedes behov, bl. a. psykisk utviklingshemmede. Vi har tatt med eksempler på døgnservice som var med i 1984-rapporten fordi den rapporten nå er utsolgt. Her har vi utvidet med en rekke nye eksempler. Økonomien er også behandlet grundigere i denne rapporten.

For fem år siden var døgnservice utopi i Norge. Nå har noen framsynte kommuner kommet i gang også her i landet, inspirert blant annet av suksessen med mobil døgnservice i Danmark.

Sykepleiesjefer og helse- og sosialpersonell i kommunene har behov for råd, veiledning og tips når det gjelder organisering av døgntjenester. Vi trenger en "erfaringsbank" på dette området her i landet.

Sentrale sosial- og helsemyndigheter bør nå oppmuntres til videre forsøk med døgnservice, på linje med svenske myndigheter som i 1984 bevilget 30 millioner kroner til forsøk med mobil døgnservice i kommunene.

Februar 1985

Steinar Bergh

Bente Skansgård

KAP. 1 INNLEDNING

Et hovedproblem i omsorgen for eldre og funksjonshemmede er å tilby egnede boliger og service i samsvar med den enkelte brukers behov for å bli mest mulig selvstendig.

I dag er det slik at de som må ha mer hjelp enn de kommunale hjelpeordningene kan tilby om dagen og kvelden, ofte må flytte til institusjon. De fleste kommunene har for dårlige tilbud for dem som har bruk for mer hjelp enn et par timer om dagen, men likevel ikke trenger institusjonsomsorg.

Det er nødvendig med nye boformer som kan være et alternativ til institusjon, og det er disse boformene denne rapporten handler om: mobil døgnservice og serviceboliger og bokollektiv av forskjellige slag.

Samtidig vil det fortsatt være behov for langtidsinstitusjoner. Det er både eldre og funksjonshemmede som enten er så syke eller forvirrete at de trenger institusjonens totalomsorg. Å bo på institusjon er også en boform, en boform som kan forbedres vesentlig. Bostandarden kan for eksempel økes slik at alle beboere får eget rom med bad eller små leiligheter. Måltidene og andre daglige gjøremål må kunne legges til rette mer etter den enkelte beboers ønsker, f.eks. kan måltidene serveres mellom to klokkeslett som på et hotell. Langtidsinstitusjoner må kunne fungere mindre som sykehus og mer som felleleshusholdninger.

Sykehjemmenes rolle

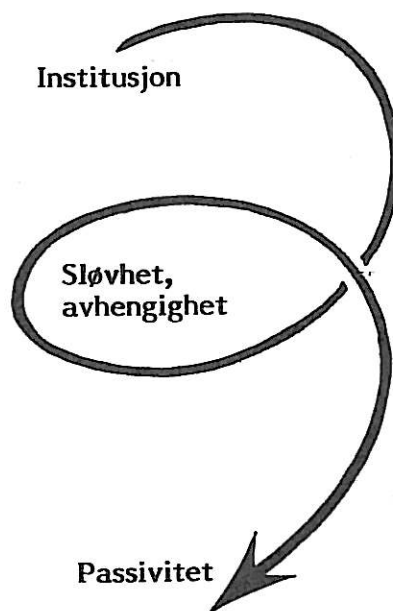
I mange kommuner er det ventelister for å komme inn på sykehjem. Det skyldes både for liten kapasitet og mangel på alternative boformer med omfattende bosome. Men det er også et spørsmål om sykehjemmene alltid brukes riktig. Mange fagfolk mener i dag at sykehjemmene brukes i for liten grad til opptrening av eldre etter sykdom slik at flest mulig kan flytte hjem og klare seg selv igjen. Mange trenger hjelpemidler for å fungere like godt som før. For andre kan det også være nødvendig med tilrettelegging av boligen. Mange trenger både opptrening av fysioterapeut og råd og hjelp med boligen av ergoterapeut. Det er dessuten viktig å ha ordnet med eventuell praktisk hjelp og/eller sykepleie for at brukeren skal føle seg trygg når han/hun kommer hjem. Sykehjemmet må etablere kontakten mellom brukeren og den åpne omsorgen. Ingen burde bli sendt hjem uten nødvendige forberedelser og dermed mulighet til å klare seg i hverdagen slik vi av og til leser i dagsavisene.

Eldreomsorgen ville fungere mye bedre og mer fleksibelt om det hadde vært flere bo- og servicealternativer, og hvis sykehjemmene hadde vært mer innstilt på å gjøre eldre i stand til å mestre hverdagen i eget hjem så lenge som overhodet mulig.

En av grunnene til at tiltakene for funksjonshemmede og eldre ikke er fleksible nok, er at ansvaret for institusjonsomsorgen og den åpne omsorgen er delt mellom fylkeskommunene og primærkommunene. Hvis primærkommunene overtok ansvaret for sykehjemmene, ville de lettere kunne se institusjonsomsorg og åpen omsorg i sammenheng.

Nyhus-utvalget*) har foreslått en slik endring, men Stortinget har ennå ikke truffet noen avgjørelse i saken.

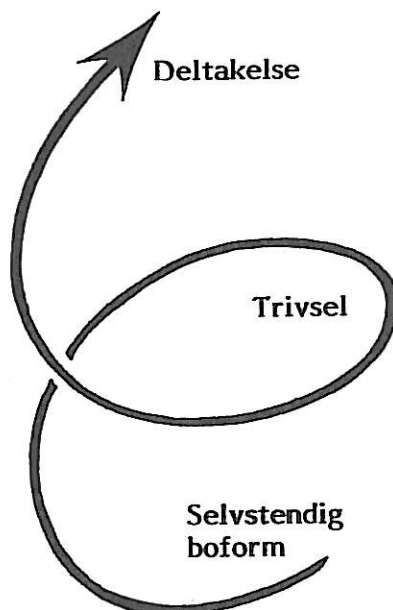
På institusjoner er det fastlagte rutiner som regulerer beboernes hverdag. De fleste tilpasser seg rutinene på bekostning av sine egne vaner og ønsker. Dette fører igjen for mange til at de blir passive, etter hvert sløve og viljeløst avhengige av institusjonens totalomsorg. Utviklingen kan illustreres som en negativ spiral:



*) Nyhus-utvalgets innstilling

Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v. NOU 1982:10

Det er en naturlig del av livet å kunne administrere sin egen dag. Et selvstendig liv fører som regel til trivsel og deltakelse. Denne utviklingen kan framstilles som en positiv spiral:



For at helse- og sosialtjenestene skal fungere best mulig, må en ta utgangspunkt i den åpne omsorgen og øke kapasiteten der. Institusjonsomsorgen og særlig sykehjemmene, må støtte opp om og samarbeide med den åpne omsorgen. Sykehjemmene må ha rehabiliterings-personale som fysio- og ergoterapeut(er) og ha som mål å trene opp de eldre best mulig etter sykdommen. En annen viktig oppgave for sykehjemmene er å tilby eldre dagplasser og avlastningsplasser.

Vanlige sykehjem er opprettet for eldre mennesker. For de ulike gruppene funksjonshemmede finnes det spesialsykehjem. Kritikken mot disse er at de fungerer som boalternativer for mange flere enn strengt nødvendig.

I en utredning fra Sosialdepartementet har Michel Mindré beregnet at vi kan nedlegge 4000 - 6000 institusjonsplasser for funksjonshemmede hvis det bygges opp alternativer i den åpne omsorgen. *)

*) Michel Midré: "Helsetjenesten i kommunene", Sosialdepartementet, rapport 1983

Rehabiliteringen av bevegelseshemmede slik denne praktiseres, vitner om et manglende helhetsperspektiv. Trening for å bygge kroppen opp igjen overskygger innsatsen for å skaffe den bevegelseshemmede egnet bolig, utdanning, transportmuligheter og praktisk hjelp. Kort sagt: hjelp til å mestre den sosiale siden av hemningen. Psykiske vansker som ofte følger med, er også forsømt.

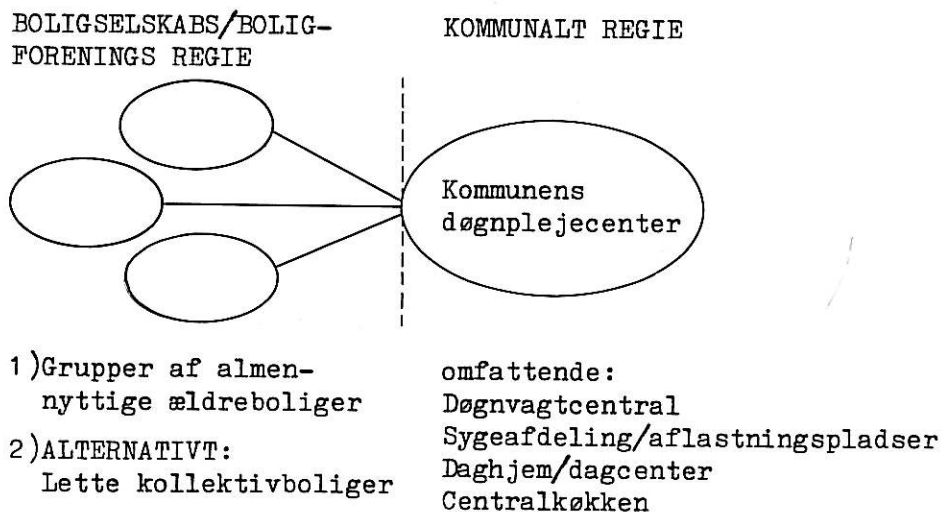
Dansk helhetsmodell

Preben Grinderslev, dansk ingeniør og leder i Rådgivningsselskabet Ældrebo A/S, et rådgivningskontor innenfor Boligselskabernes Landsforening, har satt fram tanker om at det kanskje ikke er behov for langtidsinstitusjoner hvis en organiserer boliger og service fleksibelt nok.

Grinderslev tenker seg en stasjon for døgnservice sentralt i et boligområde med noen sengeplasser til bruk under sykdom eller til avlastning. Serviceboliger bør ligge i nærheten av døgnservicesentralen med telefonutstyr som har toveiskommunikasjon og alarm.

Andre tilrettelagte boliger kan ligge spredt i boligområdet og bør enten ha trykkningstelefon eller vanlig telefon.*)

Grinderslev mener at boligselskapene (boligbyggelagene) skal ha ansvaret for å bygge boliger, mens kommunene må organisere service og pleietilbud i tilknytning til boligene. Slike løsninger vil etter Grinderslevs mening langt på vei gjøre langtidsinstitusjonene overflødige. Skjematisk tenkes modellen slik:



*) Preben Grinderslev: "Plejhjem skal afløses af almennyttige ældreboliger", Boligen nr. 4-83, organ for Boligselskabernes Landsforening. Nærmere om Ældrebo A/S i Boligen nr. 2-84 og 2-85.

KAP. 2 DØGNSERVICE

Definisjoner

Døgnservice eller boservice kan defineres som personlig hjelp i boligen på det tidspunktet behovet oppstår.

Det er mange måter å organisere slik service på, men for å systematisere mulighetene skisserer vi to basismodeller:

Ambulant eller mobil døgnservice er et tilbud til alle som er registrert som brukere av hjemmesykepleie og/eller hjemmehjelp i en kommune:

- Beskjeder går enten via en sentral eller direkte mellom bruker og hjelper.
- Hjelperne disponerer bil med mobiltelefon og eventuelt personsøker.
- Brukerne kan tilkalle hjelp ved å bruke telefon eller eventuelt alarm.
- Avstanden mellom der hjelperen(e) holder til og brukeren bør ikke være mer enn ca. 20 km for at ventetiden skal være akseptabel, maksimalt en halv time.

Denne modellen er best utviklet i Danmark (Viborg, Næstved og Fredriksberg), men ordninger som har likhetstrekk, etableres i stadig flere norske kommuner (Stavanger, Ålesund, Grimstad, Drammen og Sandefjord).

Stasjonær døgnservice eller serviceboliger er knyttet til bestemte boliger som ligger forholdsvis samlet. I slike boliger er det eget personale for beboerne:

- Det er toveiskommunikasjon mellom beboerne og hjelperne.
- Når personalet ikke er hjemme hos en av beboerne, oppholder de seg i en sentral i området.
- De som bor der, bør ikke vente mer enn ett kvarter på hjelp.

Denne modellen er best utbygd i Sverige (Parkmöllan i Malmö, Stolplyckan i Linköping). I Norge har vi serviceboliger i Bergen og Trondheim (Obersthaugen og Tonstadgrenda).

Det er kombinasjonsmuligheter mellom disse to basismodellene. Personalet fra en boligenhet kan i tillegg yte ambulant hjelp i distriktet eller bydelen, som i Malmö. Beboerne i serviceboliger kan også få ambulant hjelp, som i Linköping (kap. 7).

Brukerkrav

Tre viktige krav må stilles til en god serviceordning:

- 1) Brukerne må kunne tilkalle hjelp når de har bruk for det, enten det er dag, kveld eller natt.
- 2) Ventetiden må ikke overstige en halv time. De som trenger svært mye hjelp eller er syke, må dessuten ha alarm installert slik at de kan tilkalle hjelp på enda kortere tid når det er nødvendig.
- 3) Service må gies på brukerens premisser. Hvis behovet er personlig hjelp for å kompensere for en funksjonshemming, bør vedkommende selv bestemme hvordan og i hvilken rekkefølge arbeidsoppgavene skal gjøres.

Brukernes behov har både en kvantitativ og kvalitativ side. Brukerne må både få nok hjelp til de tidene de trenger det og med en akseptabel ventetid, og de må få utført hjelpen slik de selv vil ha den.

De kvantitative forholdene stiller størst krav til bemanning, kommunikasjonsutstyr, organisering og dermed økonomi.

Det kvalitative kravet er vanskeligst å oppfylle. Det er subjektivt hva som er bra eller dårlig. Mange hjelpere har gjennom sin skoleing lært hvordan ting skal gjøres og i hvilken rekkefølge. Det kan komme i konflikt med brukernes ønsker.

Målet er en fleksibel og rask service på brukernes vilkår, uten uniformer, uønskede rutiner og umyndiggjøring - kort sagt: uten de ulempene vi kjenner fra institusjoner.

Mobil døgnservice

Mobil døgnservice bygger på en utvidelse av den åpne omsorgen i kommunene slik at det blir mulig å få sykepleierfaglig og praktisk, personlig hjelp hele døgnet. Det er hjemmesykepleien og hjemmehjelpsordningen som er de viktigste hjelpeordningene i døgnservicen.

Her i landet er det en forholdsvis klar arbeidsdeling mellom hjemmesykepleiere og hjemmehjelpere. Hjemmesykepleierne gir personlig hjelp eller pleie, og hjemmehjelperne gjør husarbeid, innkjøp og lager mat. Hjemmesykepleiere og hjemmehjelpere har et visst samarbeid på dagtid i de fleste kommunene. Det er ennå bare noen få kommuner som har hjemmehjelpere som arbeider om kvelden og i helgene. Ingen kommuner har foreløpig hjemmehjelpere i arbeid om natten. Men det foregår forsøk med å gjøre hjemmehjelpsordningen mer fleksibel, både i

forhold til arbeidsoppgaver, tid på døgnet og hvor lenge brukerne kan få hjelp. (Jfr. forsøk i Trondheim, se side 30).

Hittil er det hjemmesykepleien som er utvidet til å bli døgkontinuerlig her i landet. Det finnes ingen oversikt over hvilke og hvor mange kommuner som har døgnavakt i hjemmesykepleien, men vår erfaring tilsier at det skulle være 25 - 30 kommuner. Flertallet av disse kommunene har passiv vakt eller hjemmevakt om natten. *)

Bemanning

Det er ikke lett å si noe om hvordan mobil døgnservice bør organiseres i de enkelte kommunene. Kommunene er så forskjellige at det kanskje er like mange mulige organiseringsvarianter som kommuner. Antall institusjonsplasser og befolkningstetthet betyr mye for etterspørselen av tjenester i den åpne omsorgen og hvordan døgnservice best kan organiseres.

Vi går ut i fra at kommunene allerede har en toskiftsordning i hjemmesykepleien, og at det derfor er sen kveldstid og natten som skal bemannes, for å få døgnservice.

Bemanningsforslag for mobil døgnservice, forslaget gjelder tiden fra ca. kl. 21.00 - 08.00.

Kommunestørrelse	Hjemmesykepleie		Hjemmehjelpere
	aktiv	passiv	
Ca. 30.000 innbyggere	2		(2)
Ca. 15.000 innbyggere	1		(1)
Ca. 5.000 innbyggere		1	(1)

*) Passiv- eller hjemmevakt koster en femtedel av aktiv vakt, 10 timer passiv vakt tilsvarer 2 timer aktiv vakt.

Større bykommuner bør deles inn i distrikter som har egne vaksentraler.

I det minste må det være en hjemmesykepleier på hjemmevakt om kvelden og natten. Det kan være nok i en liten kommune. I en mellomstor kommune må det være en hjemmesykepleier på aktiv vakt, og i en stor kommune bør det være to hjemmesykepleiere på aktiv vakt. Vi antyder i tabellen muligheten for å øke kapasiteten ved å ansette hjemmehjelpere i tillegg. Erfaringen viser at en stor del av den hjelpen brukerne trenger er personlig, praktisk hjelp som også en hjemmehjelper kan utføre. I Danmark har en god erfaring med å bruke hjemmehjelpere i tillegg til sykepleiere på kveld- og nattskift.

Vi foreslår her minimumsbemanning fordi det nå er viktigst å komme i gang. Etter hvert må kommunen øke bemanningen i takt med behovet. Erfaring fra kommuner som har organisert døgnservice, viser at det er få henvendelser i oppstartingsfasen, og få henvendelser om natten. En skal derfor ikke være redd for stor pågang for å få hjelp om natten. Brukerne tilkaller ikke hjelp uten at det virkelig er nødvendig. Det er større fare for at brukerne er redde for å tilkalle hjelp når de har bruk for, særlig hvis det er sovende (passiv) vakt.

Hvem kan bruke døgnservice?

Bare de som er registrerte brukere, kan tilkalle hjelp til uforutsette behov. Personer som ikke er registrert som brukere, men som likevel trenger hjelp, må vurderes av en lege før en hjelper kan komme hjem til vedkommende. Dette skal skåne hjelperne, og vi tror ikke dette kontrollleddet vil gjøre det vanskeligere for brukerne. De som plutselig trenger hjelp uten å være registrerte, bør i alle tilfeller ha kontakt med lege for å få vurdert sin situasjon. Kanskje det er legebehandling eller innleggelse på sykehus de egentlig trenger.

Denne framgangsmåten er allerede vanlig praksis. Derimot er det som regel hjemmesykepleiere eller ledende hjemmehjelpere som vurderer brukere som har søkt om hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie på vanlig måte. I samarbeid med brukeren finner de ut hvor mange timer hun eller han må ha daglig eller ukentlig.

Samarbeid

Like viktig som samarbeid mellom institusjonsomsorgen og den åpne omsorgen er samarbeidet mellom personalgruppene i de kommunale hjelpeordningene og mellom personalgruppene og brukerne.

De fleste yrkesgruppene i den åpne omsorgen har en utdanning bak seg. Sykepleierne, hjelpepleierne, ergoterapeutene, fysioterapeutene og sosionomene har alle en utdanning som tar utgangspunkt i sykehusbehandling og institusjonsomsorgen ellers.

Hjemmehjelperne, som er den mest tallrike gruppen, har ingen bestemt utdanning selv om de nå får tilbud om kurs i en del kommuner. Vi mangler et formelt utdanningstilbud for denne gruppen, en utdanning beregnet på arbeid innenfor den åpne omsorgen. Det er vel kvalifiserte "generalister" vi trenger mest i omsorgsarbeidet, noen som kan gjøre de arbeidsoppgavene den enkelte brukeren ikke klarer selv.

Alle personalgruppene i den åpne omsorgen trenger opplæring i forskjellen mellom å arbeide på en institusjon og i hjemmene. På mange måter er det vanskeligere å arbeide i andres hjem enn i en institusjon for hjelperen. I hjemmene må brukernes meninger og ønsker være utgangspunktet for hjelperens arbeid. Det kan være komplisert for hjelperne å godta dette. For brukerne kan det være vanskelig å stadig måtte forholde seg til nye hjelpere og lære dem opp.

Sentralt i denne sammenhengen står holdninger, arbeids-oppgaver og bruk av hjelpemidler.

Holdninger

Utgangspunktet for forholdet mellom bruker og hjelper må være likeverdighet. Hjelperen må ikke føle seg overlegen i forhold til brukeren fordi om hun eller han utfører bestemte gjøremål som brukeren ikke klarer selv, men i stedet ha en profesjonell og seviceorientert holdning. Brukeren bør heller ikke innta en bedrevitende holdning. Det kreves tålmodighet av begge parter i starten, når de skal "gå seg sammen".

Arbeidsoppgaver

En hjelper bør kunne utføre de arbeidsoppgavene brukeren ikke klarer selv enten det er personlig hjelp, husarbeid eller ærend.

Det er en stor fordel for brukeren å ha så få personer som mulig til å hjelpe seg. De fleste hjelpere vil vel også oppfatte det som en fordel å ha få brukere, og dermed mer kontinuitet i arbeidet.

Hjelpemidler

Brukerne bør ha nødvendige hjelpemidler og skikkelig opplæring i å bruke dem slik at de er så selvhjulpne som mulig. Hvis hjelpemidlene skal brukes av hjelperne, er det viktig at også de får skikkelig opplæring. Uten opplæring i bruk av de tekniske hjelpemidlene vil de bruke unødvendig lang tid på ulike arbeidsoperasjoner.

Brukerdeltakelse

Det er i dag mer vanlig å ta brukerne med på råd enn det var bare for noen år siden. Målet er brukerdeltakelse; med dette menes at brukernes interesser legges til grunn for arbeidet i helse- og sosialsektoren. Brukerdeltakelse er en fordel for samarbeidet mellom bruker og personale.

Før var det å ta brukeren med i beslutningsprosessen et middel for å motivere brukeren, en "gulrot" som ble holdt foran brukeren. Reell brukerdeltakelse må være et mål i seg selv for å oppnå best mulig mestring av livssituasjonen.

Brukeren må sammen med personalet diskutere behovet for hjelp og komme fram til en tilfredstillende ordning. I dag er det oftest slik at brukeren får et bestemt antall timer som skal utføres på bestemte klokkeslett. Dette er lite fleksibelt, det burde vært slik at en kunne få mer hjelp, f.eks. under sykdom, og eventuelt gi fra seg tid hvis andre i perioder har større behov.

Personalgruppenes fagforeninger må med i planleggingen av døgnservice. Døgnservice stiller nye krav til yrkesgruppene i den åpne omsorgen, f.eks. skiftarbeid.

Et viktig middel for å bedre samarbeidet mellom hjelpere og brukere, er å bruke funksjonshemmede som forelesere både i grunnutdanningen for helse- og sosialpersonale og i etterutdanningskurs. Det kan være en representant fra en interesseorganisasjon eller en annen brukerrepresentant som har lang erfaring.

Vi tror at mer kommunikasjon mellom personale og brukere vil føre til større samsvar mellom brukernes behov og tilbudet fra kommunen. Det er uheldig at kommunikasjonen ofte begrenser seg til å løse konfliktsituasjoner. Bedre

kjennskap til hverandre vil også gjøre eventuelle konflikter lettere å løse. Det er naturlig at konflikter oppstår fordi personalet og brukerne er ulike, har forskjellige standarder og forventninger til hverandre.

Brukerne må også skoles. På dette området har interesseorganisasjonene mye gjort selv om arbeidet har startet med diverse kurs for tillitsvalgte.

Begreper og holdninger

De begrepene vi bruker sier noe om hvilke holdninger vi har. I sosialsektoren kalles oftest kundene for "klienter". Både hjemmehjelpere, ambulerende vaktmestre og sosialkontoret sier også "klienter". Hjemmesykepleierne sier "pasienter" både om dem som bor selvstendig og dem som bor på institusjon, enten de er syke eller friske.

"Pasient" er en person under medisinsk behandling i eller utenfor sykehus. Sosiologen Talcott Parsons har arbeidet med syke- eller pasientrollen. Han sier at som pasient er vi fritatt for vanlige sosiale aktiviteter og ansvar. Sykdommen er både uforskyldt og uønsket, noe pasienten vil bli kvitt så fort som mulig.

En kronisk sykdom eller en skade er av og til så alvorlig at den fører til en funksjonshemming som varer resten av livet. Det er ufruktbart å vurdere en funksjonshemming som uønsket, en må forholde seg til hemmingen(e) og gjøre det beste ut av situasjonen slik den er.

Det må stilles de samme forventninger til funksjonshemmede som til andre. De må få ta det ansvaret de kan selv om de trenger hjelp fra andre. Men alle kan trenge trening i å ta ansvar.

Å feste merkelapper på befolkningsgrupper er uheldig. Jo mer vi kan bruke alminnelig språk, jo bedre. Vi synes betegnelsen "bruker" er et greit begrep for dem som får hjelp i den åpne omsorgen. "Bruker" er et forholdsvis nytt ord som det ennå ikke hefter særlige negative assosiasjoner ved.

Noen vil kanskje innvende at dette er språklig flisespikkeri. Men det er en kjent sak at begreper blir forslitt. Nye begreper avspeiler endring i tankegang og holdninger, og begrepene vi bruker må fornyes i takt med endret virkelighet.

KAP. 3 BRUKERGRUPPENE

En døgnkontinuerlig, kommunal serviceordning skal dekke svært ulike behov, fra hjelp av og til, trygghet ved å vite at det er noen å tilkalle, til faste avtaler om dagen og kanskje også om natten. I tillegg kommer muligheten for å be om hjelp til uforutsette behov.

De ulike brukergruppene er:

1. Eldre personer
2. Syke personer
3. Bevegelseshemmede personer
4. Psykisk utviklingshemmede personer
5. Personer med psykiske vansker

Inndelingen er en forenkling av virkeligheten, fordi gruppene overlapper hverandre. Det er for eksempel eldre personer i alle de andre gruppene. En kan være bevegelseshemmet på grunn av en sykdom, f. eks. leddgikt. Det er stor aldersspredning innenfor gruppene, også innenfor gruppen eldre. Individuelle forskjeller betyr individuell tilpassing av hjelpetiltak.

Bruk for ulike tiltak

Det er stor forskjell på hvor mye hjelp ulike personer trenger, det er også stor forskjell på hva folk må ha hjelp til. Om en person bor alene eller sammen med noen, virker også inn. Vi skal dele aktuelle arbeidsoppgaver i sju kategorier:

- 1) Sykepleiefaglig hjelp er f. eks. å sette sprøyter, skifte kateter og stelle alvorlige sår. Dette er arbeidsoppgaver som må utføres av en sykepleier eller i noen tilfeller av en hjelpepleier.
- 2) Personlig hjelp er de personlige gjøremålene et menneske ikke klarer å gjøre selv, f.eks. vaske seg og komme seg opp i rullestol. Andre klarer det rent praktiske, men trenger påminnelser for å huske å gjøre det eller veiledning og oppmuntring mens de gjør det selv.
- 3) Husarbeid og ærend er det noen som trenger å få gjort fordi de har fysiske begrensninger. Andre har psykiske hindringer som gjør at de trenger hjelp, veiledning, påminnelser.

- 4) Avlastningshjelp f. eks. i helger og ferie for foreldre med funksjonshemmede barn, og for ektefeller eller andre pårørende til voksne funksjonshemmede eller eldre.
- 5) Ledsager i forbindelse med f. eks. innkjøp, kino eller annen underholdning og ferier.
- 6) Transport. I alle gruppene er det personer som ikke kan bruke offentlige kommunikasjonsmidler fordi disse ikke er tilgjengelige eller fordi det er vanskelig å orientere seg alene. Mange har derfor bruk for en egen transporttjeneste for funksjonshemmede.
- 7) Meningsfull sysselsetting i form av utdanning, arbeid, deltakelse på aktivitetssenter eller annen form for aktivitet.

Disse behovskategoriene er nødvendige i et døgnkontinuerlig servicetilbud som er godt nok til å være et alternativ til institusjon for grupper av eldre og funksjonshemmede. Det er særlig sykepleiefaglig og personlig hjelp som må være døgnkontinuerlige tiltak. Hjelp til husarbeid, ærend og sysselsetting er knyttet til dagtid og kan planlegges til faste tider. Avlastningshjelp, ledsager og transport bør være fleksible tilbud, som vi ikke skal gå nærmere inn på i denne rapporten.

I dag er det hjemmesykepleien som gir sykepleie og personlig hjelp, og hjemmehjelpsordningen som gjør husarbeid og innkjøp. Vi mener hjemmehjelperne kunne yte personlig hjelp i større grad enn tilfellet er i dag, og det er noen forsøk i gang med utvidet arbeidsfelt for hjemmehjelpere. (Se side 33.)

I tillegg til hjemmehjelpere er det i noen kommuner nabohejperne og hjemmekonsulenter som gjør husarbeid og går ærend, eventuelt sammen med brukeren.

Ledsagertjeneste er dårlig utbygd i forbindelse med fritidsaktiviteter selv om det finnes et begrenset tilbud om støttekontakt og avlastningshjelp i noen kommuner.

Døgnservice må tilfredsstillende behøvet til de brukerne som trenger mest hjelp, selv om de utgjør et mindretall av brukerne. Flertallet av brukerne trenger hjelp bare av og til, og ellers muligheten for å tilkalle noen ved uforutsette behov. Hvor mye hjelp en trenger, avhenger i høy grad av om en bor alene eller om en bor sammen med noen som kan hjelpe til i større eller mindre grad.

Eldre personer

Omkring 90% av de som bruker hjemmesykepleie, og ca. 70% av de som har hjemmehjelp, er over 67 år. Det er mange ulike årsaker til at eldre personer må ha hjelp:

- 1) Det kan være at de er syke i en periode, at de har gjennomgått en operasjon og trenger hjelp en tid etter at de er kommet hjem fra sykehus.
- 2) Det kan være mer permanent sykdom, f.eks. sukkersyke, slik at de trenger hjelp til å sette insulin hver dag osv. En del eldre lærer seg ikke å gjøre dette selv. Sukkersyke fører også ofte med seg andre plager som de trenger hjelp til.
- 3) Mange eldre kan bli bevegelsehemmete pga. slagtilfeller, slitasjer i hoftene, amputerte ben osv. En slik bevegelsehemming, ofte sammen med at boligen er tungvint, gjør at mange eldre trenger forholdsvis mye hjelp til husarbeid og ærend.
- 4) En annen gruppe er de eldre som er friske, men ikke så fysisk førlige som før. De greier ikke lenger å pusse vinduer og vaske trapper, det er vanskelig å bære hjem varer hvis det er trapper til leiligheten. Mange er ustødige og trenger derfor hjelp f.eks. når de bader for å unngå å gli og falle.

Tiltak:

- * Husarbeid/ærend
- * Personlig hjelp
- * Sykepleiefaglig hjelp
- * Avlastningshjelp
- * Transport
- * Sysselsetting
- * Ledsager

Syke personer

Syke personer i vår sammenheng er personer som ville vært på sykehus, om vi ikke hadde hatt en godt utbygd hjemmesykepleie. Gruppen kan deles i to:

- 1) De som kan få sykehusoppholdet forkortet, dvs. personer som har gjennomgått operasjoner eller som har tatt diverse prøver, og kan få videre behandling poliklinisk. Stadig flere typer behandling kan skje poliklinisk.
- 2) De som kan unngå sykehusinnleggelse er flere ulike grupper, f.eks. de som har en sykdom de vet kan bli prekær innimellom, noe hjemmesykepleien er orientert om og vet hva de skal gjøre med.

De som har nyresvikt og er avhengig av dialyse over en lengre periode, kan få dette hjemme, kanskje til og med lære å gjøre det selv.

En annen gruppe er de som er uheldelig syke og skal dø. Stadig flere ønsker å dø hjemme i stedet for på sykehus.

Tiltak:

- * Sykepleiefaglig hjelp
- * Husarbeid/ærend
- * Personlig stell
- * Transport
- * Ledsager

Bevegelseshemmede personer

I denne gruppen er det et stort behov for personlig hjelp og noe bruk for sykepleie. En mindre gruppe har bruk for hjelp til det meste, f.eks. morgen- og kveldsstell og å komme på toalett. De fleste trenger mer avgrenset hjelp, f.eks. bare om morgenen eller til bading. Noen må ha hjelp til husarbeid/ærend og er avhengig av et tilrettelagt transporttilbud og har behov for meningsfull sysselsetting.

Tiltak:

- * Personlig hjelp
- * Sykepleiefaglig hjelp
- * Husarbeid/ærend
- * Avlastningshjelp
- * Transport
- * Ledsager
- * Sysselsetting

Psykisk utviklingshemmede personer

Fordi det er blitt stadig mer vanlig at psykisk utviklingshemmede bor i egen bolig, har hjemmesykepleien begynt å forholde seg også til denne gruppen. Noen kommuner møter behovet med å ansette vernepleier(e), andre kommuner lærer opp hjemmehjelpere og nabohjelpere.

Det er forskjell på hva psykisk utviklingshemmede trenger hjelp til. Noen må ha hjelp til å stå opp om morgenen og med personlig hygiene, ikke fordi de fysisk ikke klarer det selv, men fordi de må ha veiledning. Noen trenger hjelp bare med

økonomien, andre kanskje med daglige innkjøp eller med å holde orden på regninger. Enkelte klarer seg med noen som foreslår aktiviteter de kan delta i, andre trenger noen som er med dem.

Tiltak:

- * Personlig hjelp
- * Veiledning/husarbeid/ærend
- * Avlastningshjelp
- * Transport
- * Sysselsetting
- * Ledsager

Personer med psykiske problemer

Stadig flere personer med psykiske problemer bor selvstendig og hører inn under hjemmesykepleien, noe som har fått flere kommuner til å ansette psykiatriske sykepleiere.

Personer med psykiske problemer trenger ofte veiledning og påminnelse om hva de bør gjøre, både når det gjelder personlig stell og husarbeid. Mange er ensomme. Angst og depresjon kan skape store praktiske problemer. Derfor er det viktig å ha tilbud om selvhjelpskurs, enten i regi av en lokal behandler, en behandlingsinstitusjon eller psykiatriske sykepleiere i hjemmesykepleien. Meningsfull sysselsetting betyr mye.

Tiltak:

- * Hjelp med husarbeid/ærend
- * Ledsager
- * Personlig hjelp
- * Ettervern, dagsentre
- * Sysselsetting

Primære og sekundære behov

Det er til nå de primære behovene hjelpeordningene i kommunene har klart å tilfredsstille, dvs. det minimum av hjelp brukerne er avhengig av for å opprettholde en akseptabel livsstandard. Liten kapasitet har gjort at en har begrenset seg til å utføre oppdrag etter faste avtaler på dagtid og delvis tidlig kveld.

En serviceordning som bare ivaretar primærbehovene er ikke noe alternativ til institusjon. For at hjelpeordningen skal være det, må tilbudet bli så fleksibelt at det også tilfredsstillter sekundære behov, dvs. gir mulighet til å tilkalle hjelp når det er nødvendig. En skal ikke være nødt til å legge seg til en fast tid hver kveld, men må kunne ringe på kort varsel hvis en f.eks. har vært i selskap og ikke vet akkurat når en skal legge seg. Det må også være mulig å få hjelp til å komme på toalettet utenom fast avtalte tider.

En sterkt funksjonshemmet, uansett alder, kan ikke leve et fullverdig liv uten å få hjelp både til både primære og sekundære behov. Først da kan sterkt funksjonshemmede leve omtrent slik de ville ha gjort om de kunne klare alt selv.

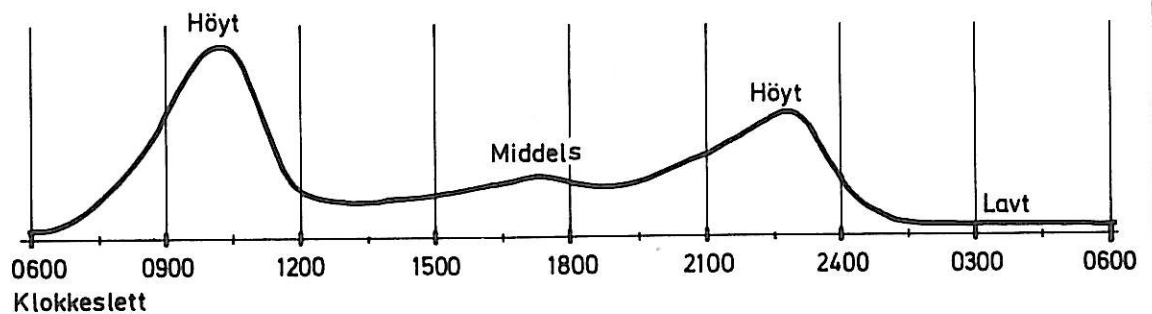
Primære behov

- * Faste avtaler om hjelp til seg selv eller i boligen

Sekundære behov

- * Kunne tilkalle hjelp ved uforutsette behov
- * Trygghet

Døgnservice i løpet av døgnet



Behovet for hjelp er størst om morgenen når brukerne skal ha hjelp til å stå opp. Det vil være travlest i tidsrommet mellom kl. 0700 og 1000. Den andre toppen på døgnet er ved leggetid om kvelden, kanskje særlig mellom kl. 2100 og 2300. Men antakelig vil det være travlere om morgenen enn om kvelden fordi morgenstellet er mer omfattende enn kveldsstellet for mange, og fordi en del får hjelp av familie eller venner om kvelden.

Om dagen er det jevnt behov, men ingen topper. Om natten er det bare noen ganske få som trenger hjelp.

KAP. 4 BEHOVET FOR DØGNSERVICE OG VIDERE PLANLEGGING

Kjernegruppene av døgnservicebrukere er sterkt bevegelseshemmede og alvorlig syke som trenger hjelp om kvelden og natten, og ved uforutsette behov ellers. Men der det er en mobil døgnservice vil også andre grupper kunne bruke ordningen, for eksempel eldre og psykisk utviklingshemmede som trenger noe hjelp. Kjernegruppene hjelpebehov er forholdsvis konstant, mens behovet hos de andre gruppene kan variere.

Gjennom behovsundersøkelser har vi særlig blant sterkt bevegelseshemmede fått fastslått hvor mange som har behov for døgnservice. Men bare deler av behovet kan kartlegges før døgnservice er etablert. Det er først når tiltaket har vært i drift en tid at en kan få en helt reell oversikt over behovet. Erfaring fra danske kommuner viser at først etter en innkjøringstid ser en hvor mange som trenger døgnservice. Det er f. eks. vanskelig å kartlegge eldres behov for trygghets-telefon på forhånd. Dette viser hvor viktig det er at forsøk og evaluering går hånd i hånd. Amtskommunernes og Kommunernes Forsknings-institut i København arbeider med en bredt anlagt undersøkelse om serviceforsøkene i Danmark, med særlig vekt på forsøket i Næstved kommune (se side 60 og 74).

Behovet blant funksjonshemmede

Det er flere grupper funksjonshemmede som har behov for døgnservice; særlig har det vært fokusert på dem som i dag bor i institusjon. Mange av disse kunne bodd hjemme hvis det var tilbud om døgnservice.

I Sosialdepartementets overslag over hvor mange funksjonshemmede som kunne flytte fra institusjon til egen bolig, er konklusjonen at av 17 200 personer som i dag bor i institusjon, kan fra 4 000 - 6 000 personer flytte ut i egen bolig dersom forholdene ble lagt til rette.*)

Disse tallene fordeler seg slik på de ulike grupper funksjonshemmede:

Personer i psykiatriske institusjoner	2000 - 3000
Personer i internatinstitusjoner under helsevernet for psykisk utviklingshemmede	1500 - 2500
Personer som bor i institusjoner for fysisk funksjonshemmede	500
<hr/> Sum	<hr/> 4000 - 6000

*) Michel Midré 1983 op. cit.

"Unge funksjonshemmedes levekår" er en landsomfattende utvalgsundersøkelse som bygger på levekårsdata fra Statistisk Sentralbyrå.*) Undersøkelsen tar for seg funksjonshemmede mellom 16 og 29 år. I absolutte tall er det 21 000 unge funksjonshemmede som bor utenfor institusjon. Flertallet av disse er psykisk utviklingshemmet.

Omtrent 6 300 personer i denne aldergruppen trenger hjelp, en tredjedel er avhengig av mulighetene for å tilkalle hjelp hele døgnet. Denne undersøkelsen viser at det er 2 100 funksjonshemmede mellom 16 og 29 år som er avhengige av hjelp til ulike tider på døgnet, men vi vet ikke hvor mange av dem som er sterkt bevegelseshemmet og hvor mange som er psykisk utviklingshemmet.

Rådet for funksjonshemmede har gjort en mindre kartlegging i fire kommuner i Buskerud.***) Undersøkelsen viser at 90% av beboerne på institusjoner som Helsevernet for psykisk utviklingshemmede har ansvaret for, kunne bodd i egne boliger i hjemkommunen. Halvparten ville klare seg med hjemmehjelp, støttekontakt og meningsfylt sysselsetting. Den andre halvparten måtte i tillegg ha tilsyn om natten.

Behovet blant eldre og syke

En døgnserviceordning der også sykepleiefaglig hjelp inngår, betyr at flere kan utskrives fra sykehus tidligere eller at sykehusinnleggelse i noen tilfeller kan unngås. Erfaringer fra Danmark støtter denne antakelsen. Særlig har en sett at flere uhelbredelige kreftpasienter som ønsker det, kan være hjemme den siste tiden de lever.

Utskrevne psykiatriske pasienter er også en økende gruppe i den åpne omsorgen, og en del av disse brukerne har behov for hjelp og råd om kvelden og natten.

I Sverige er behovet for døgnservice blant sterkt bevegelseshemmede kartlagt gjennom flere undersøkelser. Vi skal se nærmere på undersøkelsene i fylkene Ostergötland, Alvsborg og Orebro. Undersøkelsene er gjort med tanke på serviceboliger, fordi en til nå har bygd ut etter denne døgnservicemodellen i Sverige. For å få fram behovet har en kartlagt aktuelle brukere gjennom hjemme-

*) Jan Lyngstad: "Unge funksjonshemmedes levekår", Sosialdepartementets utredningsserie nr. 1/84

**) Svein Åge Eik: Rådet for funksjonshemmede

hjemmesykepleien, sosialkontoret og på langtidsinstitusjonene. I de aller fleste kommuner var det personer som hadde bruk for døgnservice, og som derfor ble intervjuet.

Den første undersøkelsen er fra Ostergötland Län som har ca. 393 000 innbyggere.* Undersøkelsen viste at 224 personer mellom 18 og 65 år, hovedsakelig sterkt bevegelseshemmede, trenger servicebolig. Behovet for døgnservice er spesifisert for hver enkelt kommune i fylket. Det var 39 personer som bodde på institusjon eller sykehus, resten bodde i egen bolig og brukte de kommunale service-ordningene, men var samtidig avhengige av hjelp fra pårørende. En regner med at flere av disse kommer på institusjon når de pårørende faller fra.

Den andre undersøkelsen er fra Alvsborgs län som har ca. 426 000 innbyggere. Der var det 308 personer mellom 16 og 65 år som trengte døgnservice. De fleste bodde sammen med pårørende, og av dem fikk de den hjelpen de var avhengig av**.

I en tredje undersøkelse fra Orebro län med totalt 275 000 innbyggere, fant en at 207 personer mellom 15 og 70 år hadde behov for "dygnet-rundt-service", som svenskene kaller det***.

De tre undersøkelsene viser svært like resultater, nemlig at 0,7 promille, dvs. ca. en sterkt bevegelseshemmet pr. 1000 innbyggere, har behov for døgnservice.

Samme resultat kom også De Handikappades Riksförbund (DHR) fram til da de anslo behovet for døgnservice i 1975.

Anvender vi 0,7 promille for Norge, får vi som resultat at ca. 2 800 personer, hovedsakelig sterkt bevegelseshemmede, er avhengig av en fleksibel døgntjeneste for å kunne bo i egen bolig.

* Hesse og Pöder: "Boende för gravt handikappade", Linköping universitet 1976, Sverige

** "Rapport angående behovet av servicebostäder i Alvsborgs län". Länsorganet för samordnad åldringsvård/långtidsvård 1977, Sverige

*** "Behovet av boende med dygnet-rundt-service för gravt handikappade - flerhandikappade i Orebro län, Länets handikappvård 1979, Sverige

Planlegging av døgnservice

I små kommuner der sykepleiesjefen selv deltar i omsorgsarbeidet, har vedkommende ofte god oversikt over behovet i kommunen. Og sykepleiesjefen kan da uten noe stort apparat oppsummere og begrunne behovet for døgnservice.

I større kommuner bør det gjøres noe kartleggingsarbeid. For å sette i gang forsøksdrift med døgnservice, bør det lages en oversikt over følgende punkter:

- 1) Brukergrupper og behov for døgnservice
- 2) Eksisterende tilbud
- 3) Strukturen i helse- og sosialsektoren
- 4) Hjemmesykepleien og hjemmehjelpsordningens struktur
- 5) Kommunikasjonssystem
- 6) Størrelsen på personalet
- 7) Forsøk og medbestemmelse for brukerne

1) Brukergrupper og behov for døgnservice

Med brukergrupper mener vi antall innbyggere over 67 år, antall bevegelseshemmede, psykisk utviklingshemmede og personer med psykiske vansker i kommunen. I tillegg kommer personer som kan flytte fra institusjon til egen bolig, dersom det etableres døgnservice. En rekke spørsmål bør klarlegges:

Hvor mange er det som bruker hjelpeordningene, og er det noe som tyder på at dette tallet kommer til å øke? Hva med institusjonsdekningen? Er det sannsynlig at det blir flere alvorlig syke som kan og vil pleies hjemme?

Hvor mange er det i de ulike gruppene som trenger hjelp til bestemte gjøremål, utenom de tidene det i dag går an å få hjelp? Hvor mange trenger hjelp av og til, f.eks. under sykdom? Hvor mange trenger trygghet ved å vite at det er noen å tilkalle om det skulle bli nødvendig? Hvor mange av disse potensielle døgnservicebrukerne er allerede registrerte brukere av hjemmesykepleie og/eller hjemmehjelp?

Det hadde vært fint også å ha en oversikt over familier som har store omsorgsoppgaver, men ikke har hjelp fra de kommunale ordningene og eventuelle personer som bor på institusjon i en annen kommune.

2) Eksisterende tilbud

Det bør settes opp en oversikt over antall personale og brukere i hjemmesykepleien og i hjemmehjelpsordningen. Er det tilbud om ergo- og fysioterapihjelp og ombringing av ferdig middag? Er det husmorvikar i kommunen? Hvordan er tilbudet om avlastning og støttekontakt? Hva med transporttilbudet?

Det er ofte hensiktsmessig å summere de mobile og stasjonære hjelpeordningene hver for seg. Mobile ordninger blir stadig viktigere etter som flere som trenger mye praktisk hjelp og pleie, bor hjemme.

Hva med kommunale biler, mobiltelefon, mobilradio og personsøker? Skal brannstasjon, legevakt eller en institusjon brukes som kommunikasjonsentral? Hvor stor del av døgnet er det annen hjelp å få tak i enn lege?

Hvor mange boliger er øremerket for eldre og funksjonshemmede? Hva med tilbud om eldresenter, aktivitetssenter for funksjonshemmede og bedrifter for vernet arbeid? Antall dag- og avlastningsplasser på institusjon har også stor betydning.

3) Strukturen i helse- og sosialsektoren

Det er hensiktsmessig å tegne opp et organisasjonskart. Dette kan gjøre alle nødvendige samarbeidslinjer tydelige i helse- og sosialsektorens komplekse struktur i en mellomstor eller stor kommune.

4) Hjemmesykepleien og hjemmehjelpsordningens struktur bør ses i sammenheng fordi et samarbeid mellom disse to hjelpeordningene er avgjørende. Både arbeidsdelingen og felles møtevirksomhet må diskuteres. En må komme fram til hvor ofte det er hensiktsmessig å ha fellesmøter og om det er ønskelig å ha et kort møte mellom hvert skift.

Er det nødvendig med et journalsystem? Hvis ja, er det like viktig for alle brukergrupper? Kan en begrense journal-skriving for dem som er syke, eventuelt i de periodene den enkelte brukeren er syk?

5) Kommunikasjonssystem

De som skal arbeide om kvelden og natten, bør disponere en eller flere kommunale biler. Det er særlig viktig at hjelpere som skal ta uforutsette oppdrag, har bil fordi det kan haste og fordi avstandene kan være store.

Beskjeder mellom brukere og hjelpere kan gå via en som sitter på vakt i hjemme-sykepleien eller lege- /brannvakt. Eller kommunikasjonen kan gå direkte mellom bruker og helper hvis helperne har mobiltelefon og eventuelt personsøker. Unødvige ledd bør unngås slik at beskjeder kommer raskt fram og misforståelser hindres. I tillegg bør de som trenger mye hjelp eller rask assistanse av og til, ha trygghetstelefon med alarm. Brukeren kan ha en alarm på seg. Rundt hånd-leddet er best. Alarmen bør utløse kommunikasjon mellom de to partene slik at helperen kan få greie på hvor akutt behovet er og brukeren få bekreftet at hjelp er på vei. Slike systemer er å få kjøpt i dag. Mobiltelefon krever at man slår flere sifre enn i et vanlig telefonnummer. Trygghetstelefon er derfor nødvendig for en del brukere pga. bevegelseshemming og hukommelsesvansker. I slike tilfeller er trygghetstelefon eller alarm et godt alternativ, der er det nok å trykke på én knapp.

Trygghetstelefoner har bærbare sendere. Det er fort gjort å glemme å ta på seg noe som skal henge rundt halsen eller legges i en brystlomme, og vi tror et armbånd som ikke er større enn en klokke, er den beste løsningen. En skulle dessuten tro at et armbånd er lettest å få tak i om en har falt, og selv om en ikke skulle få fram andre armen, kunne en trykke alarmknappen mot noe f.eks. golvet, et skap eller en stol.

Utformingen av armbåndet er viktig. Det må være så lite og tynt som mulig, men ikke så lite at det blir vanskelig å trykke på alarmknappen.

En trygghetsalarm kan gå direkte til en helper på vakt, men det sikreste er kanskje at alarmen går til en døgnbemannet sentral. Mange små kommuner har ikke slik sentral. Dette er derfor et område som ligger tilrette for interkommunalt samarbeid.

Noen kommuner har en felles vaktentral. I forbindelse med automatiseringen av Televerket, var det økonomisk støtte å få til slike sentraler. Lege- eller brannvakten kan også brukes som vaktentral for andre kommunale tjenester enn helse- og sosialtjenester.

6) Størrelsen på personalet

Dette er et vanskelig punkt fordi det er snakk om et nytt tiltak. Vårt råd er å begynne med en begrenset ordning og utvide etter hvert som behovet øker. I små kommuner kan en kanskje begynne med passiv vakt om natten f.eks. fra kl. 24.00 til kl. 08.00. Men passiv vakt må ikke begrenses til å omfatte bare sykepleieoppgaver. Det er minst like mange som trenger praktisk hjelp til toalettbesøk, hygiene og komme i og ut av sengen.

Det er en avgjort fordel med en eller flere hjelpere på aktiv vakt slik at brukerne vet at det er noen våkne som kan tilkalles. Erfaringer både fra Danmark og Norge viser at det er få som trenger hjelp fra de har lagt seg om kvelden til de skal stå opp om morgenen. De fleste oppdragene om natten går etter faste avtaler f. eks. hjelp til å snu seg i sengen eller til å sette en smertestillende sprøyte.

7) Forsøk og medbestemmelse for brukerne

Etablering av døgnservice i en kommune kan gjerne få status som tidsbegrenset forsøk. Ved organisering av nye tiltak er det så mange usikkerhetsmomenter at det er en fordel å ha en løpende vurdering av hvordan det går, og en sammenfatning av hva som bør endres etter f.eks. ett år. Tilbudet må justeres i takt med behovet.

En styringsgruppe kan vurdere ordningen. I styringsgruppen bør det sitte representanter fra hjemmesykepleien, hjemmehjelpsordningen og de ulike brukergruppene. Når det gjelder brukergruppene, bør en eldre og en yngre bruker være representert.

Medbestemmelse fra alle impliserte parter er viktig for samarbeidet, og godt samarbeid er en forutsetning for en rasjonell og effektiv døgnservice.

Yngre og eldre brukere

De som bruker ulike kommunale hjelpeordninger, har funksjonshemming pga. skade, sykdom eller alder.*) Brukerne er med andre ord funksjonshemmede i alle aldre.

Mange eldre ser imidlertid ikke på seg selv som funksjonshemmede. Dette gjelder særlig dem som har fått sine hemninger i høy alder. Derfor er det best å ta for seg yngre og eldre funksjonshemmede som to adskilte grupper, selv om skillet ofte er uklart når det gjelder behov for tjenester i den åpne omsorgen.

*) Med hjelpeordninger mener vi kommunalt organisert hjelp til hjemmene. Hjemmehjelp og hjemmesykepleie er mest omfattende, men ambulerende vaktmester, ombringing av ferdig middag, støttekontakt og avlastning til familier med særlig store omsorgsoppgaver er også med.

Den viktigste forskjellen på en 20-åring og en 70-åring er aktivitetsnivået. En ungdom har gjerne store forventninger til livet og er på leting etter bolig og jobb som passer. Eldre vil ofte fortsette å leve slik de er vant til, i den samme boligen, i det nabolaget der de har sine kjente. Det er ikke uvanlig at en blir stadig mer hjemme jo eldre en blir. Alderspensionister går sjeldnere på kino, fest, restaurant osv. enn yngre folk. Hvis en er avhengig av praktisk hjelp, krever det mer hjelp å være aktiv enn å være hjemme i sin egen stue.

Ulikheten mellom generasjonene er ikke drøftet så mange steder, men i rapporten "Unge funksjonshemmedes levekår" fra Sosialdepartementet, diskuteres tre områder der unge funksjonshemmede skiller seg fra eldre:

"For det første vil de lettere kunne bli isolert fra sine jevnaldrende enn de eldre vil bli. Blant 25-åringene vil fysisk krevende aktiviteter som idrett, dans m.m. være langt vanligere enn blant 50-åringene. En bevegelseshemmet 25-åring vil derfor langt oftere enn en bevegelseshemmet 50-åring bli stengt ute fra de aktiviteter som er vanlige i den aldersgruppa han eller hun tilhører. Dette gjør det vanskeligere for den unge enn for den eldre å komme i kontakt og bli kjent med folk på sin egen alder.

For det andre er unge funksjonshemmede som andre unge, i etableringsfasen i livet. De ønsker å skaffe seg egen bolig, stifte familie og begynne sitt eget liv. Det koster å etablere seg med egen bolig og egen husstand, og de unge funksjonshemmede får disse kostnadene i tillegg til de kostnadene og vanskene som sjølve funksjonshemminga fører med seg. Eldre funksjonshemmede sitter gjerne med egen bolig. De har lagt den vanskelige etableringsfasen bak seg.

For det tredje har de unge ofte lavere inntekt enn de eldre. 5/6 av uførepensionistene under 30 år ble uføre før fylte 20 år. Dette innebærer at de aller fleste av dem ikke har vært i arbeidslivet og tjent opp pensjonspoeng. Pr. 31.12. 1978 var derfor 93,5 % av alle uføre pensjonistene under 30 år minstepensionister."*

Det er altså nødvendig å skille mellom yngre og eldres ulike behov, mellom de som er aktive utenfor hjemmet og de som ikke er det. Vi må godta at også brukere av døgnservice er forskjellige og stiller ulike krav til de kommunale hjelpeordningene.

Eldre mennesker utgjør flertallet av brukerne av hjelpeordningene, og antallet vil øke raskt i de nærmeste årene, særlig i de eldste årsklassene.

* Jan Lyngstad, 1984 op.cit.

Noen av tilbudene, spesielt de som er knyttet til eldresentrene, er begrenset til personer som har fylt 67 år. Dette skaper vansker for noen, f. eks. en av våre intervjupersoner:

Anna er 60 år og sterkt bevegelseshemmet:

Hun har store vansker med å få stelt bena sine om sommeren fordi aktivitetssentret der hun pleier å gjøre det, er stengt. Og i hjemmesykepleien er det lang ventetid for slike spesialoppdrag. Hun har forsøkt å få det gjort på flere eldresentre, men blitt avvist fordi hun ikke er 67 år. Hun kan kjøpe middag på et eldresenter, men ikke få fotpleie.

Et annet problem er at hjelpeordningene ofte har så liten kapasitet at hjelpen må prioriteres til eldre og brukere som bor alene. Selv om hjemmehjelpen og hjemmesykepleien ofte administreres under eldreomsorgen, skal de dekke alle brukergruppers behov. På grunn av kapasitetsmangelen kommer ofte yngre funksjonshemmede som ikke bor alene, langt ned på prioriteringslisten selv om de har et klart behov for hjelp. Mange voksne funksjonshemmede er derfor mer avhengig av foreldrene enn nødvendig, og foreldre og ektefeller er mer slitne enn nødvendig.

Hva kan gjøres?

Det er et tankekors at de yrkesgruppene som arbeider i den åpne omsorgen i høy grad har praksis fra og er utdannet for institusjonsomsorgen. For fremtiden er det fristende å tenke seg et eget omsorgsyrke som springer ut fra behovet i den åpne omsorgen, et "generalistyrke" som kan ta seg av det brukerne ikke klarer selv. Kanskje er det en videreutdanning for hjemmehjelpere som er løsningen, en parallell til hjelpepleieryrket beregnet på mobil tjeneste til hjemmene.

Vi skal se nærmere på følgende forhold:

- Hva kan gjøres for å få hjemmehjelpstilbudet mer fleksibelt for brukerne og yrket mer attraktivt for arbeidstakerne?
- Hvordan kan hjemmesykepleien og hjemmehjelpsordningen samordnes slik at brukeren får færrest mulig hjelpere å forholde seg til, og servicen dermed blir mer effektiv?

Både hjemmesykepleien og hjemmehjelpsordningen er blitt mye utbygd de siste årene.*)

	Hjemmesykepleie Antall ansatte	Hjemmehjelp Antall ansatte
1976	2351	34 012
1981	3598	44 795

Oppstillingen viser at antall hjemmehjelpere er vesentlig større enn antall hjemmesykepleiere, noe som kanskje ikke er så merkelig. De fleste får problemer med tyngre husarbeid før vanskene med personlig stell melder seg. Og arbeidsdelingen mellom hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere går nettopp mellom husarbeid og personlig stell. Arbeidsdelingen oppstår ved at det settes likhetstegn mellom personlig stell og sykepleie. Konsekvensen av dette er at all personlig assistanse må utføres av faglærte, dvs. offentlig godkjente sykepleiere og hjelpepleiere. Vi vil hevde at det ikke er nødvendig å ha sykepleieutdanning for å yte personlig, ikke-sykepleiefaglig hjelp. Mange hjemmehjelpere med erfaring kan gjøre det like godt. Det er da også forsøk i gang i noen kommuner med hjemmehjelp som gir personlig hjelp.

Et problem med å bruke hjemmehjelpere til personlig hjelp er den egenandelen brukerne må betale. Vi kommer nærmere inn på dette i kapittel 8.

En kommunal innstilling om eldreomsorgen i Oslo har blant annet disse forslagene:**)

1. Utvalget vil foreslå at hjemmehjelpstjenesten organiseres i mindre enheter med mulighet for daglig kontakt med andre hjemmehjelpere og annet fagpersonell. Utviklingen bør styres i retning av faste heldagsstillinger.
2. Hjemmehjelperne bør gis mer varierte oppgaver, f. eks. enklere pleieoppgaver, opptreningsoppgaver (hjelp til selvhjelp) m.v."

*) Sosialstatistikk 1981, Statistisk sentralbyrå

***) Innstilling fra utvalget til utredning av bo- og tilsynsordninger for eldre, Oslo kommune 1982

En forutsetning for at hjemmehjelperne skal kunne arbeide mer fleksibelt, er at de får utdanningstilbud. Oslo-innstillingen mener at en omsorgslinje i den videregående skolen er noe å satse på, og har tatt kontakt med skolemyndighetene om dette spørsmålet. Dette ville øke yrkets status og stimulere rekrutteringen. Utredningsutvalget legger også vekt på dette.

I Danmark brukes de erfarne hjemmehjelperne som ofte har tatt flere kurs, til stadig flere oppgaver. Erfaringene er gode, men betydningen av utdannings-tilbud understrekes.

Et distriktsosialkontor i Bergen har gjort interessante erfaringer i et forsøk med en selvstyrt gruppe. *) Etter ett år kunne en summere opp at de ni hjemmehjelperne som hadde arbeidet i team, hadde gitt mer fleksibel hjelp enn om de hadde arbeidet hver for seg. De hadde blant annet hatt ca. 1000 ekstraoppdrag i forhold til året før, fordi gruppen kunne omfordele arbeidet hvis f. eks. en eller flere brukere var bortreist eller innlagt på sykehus. De samlet også opp ærend til apotek o.l., og på den måten slapp hver hjemmehjelper å gå mange småærend som tok mye tid.

Brukerne var stort sett godt fornøyd selv om noen hadde vært skeptiske til hvordan omleggingen ville virke. Særlig var de bekymret for å miste den faste hjelperen. Vi ser igjen hvor viktig brukerne synes det er å ha én eller så få hjelpere som mulig å forholde seg til. Både yngre og eldre brukere understreker dette poenget.

Også blant hjemmehjelperne var det en viss skepsis i utgangspunktet. Men slutt-konklusjonen var at de opplevde sin arbeidssituasjon som vesentlig bedre. Bedringen lå særlig i det fellesskapet de følte med kollegene, og at de fikk utnyttet tiden mer effektivt. Hjemmehjelpgruppen hadde regelmessige møter der de fordelte arbeidet mellom seg. På den måten kunne de samordne ærend og bruke lenger tid hos brukere som var syke og trengte ekstra hjelp. Antallet brukere ble ikke utvidet i forsøksperioden.

Hjemmesykepleien i Trondheim syntes at et fast timetall i uken til hver bruker gjorde hjemmehjelpen rigid. Et mer fleksibelt opplegg kunne gjøre hjelperne i stand til å takle endringer i brukernes behov. De mente også at hjemmesyke-

*) Ustvedt, Christiansen og Kielland: "Selvstyrte grupper i hjemmehjelps-arbeidet", Sosialt forum/1982

pleierne og hjemmehjelperne burde samarbeidet nærmere. De satte i gang forsøk med hjemmehjelp i hjemmesykepleien, som i 1982 ble evaluert av Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS)*)

Erfaringene med dette forsøket var gode for alle parter:

Hjemmehjelpene fikk bedre kontakt med kolleger gjennom møter og følte seg mer som en del av et team. Hjemmesykepleierne fikk avlastning for pleieoppgaver. Brukerne og pårørende sa at hjelpen var mer fleksibel og helhetlig.

Når hjemmehjelpenes arbeidsområde blir utvidet til å omfatte personlig hjelp, blir det lettere å samordne hjemmesykepleiere og hjemmehjelpere slik vi kjenner det fra døgntjenesten i Viborg og Næstved i Danmark (se kap. 6). En eller flere sykepleiere fordeler arbeidsoppgavene. Hjemmehjelperne har alltid en sykepleier å spørre om råd og hjelp.

Det er også viktig at brukeren har så få personer som mulig å forholde seg til. Dette gjelder både hjelpere som kommer hjem til brukeren daglig og personer i administrasjonen.

Denne siste problemstillingen har en tatt opp i en innstilling fra Oslo fylkesråd for funksjonshemmede. **) Innstillingen tar utgangspunkt i brukerens behov og ønsker. For at dette skal være mulig, må brukeren ha én bestemt saksbehandler i kommunen som koordinerer alle tiltak. I innstillingen lanseres "Oslo-modellen", dvs. et eget **servicesenter** knyttet til helse- og sosialtjenesten i distriktene. Denne ideen forutsetter en omfattende omorganisering av hjelpeapparatet.

Forslag til organisering av døgnservice

Ambulant døgnservice krever god kommunikasjon for å kunne fungere effektivt og fleksibelt. Sambandet må være enkelt og sikkert mellom brukere og hjelpere og hjelperne i mellom. Det mest vanlige i dag er at brukerne tilkaller hjelp pr. telefon og eventuelt alarm når særlig rask hjelp er påkrevet. Hjelperne bruker mobiltelefon noen ganger kombinert med personsøker. Henvendelser kan komme via en sentral eller direkte fra brukeren til hjelperen.

*) Lars Nygård: "Heimehjelp integrert i heimesjukepleien", Norsk Institutt for Sykehusforskning, 1984

**) "Boliger og boservice for funksjonshemmede i Oslo", Oslo fylkesråd for funksjonshemmede, 1983

Hjelperne må i hvert fall på kvelds- og nattevakten disponere enten private eller kommunale biler. Likevel kan avstander og andre geografiske eller klimatiske forhold skape problemer. Hvis vi regner en halv time som lengste akseptable ventetid for å få hjelp, er 20 km maksimal avstand. Mange kommuner her i landet er store i utstrekning og folk bor ofte spredt. Noen kommuner har innbyggere på øyer i skjærgården, dit det tar lang tid å reise. Været og snøforholdene kan også ha stor betydning.

Mange steder vil det kreve både fantasi og godvilje å organisere et døgnkontinuerlig servicetilbud. Det er mange måter å organisere døgnservice på. Likevel er det noen generelle regler som det er verdt å nevne:

1. **Større bykommuner** med mer enn 50 000 innbyggere bør deles inn i distrikter for å redusere ventetiden. Antall distrikter og bemanning må vurderes i forhold til behovet i lokalmiljøet.
2. **Mindre bykommuner** med mindre enn 50 000 innbyggere kan være et distrikt hvis befolkningen bor noenlunde samlet, men bør deles inn i distrikter hvis det er mer tjenlig.
3. **I landkommuner** bør brukere som bor mer enn 20 km fra hjelpesentralen, skaffes hjelpere som bor i nærheten. En person som er avhengig av å kunne tilkalle hjelp hele døgnet, og som bor i en avsidesliggende bygd, må få en løsning som passer i akkurat det tilfellet. Hvis det finnes tre personer i lokalmiljøet som er interessert i deltidsarbeid, kan de arbeide to døgn i uken og hver tredje helg. Arbeidstiden kan fordeles med aktiv tjeneste to timer om morgenen, to timer om ettermiddagen og en time om kvelden. Resten av døgnet kan det være passiv vakt, dvs. at en helper er tilgjengelig ved uforutsette behov. Hvis den hjelperen som har passiv vakt, disponerer en mobiltelefon, kan vedkommende likevel ha en viss bevegelsesfrihet.

Alle Norges 450 kommuner har hjemmesykepleie og hjemmehjelp, men i mange kommunene fungerer dette tilbudet bare i vanlig arbeidstid fra kl. 08.00 - 16.00. Vi mener at alle kommuner burde ha et døgnkontinuerlig tilbud. Men i små kommuner eller distrikter med lite registrert behov, er det tilstrekkelig med passiv vakt om kvelden og natten. Prinsippet er at det skal være noen å henvende seg til når det oppstår behov.

En bør være åpen for kjøp eller bytte av tjenester over kommunegrenser, f. eks. i kommuner med bygder som ligger nærmere sentrum i nabokommunen.

Når det gjelder serviceboliger, finnes det kunnskap og erfaring nok til å sette i gang videre utbygging.

KAP. 5 EKSEMPLER PÅ ULIKE BOFORMER MED DØGNSERVICE I NORSKE KOMMUNER

I begrepet boform inngår både boligens egnethet for beboeren(e) og tilgang på boservice. Vi konsentrerer oss i denne rapporten om service-siden. Det er mange måter å organisere døgnservice på. Vi skal beskrive eksempler på følgende boformer:

- Mobil døgnservice organisert på kommunenivå
- Mobil døgnservice for én eller flere enkeltpersoner
- Serviceboliger
- Bokollektiv

Til slutt skal vi knytte noen kommentarer til integrering av boliger for funksjonshemmede blant andre boliger.

Mobil døgnservice organisert på kommunenivå

Mobil døgnservice er et tilbud til alle som trenger praktisk, personlig hjelp eller sykepleie i en kommune. (Vi viser til fyldigere beskrivelse av denne modellen i kapittel 1.)

Sandefjord kommune har ca. 35 000 innbyggere. En kommunal utrednings-komité har vurdert hvordan eldreomsorgen best skal organiseres framover. Denne komiteen konkluderte med at Sandefjord geografisk sett er godt egnet for å utvikle den åpne omsorgen, fordi avstandene er korte. Ventetiden fra en bruker ber om hjelp til hjelperen kommer, burde ikke bli særlig mer enn 10 minutter. Komiteen kom også fram til at det ikke var nødvendig å bygge sykehjem før 1990 hvis det ble tilbud om døgnservice i hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleien gjorde en kartlegging blant sine brukere, som viste at 41 personer hadde behov for døgnservice. Av disse trengte 21 hjelp eller tilsyn hver natt, de andre bare av og til.

I juni 1984 kom Sandefjord i gang med døgnservice. Hjemmesykepleien fikk fire ekstra stillinger, to for avdelingssykepleiere og to for hjelpepleiere, for å klare bemanningen. Det er ansatt åtte personer i halve stillinger som faste nattevakter. Det er tre personer på vakt fra kl. 1530 til 2200, en sykepleier og to hjelpepleiere. Om natten er det én sykepleier og én hjelpepleier på vakt. Disse to kjører alltid ut sammen. Det er tett med faste avtaler til midnatt eller vel så

det, men det går an å melde uforutsette behov i tillegg. Folk er imidlertid forsiktige med å gjøre det, så nattevakten har ennå ikke fått uforutsette oppdrag. Det er gjennomsnittlig 15-16 faste besøk hver natt. Personalet har hvilerom i hjemmesykepleiens kontorlokaler.

Kommunikasjonen foregår via mobiltelefon etter kl. 1530. Erfaringen med denne løsningen er god, men brukeren må slå ni sifre og det er ikke like lett for alle brukerne. I perioder er det stor trafikk på mobiltelefonen og derfor vanskelig å nå fram.

Foreløpig er det bare tre brukere som har alarmer på prøve. Kommunen er nå i ferd med å undersøke ulike alarmsystemer som er på markedet, fordi de har planer om å anskaffe 60 alarmer med toveiskommunikasjon. Det diskuteres om alarmene skal gå til brannstasjonen eller til en sykepleier som vurderer alle henvendelser om sykepleie og/eller praktisk, personlig hjelp. Siste alternativ er mest sannsynlig, og sykepleieren får antakelig kontor i et trygdebolig-kompleks.

Hjemmesykepleien har to kommunale biler med fire-hjulstrekk. Både i disse og i private biler som brukes om dagen, er det radiokommunikasjon. Det er greit å få kontakt bilene imellom.

Døgnservicetilbudet er bekjentgjort gjennom reportasjer i lokalpressen.

Det er 400 registrerte brukere av hjemmesykepleien i Sandefjord, 320 av disse er over 66 år. Det er 150 personer som har minst et besøk hver dag, og det er 30 personer som trenger hjelp om kvelden.

Fremdeles mener hjemmesykepleierne at tilbudet kan bli bedre. Den nye sykepleiesjefen har blant annet tro på et mer fleksibelt samarbeid mellom hjemmehjelperne og hjemmesykepleien.

Kommentar

Sandefjord har sammen med Drammen det beste døgnservicetilbudet i landet. Derfor burde det gjøres en evaluering av ordningen etter ett eller to års funksjonstid. En slik vurdering vil være til stor hjelp for andre kommuner.

Det er få yngre funksjonshemmede blant brukerne. En skulle tro at i en kommune som Sandefjord, var det flere i denne gruppen som trenger fleksibel service. Tilbudet i den åpne omsorgen er kanskje for sterkt knyttet til eldre og alvorlig syke. Det kan fremdeles gjøres mye i forhold til funksjonshemmede.

Drammen kommune har ca. 50 000 innbyggere. Befolkningen bor forholdsvis konsentrert så avstandene skaper ikke særlige problemer. Kommunen er delt inn i fem distrikter, men hvis det er rasjonelt å krysse grensene for å gi hjelp, gjør de det. Dette gjelder både for hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Det er mange eldre i Drammen, men få sykehjemsplasser. Flertallet av brukerne i hjemmesykepleien er eldre og akutt syke, og disse gruppene øker raskt. Det er også stadig flere bevegelsehemmede i alle aldre. Dette betyr at behovet for praktisk, personlig hjelp øker mye, og en del av dette arbeidet er delegert til hjemmehjelpere.

Drammen har hatt døgnservice med passiv vakt om natten i flere år. I februar 1984 gikk de over til én sykepleier på aktiv vakt og én hjelpepleier på passiv vakt hver natt. Hjemmesykepleien fikk tre nye sykepleierstillinger og tre hjelpepleierstillinger. I tillegg fikk de én bil med firehjulstrekk og to radiotelefoner.

Base er hjemmesykepleiekontoret om dagen. Fra kl. 2230 til 0730 er hjemmesykepleieren stasjonert på legevakten, og brukerne kan tilkalle hjelp derfra. Hvis hjelperen er ute på oppdrag, kan vedkommende kalles opp over radiotelefon.

Brukerne kan få hjelp både etter faste avtaler og ved uforutsette behov. I 1984 var det ca. 150 personer som trengte hjelp i helgene og ca. 25 som måtte ha hjelp hver kveld. Om natten har det vært gjennomsnittlig 30 besøk pr. natt. Det er seks brukere som har hatt besøk hver natt.

Hjemmehjelperne jobber i selvstyrte grupper. De administrerer seg selv, vikarierer for hverandre og er til støtte og hjelp for hverandre i vanskelige situasjoner. Dette har uten tvil stor betydning for trivselen, og det er til fordel for brukerne fordi det betyr større fleksibilitet. Brukerne kan få mer hjelp i perioder når de har akutte behov.

Døgnservicen i Drammen har som mål å nå alle som trenger hjelp. Ennå er det ikke så mange psykisk utviklingshemmede og personer med psykiske problemer blant brukerne. Sykepleiesjefen sier:

"Døgntjenesten er et tilbud til alle grupper mennesker, uansett alder, sykdom og funksjonshemming. Vi håper tilbudet vil nå fram til flere brukere blant f. eks. psykisk utviklingshemmede og mennesker med psykiske lidelser. Oppdragene blant yngre familier med akutte psykiske og sosiale problemer har økt sterkt de siste årene.

Noe av det viktigste med døgnservicen er etter min mening, at tilbudet representerer en trygghet for kommunens befolkning hvis det skjer noe uforutsett."

Etter ett års drift med døgnservice er det allerede behov for å utvide natttilbudet. Det diskuteres også om det er behov for psykiatriske sykepleiere i hjemmesykepleien etter hvert som stadig flere skrives ut fra psykiatriske sykehus.

Kommentar

Drammen var den første kommunen her i landet som kom i gang med mobil døgnservice med aktiv nattevakt. Døgnservicen i Drammen tilfredsstiller brukerkravene. Likevel er det mye som kan forbedres f. eks. samarbeidet med eldre og funksjonshemmedes interesseorganisasjoner. Et slikt samarbeid kunne være med å videreutvikle holdningene til funksjonshemmede og eldre. Dessuten ville det være en stor fordel å komme fram til en omtrentlig grense for ventetid for å få hjelp. Det ville øke tryggheten for brukerne ytterligere.

En annen mulighet er å se nærmere på hvilke beboere ved lokale langtidsinstitusjoner som vil og kan flytte ut i egen bolig. Samarbeidet mellom den åpne omsorgen og institusjonsomsorgen kan fremdeles bli bedre.

Stavanger kommune har 90 000 innbyggere og hjemmesykepleien fungerer hele døgnet. Det er aktiv vakt fra kl. 0800 til 2400. Om natten er det én sykepleier som har hjemmenvakt og kan nås over mobiltelefon. Stavanger har hatt en slik ordning siden begynnelsen av 1970-årene. Kommunens mål med ordningen er at den skal være en sikkerhet for alvorlig syke som pleies i hjemmet. Flertallet av brukerne er over 70 år og til dels alvorlig syke. Hjemmesykepleien mener at denne tendensen bare vil øke i årene som kommer, bl.a. på grunn av mangel på sykehjems plasser. Men hjemmesykepleien ser også en annen gruppe som øker, nemlig yngre bevegelseshemmede. I en årsmelding sier sykepleiesjefen:

"Avdelingene får også flere yngre mennesker som er sterkt funksjonshemmede. Men på tross av sine handikap, er de ofte i besittelse av ressurser som gjør at de klarer seg forbausende bra med de hjelpetiltak avdelingene rår over i form av sykepleie 2-3 ganger pr. dag og hjemmehjelp 2-3 timer pr. dag. Mye tyder på at et økende antall yngre funksjonshemmede vil bli brukere av disse hjelpeordningene."

Stavanger kommune planlegger å gå over til aktiv tjeneste også etter kl. 2400 fordi det stadig blir flere henvendelser om natten. Stillingene er utlyst flere

ganger. Det har vist seg vanskelig å få besatt disse stillingene, blant annet fordi det er nattarbeid og fordi mange er redd for å ferdes alene ute om natten. Ved andre utlysning var forutsetningen at det alltid skulle være to som dro ut sammen om natten, én sykepleier og én hjemmehjelper. Stavanger har ennå ikke kommet i gang med aktiv vakt om natten.

Med innføring av aktiv nattevakt skal det bli mulig å få personlig, praktisk hjelp om natten, f.eks. til å legge seg sent. Men hovedårsaken til omleggingen er økte oppgaver i eldreomsorgen. Dessuten blir flere skrevet tidligere ut fra sykehus, og stadig flere alvorlig syke ønsker å være hjemme.

Stavanger kommune har ca. 300 trygghetsalarmer. De fleste er plassert i trygdeboliger, eller "vernede" boliger for eldre, som de kalles i Stavanger.

Det er nattevakter knyttet til vernede boliger flere steder.

Funksjonshemmedes råd i Stavanger har laget et handlingsprogram for hvilken politikk som bør føres overfor funksjonshemmede. Programmet foreslår at Stavanger kommune bør arbeide for nedbygging av de store institusjonene for funksjonshemmede og i stedet bygge serviceboliger. En behovs-undersøkelse viser at det er mellom 15 og 20 personer i Stavanger som har behov for et slikt tilbud. En tenker seg grupper på seks serviceboliger integrert i ulike boligområder. Rådet har anslått at dersom det skal være en hjelper tilgjengelig hele døgnet, må det knyttes om lag fire stillinger til hver service-boligenhet.

Brukerfaring i Stavanger

Vi har snakket med fire sterkt bevegelseshemmede i Stavanger. To av dem bor alene og er avhengige av flere timer hjelp daglig. Disse to personenes hverdag har vi valgt å skissere nærmere, fordi de er sterkt bevegelseshemmede som bor alene og stiller spesielle krav til hjelpeordningene.

En mann i 30-årene bor i en leilighet sentralt i byen. Foreldrene bor ikke så langt unna, de er innom nesten daglig. Han har hjemmesykepleie og hjemmehjelp hver dag.

Om morgenen kommer en hjemmesykepleier og hjelper ham med personlig hygiene som tar mellom en og to timer etter, alt etter hvor kjent brukeren og hjelperen er. Fire timer midt på dagen har han hjemmehjelp som gjør husarbeid og andre ting han trenger hjelp til. Hjemmesykepleien kommer igjen en gang tidlig på

kvelden for å hjelpe ham på toalettet, og så en gang senere på kvelden for å hjelpe ham i seng.

Han har tilkalt hjelp om natten noen ganske få ganger, og det har fungert bra. Selv i perioder når han har vært sengeliggende, synes han serviceordningen har vært tilfredsstillende. Men det er slitsomt med stadig nye hjelpere. Dess færre personer som bytter på, dess bedre.

Det var en kamp å få andre til å forstå at han kunne klare seg i egen bolig, forteller han. Han trives godt og kunne ikke tenke seg å flytte tilbake til en institusjon. Likevel ser han fram til den dagen han kan legge seg når han selv vil og kan tilkalle hjelp også om natten når det er nødvendig, uten å måtte vurdere om det er akutt eller ikke.

En sterkt bevegelseshemmet kvinne i 50-årene bor i en eldre villa i byen. Hun har fått laget en rampe, så hun kommer greit inn og ut. Huset er lite og ikke tilpasset rullestol. Kvinnen har hjemmesykepleie om morgenen og kvelden og tre-fire timer hjemmehjelp om dagen. Hun vet sjelden nøyaktig når hjelperne kommer, og det varierer med kapasiteten hvor lenge hjemmehjelperne kan være.

Kvinnen kan ikke sitte i rullestolen når hun er alene i huset, og det er hun mye, derfor ligger hun ofte i sengen. Sengen står i stuen der det er best plass. Det er ordnet slik at hun kan rekke mye fra sengen, også en døråpner til ytterdøren.

Hun kan ikke tenke seg å flytte fra det huset hun har bodd i hele sitt liv, men hun ønsker seg mer hjelp.

Kommentar

Begge disse brukerrepresentantene kunne vært mer aktive hvis servicen hadde vært mer fleksibel. Det er særlig viktig å kunne få hjelp når de trenger det mest og på kort varsel. Det er på disse punktene døgnservicen i Stavanger ikke oppfyller brukerbehovene. Brukerne synes ellers det er et problem at hjelperne veksler ofte, særlig i ferier og høytider.

Ålesund kommune har ca. 35 000 innbyggere og tilbud om hjemmesykepleie fra kl. 0800 til kl. 2200. I 1982 begynte forsøk med hjemmevakt om natten i sentrale bydeler. Beskjeden til hjemmesykepleien går gjennom brannvakten, på samme måte som for legevakten. Brannvakten kaller opp vakthavende via telefon, mobilradio eller personsøker.

Antall henvendelser har variert mellom 17 og 26 i måneden. Halvparten av henvendelsene kommer fra brukerne selv, en del fra pårørende og naboer. Bare 7% av henvendelsene kommer fra legevakten.

Nesten halvparten av henvendelsene gjelder tilsyn og stell, f.eks. legging og toaletthjelp. Det er 18% av henvendelsene som dreier seg om medisiner og 37% om angst og behov for råd.

Natt-tjenesten har bl.a. ført til at en har kunnet skrive ut flere fra sykehuset tidligere enn vanlig. I en del tilfeller har en pga. natt-tjenesten sluppet å bruke en fast nattevakt i hjemmet. Hjemmesykepleien sier at behovet for trygghetsalarmer er økende. Det er flere som ikke klarer å ta seg fram til telefonen hvis de faller på gulvet. Kommunen har nettopp kjøpt seks trygghetstelefoner.

I en årsmelding konkluderer sykepleiesjefen slik når det gjelder natt-tjenesten:

"Heimevaktordninga gir en større trygghet både for pasient og pårørende. Funksjonshemma kan få legge seg seinere etter nærmere avtale. Inkontinente slipper å ligge våte hele natta eller svært sjuke kan få hjelp/tilsyn når tilstanden forandrer seg. Muligheten til å få dø i sin egen heim er større."

Etter tre år med passiv nattevakt er det et klart behov for aktiv vakt, men kommunen er i en økonomisk presset situasjon. Flere stillinger i hjemmesykepleien står ikke øverst på prioriteringslisten.

Brukererfaring i Ålesund

En sterkt bevegelseshemmet 40-åring bor sammen med samboeren sin i generasjonsbolig. Morens hans bor i den andre leiligheten. Han fungerer for en stor del uavhengig av hjelp fra samboeren eller moren. Fire morgener i uken er det en hjemmesykepleier som hjelper ham opp. Han tror han kunne fått hjelp tidligere om morgenen dersom han hadde vært i arbeid. Ellers bruker han hjemmesykepleien om kvelden når samboeren er på arbeid eller bortreist. Han må si i fra om morgenen når han vil legge seg om kvelden. Før døgnvaktordningen kom i gang, måtte han legge seg ved åtte-tiden.

Han kan også få hjelp ved uforutsette behov. De gangene han har hatt behov for det, har ventetiden vært akseptabel. Denne brukeren er svært fornøyd med hjelpeordningene i Ålesund. Han synes kommunen fortjener ros.

Kommentar

Hjemmesykepleien i Ålesund har definert personlig, praktisk hjelp inn i sine tjenester. Brukerbehovene er stort sett tilfredsstilt i vårt ene brukereksempel. Vi vet lite om hvordan ordningen fungerer for andre som har tilsvarende bruk for service, f.eks. sterkt bevegelseshemmede som bor alene. Natt-tjenesten fungerer også bare i de sentrale bydelene i kommunen. Det er ellers interessant at halvparten av de henvendelsene natt-tjenesten får, kan løses over telefon. Det gjelder bl.a. spørsmål og usikkerhet når det gjelder medisiner, spørsmål fra pårørende eller at brukeren har vært engstelig og urolig og ønsker en å snakke med. Liknende erfaringer har natt-tjenesten i de kommuner vi har besøkt i Danmark.

Grimstad kommune på Sørlandet har ca. 14 000 innbyggere. Bakgrunnen for Grimstad-prosjektet er en undersøkelse som statslege Ottar Mæretrø foretok høsten 1980. Undersøkelsen viste at behovet for institusjonsplasser var stort.

Grimstad-prosjektet startet høsten 1981, og målet var at ingen som trengte hjelp, skulle være på institusjon etter at de var ferdigbehandlet på grunn av manglende tiltak i den åpne omsorgen. Begrensningen var at servicen ikke skulle koste mer enn på en institusjon.

Prosjektet har vært organisert på tre plan: Styringsgruppen, den lokale faggruppen og prosjektgruppen.

I Styringsgruppen sitter to fylkespolitikere, én fra fylkesmannens sosialavdeling, én fra fylkeslegen, ordføreren i Grimstad og én fra sykehussjefens kontor.

I den lokale faggruppen sitter sykepleiesjefen, én fra sosialkontoret, stadslegen samt tilsynslegen og bestyreren på Grimstad sykehjem.

Prosjektgruppen består av ordføreren, to fylkespolitikere og to lokale politikere, alle medlemmer av den lokale faggruppen samt prosjektsekretæren.

Hjemmesykepleien har vakt hele døgnet, men med passiv vakt om natten. To brukere har faste alarmer, ellers har kommunen åtte mobile alarmer. Alarmen går til brannvakten som skaffer nødvendig hjelp. Første driftsåret som var 1983, hadde vaktsentralen 192 henvendelser om øyeblikkelig hjelp, av disse var 31 om natten.

Det er helt klart at det er behov for aktiv vakt om natten. Brukere som trenger hjelp om natten, må i dag legges inn på institusjon.

En bruker sier at hun aldri har trykket på knappen. "Men flere ganger har jeg holdt på å gjøre det. Det er betryggende å vite at jeg bare kan ringe."

Grimstad-prosjektet har i tre år fått forsøksmidler både fra Sosial-departementet, fylket og kommunen. De som arbeider med Grimstad-prosjektet, mener å ha spart en del på redusert bruk av Aust-Agder Sentralsykehus.

Kommentar

Grimstad-prosjektet som har fått betydelige forsøksmidler, har hatt egen prosjekt-sekretær og dermed fått rapportert hva som er gjort.

Den åpne omsorgen er vesentlig forbedret i Grimstad selv om det fremdeles er passiv vakt om natten. Grimstad vertshus er et interessant tiltak i institusjons-omsorgen. Vertshuset er et hotell kommunen har leid med personale, og det brukes som aldershjem. Beboerne har hvert sitt rom med bad. De spiser i kafeteriaen, ikke til et fast klokkeslett, men det serveres frokost, middag og kveldsmat mellom to klokkeslett som på et hotell.

Beboerne får praktisk hjelp av personalet på vertshuset som er hotellfaglærte og holder på hotellstilen. Sykepleie får de gjennom hjemmesykepleien.

Vertshuset ligger midt i byen slik at det er anledning til å være tilskuer eller deltaker i bylivet.

Mobil døgnservice organisert rundt enkeltpersoner

Noen kommuner som ennå ikke har mobil døgnservice, men brukere som trenger det, har organisert serviceordninger rundt en eller flere enkeltpersoner. Vi skal skissere to slike eksempler; et fra en landkommune på Østlandet, det andre fra en bykommune på Sørlandet.

I **Sørum kommune** er det vel 9 600 innbyggere, og hjemmesykepleien fungerer fra kl. 0800 til kl. 1600. Ellers har kommunen hjemmehjelp, husmorvikar og ambulerende vaktmester i den vanlige arbeidstiden fra kl. 0800 til 1600. Dette er ikke nok for alle. Sosialkontoret har organisert en døgnserviceordning for én innbygger.

Hun ble sterkt skadet i en bilulykke, er enslig forsørger med to barn og bor i enebolig. Kvinnen trenger hjelp for å komme opp om morgenen, legge seg om kvelden, komme på toalettet, osv. Hun trenger dessuten hjelp til husarbeid og praktisk hjelp til barna.

Hun har hjemmesykepleie tre ganger om dagen. På hverdager har hun husmorvikar hele dagen og kveldshjelp fra kl. 1900 til 2330. Lørdag og søndag har hun hjelp på dagen fra kl. 0900 til 1200 og om kvelden fra kl 1800 til 0030. Hun har alarm i huset slik at hun kan tilkalle hjelp. I tillegg kommer bl.a. en ambulerende vaktmester og klipper plenen om sommeren og måker snø om vinteren.

Denne omfattende serviceordningen koster nesten en halv million kroner. Dette er mye, men kommunen mente det var den eneste akseptable løsningen for kvinnen og barna.

Det er ikke lett å forholde seg til så mange forskjellige hjelpere, og heller ikke å være hjelper i en så omfattende serviceordning i et hjem. Kvinnen var i begynnelsen redd for at opplegget skulle mislykkes og at institusjon ville bli løsningen. Erfaringen er at et omfattende serviceopplegg som det vi snakker om her, må forberedes grundig. Det er viktig at hjelperne blir godt informert. Samarbeids-viljen må være stor, både fra administrasjonen, hjelperne og brukeren. Sosialsjefen nevner spesielt at et slikt serviceopplegg krever "evne og vilje til nytenkning og ansvarsdefinering" fra administrasjonens side.

En yngre, bevegelseshemmet kvinne i **Arendal kommune** måtte midlertidig flytte til sykehjemmet i kommunen fordi hun ikke kunne få så mye hjelp som hun trengte gjennom de kommunale hjelpeordningene. Hun ble på sykehjemmet i nesten tre år, men beholdt boligen sin. Hele tiden arbeidet hun for å finne en løsning slik at hun kunne flytte hjem. Det siste året fikk hun hjelp av Norges Handikapforbund.

Hjemmesykepleien i Arendal fungerte fram til oktober 1984 fra kl. 0800 - 1900. Da ble kveldsskiftet utvidet til kl. 2200. Presset på hjemmesykepleien er stort i Arendal fordi kapasiteten i institusjonsomsorgen er altfor dårlig, sett i forhold til antall eldre. Hjemmesykepleien er innstilt på å organisere døgnservice som det er stort behov for i kommunen. Så lenge kapasiteten i de kommunale hjelpeordningene er så presset, er det nødvendig å organisere spesielle ordninger for brukere som er avhengig av døgnservice.

Det viste seg å bo flere personer som hadde behov for døgnservice i nærheten av den unge kvinnen. Det er nå etablert en ordning for fem personer, tre yngre personer og to i 60-årene. Fire hjelpere er ansatt for statlige sysselsettingsmidler som døgnservice for disse fem bevegelseshemmede. Hjelperne har et hvilerom hos den brukeren som trenger mest hjelp. Det er aktiv vakt fra kl. 0730 til 2400. Brukerne må benytte telefonen for å tilkalle hjelp.

Vi har snakket med en av brukerne som var svært fornøyd med ordningen. Denne ordningen fungert tilfredsstillende ved litt fleksibilitet både fra kommunen, hjelperne og brukernes side. Ulempen er at sysselsettingsmidler er tidsbegrenset. Det er grønt lys fram til sommeren 1985, men etter det er alt uvisst.

Kommentar

Døgnservice organisert rundt enkeltpersoner er en løsning i kommuner som ennå ikke har døgnvakt i den åpne omsorgen. En bedre ordning er døgnservice som kan brukes av alle i en kommune, og kostnadene blir lavere pr. bruker. Selv når døgnservice er innført, må en regne med at f. eks. de personene vi har brukt som eksempler, trenger noe individuelt organisert hjelp, f. eks. følge til lege, tannlege, på ferietur osv. En kan tenke seg nabohjelp eller støttekontakt brukt for å dekke sterkt funksjonshemmedes behov for hjelp over flere timer eller dager, en type hjelp som hjemmehjelpsordningen eller hjemmesykepleien vanskelig kan ta på seg.

Serviceboliger - stasjonær service

I Norge er det få serviceboliger med døgnservice, men slike finnes i Trondheim og Bergen.

Tonstadgrenda med 27 trygdeleiligheter er en del av Heimdalsbyen i Trondheim der det bor ca. 6 000 personer. Sytten av leilighetene er aldersboliger, og de fleste av disse ligger i andre etasje med trappeadkomst. Ti av leilighetene i første etasje er tilrettelagt for bevegelseshemmede og knyttet til en døgnservicesentral. I alle de ti leilighetene bor det rullestolsbrukere. Personalet holder til i en egen leilighet der det er toveis-kommunikasjon til brukerne. Det er lagt opp slik at også de 17 aldersboligene kan knyttes til dette kommunikasjons-systemet, men foreløpig er ikke dette realisert.

Tilgjengeligheten er ikke spesielt god i Heimdalsbyen. Det er ikke trappefri adkomst verken til aldersboligene i 2. etasje eller boligene i området ellers. Heimdalsbyen er omtrent en mil fra Trondheim sentrum. Transportordningen for

funksjonshemmede er forholdsvis godt utbygd i Trondheim kommune. Beboerne synes derfor ikke avstanden til sentrum er noe problem.

Det er en kommunal boligstiftelse som eier de 27 leilighetene i Tonstadgrenda. Av de ti tilrettelagte leilighetene er det sju toroms leiligheter på 57 m² og tre familieleiligheter på ca. 120 m². Beboerne i familieleilighetene er godt fornøyde med boligen. Flere av dem som bor i toroms-leilighetene ønsker seg mer plass, det er særlig kjøkkenet som er lite. Noen ønsker seg et ekstra soverom, og andre har behov for automatisk døråpner.

Fem av beboerne har service fast morgen, kveld og ellers etter behov. Et par andre trenger også mye hjelp, men bor sammen med noen de får hjelp av. For de sistnevnte er det viktig å ha servicepersonalet i bakhånd f.eks. når samboere er hjemmefra eller blir syke. Halvparten av beboerne kommer fra institusjon eller fra sitt foreldrehjem. Tre har arbeid eller går på skole.

Serviceordningen

Etter om lag et års drift ble serviceordningen endret både ut fra erfaringene en hadde høstet første året og for å spare penger. Den nye ordningen krever seks stillinger, én mindre enn tidligere.

Den første hjelperen begynner kl. 0700 og jobber til kl. 1400, neste arbeider fra kl. 0800 til 1500. Det andre skiftet som består av to personer, er på vakt henholdsvis fra kl. 1400 til 2000 og fra kl. 1600 til 2330. Det er sovende nattevakt som kommer kl. 2230. Tidligere hadde nattevakten aktiv vakt, men erfaringene har vist at det ikke er behov for dette.

Av de seks stillingene som er knyttet til serviceboligene i Tonstadgrenda, er det tre for hjelpepleiere, to for hjemmehjelpere og en for sykepleier, som også er daglig leder. Daglig leder har ingen stillingsinstruks, men oppfatter sin rolle hovedsakelig som administrativ. Hjelpepleierne og hjemmehjelperne yter den hjelpen det er behov for enten det er personlig hjelp eller husarbeid.

Døgnservicen i Tonstadgrenda er et prøveprosjekt, kostnadene deles likt mellom Trondheim kommune og Sør-Trøndelag fylkeskommune. Det er et eget styre for serviceboligene med to representanter fra kommunen, en fra fylket og en fra beboerne, samt arbeidstakerrepresentasjon.

Serviceboligene i Tonstadgrenda er i overensstemmelse med den modellen for serviceboliger vi har presentert tidligere. Brukerbehovene er tilfredsstillende, beboerne kan få hjelp når de trenger det og ventetiden er akseptabel. Beboerne har innflytelse over serviceordningen gjennom møtevirksomhet og deltakelse i styret. Det virker som en i Tonstadgrenda har klart å unngå at personalets rutiner styrer tilbudet til beboerne. Likevel er det nok klokt å være på vakt slik at brukernes behov fortsetter å komme i første rekke.

Kommunikasjonssystemet virker slik:

Når en hjelper er i en leilighet, trykkes det inn en knapp på en boks i entreen. Dersom en annen beboer ringer fra en annen leilighet, kommer beboerens nummer lysende fram på denne boksen. Videre kommer det en pipelyd, støtende eller vedvarende, avhengig om det ringes pr. telefon eller beboeren som vil ha hjelp har brukt snora.

Serviceboligene i Tonstadgrenda er integrert i et boligområde, men trygdeleilighetene ligger samlet. De andre leilighetene i området er ikke tilgjengelige for rullestolbrukere. Dette vanskeliggjør omgangen mellom beboerne. Sør-Trøndelag fylkeskommune skal bygge et bokollektiv i Tonstadgrenda, med åtte boenheter for sterkt bevegelses-hemmede. Planen er at personalet for serviceleilighetene skal flytte til bo-kollektivet, og at de da skal betjene både kollektivet og serviceleilighetene.

Fylket og kommunen skal forhandle om bemanning og fordeling av kostnader når bokollektivet står ferdig.

Når det gjelder Tonstadgrenda, spør vi oss om ikke ordningen med døgnservice kunne bygges ut slik at den kunne komme flere brukere i hele Heimdalsbyen til gode. Flere spesielt tilrettelagte boliger for funksjonshemmede står allerede ferdig, og noen av beboerne i disse leilighetene vil også ha bruk for hjelp.

I boligområdet Parkmöllan i Malmö gir serviceboligpersonalet også hjelp til personer i resten av bydelen.

Obertshaugen borettslag ligger i Fana, en del av Bergen kommune. Det er ca. 1 mil til sentrum og transport-ordningen for funksjonshemmede (Uføres bilsentral) har liten kapasitet, og det er lang ventetid når det gjelder fritidsreiser. Borettslaget ligger litt for seg selv med fire-fem eneboliger og har Nordåstunet (institusjon for bevegelseshemmede) som nærmeste nabo. Obersthaugen består av seks to-roms leiligheter på 80 m² og fire tre-roms på 100 m². Leilighetene har god planløsning, og beboerne er godt fornøyd. De er likevel enige om at det er for liten bodplass når en er avhengig av store hjelpemidler, og de poengterer behovet for bedre og flere opp-varmingsmetoder enn den eksisterende takvarmen. Arkitekten har tegnet rekkehus som er spennende både eksteriør- og interiørmessig. Hver leilighet har overbygd car-port foran inngangsdøren. Inngangsdøren kan åpnes automatisk, med fastmontert betjeningspanel på soverom (her i forbindelse med dørtelefon) og i entré. To leiligheter har seinere fått installert fjernstyrt døråpner, noe som reduserer faren for å bli innestengt i egen leilighet ved eventuelle uhell.

Det var meningen at Hordaland fylke skulle eie disse serviceleilighetene og disponere leilighetene til beboere som flyttet fra Nordåstunet. Fylket fant det imidlertid økonomisk umulig å overta leilighetene. I stedet organiserte beboerne seg som et borettslag tilknyttet Selegrend boligbyggelag. Selegrend boligbyggelag har som mål å integrere ulike beboergrupper (funksjonshemmede, flyktninger, eldre o.a.) i et bofellesskap hvor samtlige beboere har anledning til å delta i planlegging og utforming av sitt bomiljø gjennom ulike former for dugnadsarbeid.

Beboerne på Obersthaugen ser det som en fordel at de sammen eier boligene i et borettslag. Borettslaget har vedtekstfestet at leilighetene skal være forbeholdt bevegelseshemmede. Innskuddene er finansiert gjennom rente- og avdragsfrie lån fra Bergen kommune. I ni av ti leiligheter bor det rullestolbrukere. Av beboerne er syv under utdanning eller i arbeid.

Serviceordningen

På dagtid er det to hjemmehjelpere i bebyggelsen. De arbeider fra kl. 0800 til 1500 og gir både personlig hjelp og utfører husarbeid. Fra kl. 1500 til 1800 er det en hjemmehjelper som kan ta middagslaging, oppvask o.l hos et par av beboerne. Mellom kl 1800 og 2200 er det ikke servicepersonale i bebyggelsen, unntatt en dag i uken. Disse timene er fleksible og kan f.eks. brukes til byturer. Fra kl. 2200 til kl. 0800 er det nattevakt tilstede. Fire av beboerne bruker nattevakten fast.

Vakten hjelper tre av beboerne med kvelds- og morgenstell. To av beboerne trenger hjelp i løpet av natten til å snu seg i sengen. Samtlige beboere har anledning til å benytte nattevakten. Fem mannlige studenter deler denne jobben. Beboerne som bruker denne tjenesten mest, er også mannlige studenter og ser det som en stor fordel å ha hjelpere av samme kjønn.

Serviceordningen på Obersthaugen er lagt opp i nært samarbeid mellom beboerne og Fana distrikts sosialkontor. Beboerne slår fast at administrasjonen har vært svært hjelpsom og fleksibel i samarbeidet om døgnservice. En har fått til en god ansvars- og arbeidsfordeling mellom beboerne og sosialkontoret. Foruten å ha hånd om den daglige administrering av hjelpepersonalet, har beboerne fått bekreftet sin medinnflytelse ved engasjement av nytt personale. Dette foregår ved at beboerne selv finner fram til nye personer og anbefaler disse overfor administrasjonen, som foretar den formelle ansettelsen. Personalet er ufaglært, brukerne foretar selv opplæring og anviser om hvordan servicen best kan ytes i overensstemmelse med ønsker og behov. Etter fire års erfaring er beboerne stadig positive til denne organiseringen. De uttrykker et sterkt ønske om at denne organisasjonsformen må bli modell for andre og lignende prosjekt hvor opprettelse av stasjonær døgnservice er aktuelt.

Til sammen krever serviceordningen på Obersthaugen $3\frac{1}{2}$ stilling, fordelt likt på hjemmehjelp og nattevakt. I tillegg kommer en hjemmehjelp lørdag og søndag fra kl. 0830 til 1230. Alle er lønnet som hjemmehjelpere, og utgiftene er likt fordelt mellom budsjettet for hjemmesykepleien og hjemmehjelpen.

Obersthaugen skiller seg fra modellen for serviceboliger hovedsakelig på tre områder:

1. Det er ikke hjelpere tilgjengelig hele døgnet
 2. Hjelperne har ikke eget oppholdsrom
 3. Det er ikke noe internt kommunikasjonssystem.
-
1. Det er ikke personale på Obersthaugen fra kl. 1800 til 2200. Dette har beboerne vært med på å bestemme selv. Tre ganger i løpet av fire år har det virkelig vært bruk for hjelp i denne tiden, og da har de fått tak i hjelp i nabolaget. Beboerne er så langt villige til å ta denne sjansen.
 2. Personalet har ikke noe oppholdsrom. Hvis fylket hadde stått for driften, skulle personalet vært knyttet til Nordåstunet. Hjelperne oppholder seg slik det er nå, alltid inne hos en av beboerne. Nattevakten hviler hos den av

beboerne som oftest trenger hjelp om natten. Denne beboeren blir vekket hver gang en annen beboer ringer på nattevakten. Dette er en ulempe, men borettslaget har for tiden ikke økonomi til å bygge et ekstra rom for personalet.

3. Kommunikasjonen fungerer på den måten at beboerne til enhver tid vet hvor hjelperen er og ringer. Dette er ikke tilfredsstillende, og beboerne er i ferd med å finne fram til et kommunikasjonssystem som gir større sikkerhet.

Døgnservicen på Obersthaugen er svært uformelt organisert, men vårt inntrykk er at brukernes behov er godt ivaretatt, ikke minst fordi servicen er brukerstyrt i så høy grad.

Kostnader og historisk bakgrunn for serviceboliger i Norge

Servicen på Obersthaugen koster ca. kr 80.000 pr. bruker i året og betales av kommunen. I Tonstadgrenda kostet døgnservicen ca. kr 120.000 for hver bruker i 1983. Servicen i Tonstadgrenda koster altså $\frac{1}{3}$ mer enn på Obersthaugen. Til sammenlikning er kurprisen ved Nordåstunet, en langtidsinstitusjon for bevegelseshemmede, kr 220.000 pr. beboer pr. år. Tallene er ikke direkte sammenlignbare, kurprisen innbefatter også kost.

Fylkeskommunen var en viktig part både i forbindelse med organiseringen av Tonstadgrenda og Obersthaugen. Serviceboliger er et alternativ til institusjon, og det er derfor uklart hvilket økonomisk ansvar fylket har, og hva som er kommunalt ansvar. På Obersthaugen trakk fylket seg ut, og kommunen tok ansvaret. Tre brukere som allerede hadde en døgnserviceordning, arbeidet intenst for at Obersthaugen ikke bare skulle bli tilrettelagte boliger, men tilrettelagte boliger med døgnservice. I Trondheim var det et lokallag av Norges Handikapforbund, Handikappedes ungdomsklubb, som presset på for å få boliger med døgnservice. Her har fylket tatt på seg en del av det økonomiske ansvaret for driften.

Det som er felles er at det er noen få ildsjelers arbeid som har fått til de to norske serviceboligprosjektene. Vi trenger en framgangsmåte for organisering av serviceboliger og en modell for finansiering. Det er stor forståelse for behovet, men uklart om hvem som skal stå ansvarlig for hva. Kommunene har allerede ansvaret for å skaffe bolig til innbyggerne sine. Fylkene har ansvaret for langtidsinstitusjoner.

Serviceboliger avlaster institusjonsomsorgen. Det burde derfor være naturlig at fylkene deler utgiftene til døgnservice med kommunene.

Behovet for serviceboliger er mye større enn tilbudet. De serviceboligene som eksisterer og som vi har beskrevet, har en god brukermedvirkning i forhold til serviceboliger i Sverige og Danmark. Det ser vi som lovende for den videre utbyggingen.

Bokollektiver

Bokollektiv er foreløpig best utbygd for psykisk utviklingshemmede.

Forskjellige finansieringsmodeller er brukt, alt etter hvor mye hjelp beboerne trenger. Kommunen alene betaler kveldsvakt (Ibestad i Troms). Hvis det er behov for nattevakt eller bestemte fagfolk, dekker fylket det (Nes i Akershus). Bokollektiver med døgnservice defineres av myndighetene som institusjon og betales av fylkeskommunen (Arendal i Aust-Agder).

Ibestad kommune i Troms har et bokollektiv med seks utviklingshemmede beboere, hvor to og to deler leilighet. Boligen ligger i et større boligområde. Hver beboer har et rom på 25 m², og hver leilighet har fellesrom på til sammen ca. 35 m².

De som bor i kollektivet er på aktivitetssenteret om dagen.

Beboerne har noe hjelp om morgenen, om ettermiddagen og kvelden. Til sammen har de 71 timer hjelp i uken fordelt på hjemmehjelp og støttekontakt.

Kommunens samlede utgifter til dette bokollektivet er rundt én million kroner året.

I **Nes kommune** i Akershus er det to bokollektiv for psykisk utviklingshemmede, ett som Helsevesenet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) har ansvaret for, og ett som kommunen driver med noe støtte fra HVPU. Vi beskriver det siste her.

Bokollektivet er et stort rekkehus i et vanlig boligområde. Det har seks beboere mellom 20 og 45 år. Det er to kjøkkener og to bad fordi en av beboerne trenger eget kjøkken og bad. Om dagen går alle beboerne på en spesialskole i nærheten.

Fra begynnelsen var det minimalt med hjelp i bokollektivet. En av beboerne har en helt spesiell ordning med egne hjelpere. En regnet med at de andre beboerne kunne henvende seg til disse hjelperne om nødvendig, spesielt om natten. HVPU betaler én stilling som kommunen kan bruke som den vil. Kommunen bruker miljøassistenter som hjelpere.

Kommunen har funnet ut at det er litt lite hjelp i bokollektivet. Beboerne blir sittende mye hjemme. I det siste har en brukt støttekontakter for å bøte på dette. Det er nå to år siden beboerne flyttet inn. Sosialkontoret som administrerer bokollektivet, mener at det er behov for å gjøre en evaluering. Hensikten med evalueringen er både å forbedre det eksisterende tilbudet og høste erfaring for videre utbygging av denne boformen.

I **Arendal kommune**, Aust-Agder, er det fire bokollektiver som drives av HVPU. Ett av dem er i en eldre villa som fylkes-kommunen har kjøpt til dette formålet. Villaen ligger i et etablert boligområde.

Det bor seks psykisk utviklingshemmede i huset. De har hvert sitt rom og felles stue og kjøkken. Alle beboerne har et arbeidstilbud om dagen. Derfor er det ikke personale i huset om dagen, men minst en på vakt resten av døgnet. Personalet oppholder seg i stua når de ikke er opptatt på kjøkkenet eller med andre gjøremål.

Fylkeskommunen dekker utgiftene både til personalet, boligen og driften. Beboerne får utbetalt en liten del av sin pensjon akkurat som på tradisjonelle institusjoner.

Kommentar

Bokollektiver er en god løsning for mange som trenger mye hjelp eller tilsyn, og det er en stor forbedring fra tradisjonelle institusjoner. Et bokollektiv er fleksibelt på den måten at det kan bemannes ut fra beboernes behov, som en institusjon med døgnservice eller som en vernet bolig med service etter behov.

Vi kjenner bokollektiv som et botilbud til psykisk utviklingshemmede og personer som er utskrevet fra psykiatriske sykehus, men det er en god løsning både for andre grupper funksjonshemmede og eldre. Det planlegges et bokollektiv for sterkt bevegelseshemmede i Trondheim.

Integrering av boligen

At boligen er integrert i vanlig boligbebyggelse, er en av flere forutsetninger for integrering av funksjonshemmede og eldre i samfunnslivet.

Tradisjonelt har boliger for funksjonshemmede og eldre blitt skilt fra andre boliger, enten ved at de har ligget i en klynge for seg i et større boligområde, eller de har ligget helt for seg selv.

Tilrettelagte småhus og leiligheter er enklest å integrere i vanlig boligbebyggelse, men det går også an å integrere kategoribbygg, bokollektiver og langtidsinstitusjoner.

Småhus som bygges av funksjonshemmede og eldre på eget initiativ, blir naturlig integrert i vanlig bebyggelse. Men med en gang det er snakk om boliger beregnet på bestemte grupper, er det grunn til være på vakt. Svært ofte blir boligene for funksjonshemmede og eldre konsentrert i en del av området, noe som ikke fremmer integrering.

Leiligheter. Det er mange eksempler på at leiligheter i første etasje i blokk er gjort tilgjengelige, men at resten av leilighetene ikke er det. Rullestolbrukere kan da bare gå på besøk i de andre tilrettelagte leilighetene.

Hvis en spredte de tilrettelagte leilighetene, f. eks. én i hver etasje eller i hver oppgang, ville det kanskje også være lettere å forstå viktigheten av at alle boligene blir tilgjengelige. Heller ikke serviceboliger behøver nødvendigvis ligge samlet, men det bør være gang- eller sykkelavstand på maksimum 5-10 minutter mellom servicesentralen og boligene.

Kategoriebygg er mange leiligheter lokalisert i samme bygning. Leilighetene er som regel beregnet for en bestemt gruppe.

For noen år siden var det vanlig å bygge kategoribbygg. Nå er det mer vanlig å integrere leiligheter for funksjonshemmede og eldre, f. eks. plassere leiligheten i første etasje der det ikke er heis, eller en leilighet i hver etasje eller i hver oppgang.

Et bokollektiv bør integreres i boligmiljøet, noe en også har forsøkt å gjøre med de fleste bokollektivene vi kjenner her i Norge. Vi kjenner til eksempler på at kommuner har kjøpt eldre eneboliger og gjort om til bokollektiv. Et godt etablert bomiljø kan ha sine fordeler.

Det har flere steder skapt problemer å integrere psykisk utviklingshemmede og personer med psykiske problemer. Naboer har protestert når de er blitt orientert. Konsulenten for funksjonshemmede i Stavanger mente det var diskriminerende overfor funksjonshemmede "å advare" naboene. Hvilke andre enn funksjonshemmede blir utsatt for slik behandling? Stavanger kommune har sluttet helt med å forberede nabolaget, og de har ikke hatt noen klager etter det.

Langtidsinstitusjoner vil være bolig for mange funksjonshemmede og eldre i årene fremover, derfor er plasseringen av dem og størrelsen viktig. Institusjoner bør være små med 10-20 beboere, sentralt beliggende i byen eller et boligområde. Vi bør unngå store institusjoner isolert i "naturskjønne omgivelser" slik en bygde i første halvdel av dette hundreåret.

I de større byene er det blitt stadig vanligere å legge små langtidsinstitusjoner i første etasje i boligblokker. Et stort enkeltværelse med bad bør være minstestandard for beboere på langtidsinstitusjoner.

KAP. 6 DØGNSERVICE I DANMARK

I 1978 innførte Viborg kommune på Nord-Jylland mobil døgnservice med en kombinasjon av hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Sykepleierne er arbeidsledere. Viborg var den første kommune som innførte døgnservice i Danmark, siden har flere kommuner organisert liknende ordninger. I tillegg til Viborg skal vi i denne rapporten gjennomgå døgnservicetilbudet i Næstved (sør for København) og Fredriksberg.

Sykepleiernes fagforbund, Dansk Sykeplejeråd (DSR), er blitt en sentral instans i forbindelse med innføring av døgnservice fordi DSR og kommunene forhandler om lønns- og arbeidsforhold når det gjelder kvelds- og nattarbeid *). Sykeplejerådet mener at kombinasjonen sykepleiere/hjemmehjelpere er fin, og de har vært med på å forhandle fram en slik ordning i ca. 35 kommuner til nå. Ved utgangen av 1985 regner en med at dette tallet vil være betydelig større.

Et 10-talls kommuner har innført nattservice bare bemannet med hjemmehjelpere **), (eks. Fredricia, Tilsted). Det har etter hvert vist seg at det er behov for å trekke inn sykepleiere om natten i noen av disse kommunene. Dansk sykeplejeråd vil ikke inngå avtale om at sykepleiere skal kunne ha bakvakt (passiv vakt), noe enkelte kommuner har foreslått, men vil ha alle sine medlemmer i hjemmesykepleien på aktiv vakt. Dette er både et sykepleiefaglig spørsmål og et lønsspørsmål for DSR, og et spørsmål om økonomi for kommunene.

Det finnes kommuner som bare har sykepleiere om natten (f.eks. København). I noen kommuner (f.eks. Fredriksberg) er sykehjelpere (hjelpepleiere) trukket inn i ordningen.

Både i Næstved og Viborg har en bevisst holdt sykehjelperne (hjelpepleiere) utenfor ordningen. Begrunnelsen er at en får en klarere arbeidsfordeling med kombinasjonen syke-pleiere/hjemmehjelpere.

*) Den primære sundhedstjeneste. Aften- og døgnehjemmepleje, rapport 4, Dansk Sygeplejeråd, København 1983.

***) Døgnberedskap - hjemmehjelp, Sosialstyrelsen, København 1983

I f.eks. Næstved har det likevel vært røster for å få inn sykepleiere om natten. Denne typen kompetansestrid kan vel delvis forståes ut fra arbeidsledigheten i Danmark. I Norge har denne diskusjonen til nå ikke vært aktuell fordi vi har hatt mangel på både sykepleiere og hjelpepleiere i hjemmesykepleien.

Generelt er den åpne omsorgen godt utbygd i danske kommuner. Den viktigste årsaken til dette er at det brukes mer penger på hjelpeordningene til hjemmene enn f.eks. i Norge. I Næstved bor det omtrent like mange som i Drammen, likevel bruker Næstved tre ganger så mye penger til hjemmesykepleie. Forskjellen er enda større når det gjelder hjemmehjelp. Dette til tross for at Drammen i norsk sammenheng har forholdsvis godt utbygde hjelpeordninger.

Viborg

Viborg ligger på Nord-Jylland og har ca. 40.000 innbyggere. Fra 1978 har det vært en forsøksordning med døgnservice i kommunen. Da forsøket kom i gang, var det 900 registrerte brukere av hjemmehjelp og hjemmesykepleie. I 1982 var det ca. 2500 brukere fordelt på rundt 2000 husstander, i mange hjem er det to brukere. Det er ingen ventetid for å bli registrert som bruker. De fleste brukerne er eldre mennesker, og en mindre gruppe er personer med psykiske problemer. Mellom 10 og 20 av brukerne er yngre, sterkt bevegelseshemmede. I denne gruppen er det noen som har kunnet flytte ut fra institusjon eller selvstendigjort seg fra foreldrene på grunn av døgnservicetilbudet.

Det er ansatt 320 hjemmehjelpere som utgjør 200 hele stillinger. De fleste hjemmehjelperne er deltidsansatte kvinner med fra fire til seks timers arbeidsdag. Kommunen har mange søkere til ledige stillinger. Alle hjemme-hjelperne får en syv ukers grunnutdanning, og det er senere anledning til å ta suppleringskurs, men kapasiteten er liten og ventetiden lang.

Kommunen har 50 sykepleiere i ambulant tjeneste. Av disse er 10 tilsynsførende, som vil si at de blant annet vurderer brukernes behov for hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie.

Det er hjemmesykepleiekontoret som er hjelpernes sentral og hvilerom. Dit ringer brukerne i kontortiden. Etter kl. 16.00 er det brannvakten som overtar som kommunikasjonsentral. Brannvakten gir beskjedene videre til vakthavende sykepleier som bestemmer om hjemmehjelper eller sykepleier skal ta oppdraget. Hjelperne disponerer seks biler med mobiltelefon. I tillegg har de bærbare apparater som kan brukes i private biler.

Lengste avstand de må kjøre i Viborg kommune er 18 km, vanlig kjørelengde er 6-7 km. Tre av fire brukere bor i bykjernen.

Det er 80 brukere som har så stort behov for rask hjelp at de har fått installert alarm. Det vil si en alarmknapp, f.eks. ved sengen og på badet. Ved bruk av alarm kan en regne med å få hjelp innen et kvarter. Ellers kan ventetiden komme opp i en halv time.

Selve døgnservicen består av to sykepleiere og to hjemmehjelpere som har vakt fra kl. 15.00 til 23.30, og en sykepleier og en hjemmehjelper på nattevakt fra kl. 23.15 til 07.45 neste dag.

Foruten at døgnservicen er en stor forbedring for hjemmeboende eldre og funksjonshemmede, har omleggingen til døgnservice ifølge sykepleiesjefen hatt følgende virkninger:

- Det er ingen venteliste til pleiehjemmene i Viborg
- Personer med mindre skader kan utskrives fra sykehusets skadestue samme dag, en unngår innleggelse.
- En kan noen ganger unngå innleggelse i psykiatriske sykehus.
- I forbindelse med småoperasjoner kan utskriving skje tidligere, fordi hjemmesykepleien overtar noen av sykehusets funksjoner.

I kommunen er det 18 tilrettelagte leiligheter med noe fast tilknyttet service, men ingen serviceboliger med døgnkontinuerlig vakt. Viborg kommune satser altså nesten utelukkende på mobil service og mener å ha spart betydelige midler gjennom dette.

Brukererfaring

Vi har snakket med en av brukerne i Viborg som er en yngre, sterkt bevegelsehemmet kvinne. Hun bodde i en tilpasset enebolig ca. 12 km utenfor byen. Hjelpeordningen hennes er fire timer hjemmehjelp hver morgen på hverdager. Hjemmehjelpen hjelper henne opp av sengen, med toalettbesøk, vasker klær og forbereder middag. Denne brukeren er på arbeid fra kl. 1200 til 1600.

Kl. 1400 kommer det en hjelper til henne på jobben for å hjelpe henne på toalettet. Hun kjører egen bil til og fra arbeidet. Etter arbeidstid og i helgene er det vanligvis mannen hennes som hjelper henne, men hun kan bruke døgnservicen når hun har behov for det. Når mannen er bortreist, bruker hun døgnservicen til alt. Hun sier: "Alt må foregå mer regelmessig når jeg er alene og bare har de kommunale ansatte hjelperne å støtte meg til, men jeg er veldig glad for at vi har denne muligheten her i kommunen."

Næstved

Næstved er en bykommune sør for København, med ca. 45 000 innbyggere. Næstved har hatt døgnservice fra mars 1982. Før den tid var det mulig å få hjelp fra kl. 0700 til 2130. Fra kl. 1800 til 2130 var det hjemmehjelpere på vakt som gikk i faste besøk. Deres erfaringer med behovet for service senere på kvelden og om natten var medvirkende til opprettelsen av døgnserviceordningen. De gode resultatene fra Viborg spilte også en rolle i politikernes vurdering.

Ordningen i Næstved fungerer slik: Kommunen er delt i fire distrikter. Om ettermiddagen og kvelden fram til kl. 2400 er det to sykepleiere og fire hjemmehjelpere på vakt. I tillegg er ni hjemmehjelpere i arbeid fram til kl. 2200. Disse har faste avtaler. Om natten er det en sykepleier og to hjemmehjelpere i arbeid.

Det ble ikke informert noe særlig om døgnservicetilbudet da det ble opprettet. Kommunen var redd for at etterspørselen av tjenester skulle overstige kapasiteten. Dette førte til at første kvelden og natten døgnservicen var i gang, kom det ingen henvendelser. Men i løpet av 1982 steg etterspørselen jevnt både når det gjelder faste besøk og akutt hjelp på kveld og natt.

Som i Viborg går beskjedene via hjemmesykepleiekontoret på dagtid, og via brannstasjonen om kvelden og natten. Brannstasjonen gir beskjed til tilsynsførende sykepleier som vurderer hvilken hjelp som skal ytes. Døgnservicen i Næstved omfatter eldre, somatisk syke og bevegelseshemmede. Tidligere psykiatriske pasienter har en egen ambulans ordning gjennom det regionale psykiatriske sykehuset.

En del trygghetsbesøk til eldre personer inngår i tjenesten. I begynnelsen stilte hjelperne seg litt skeptisk til hvor nødvendige disse oppdragene var. Etter en tid så de imidlertid at de eldre ble tryggere og etter hvert greide seg bra uten slike besøk.

Hjemmehjelperne arbeider i grupper på fire som avløser hverandre. Dette anses som et godt system, både fordi brukerne vet hvem som er på vakt og fordi hjelperne blir bedre kjent med hverandre og dermed jobber bedre sammen.

Det er ikke mange av hjemmehjelperne som har hel stilling. I gjennomsnitt arbeider de 24 timer i uken. Hjemmehjelperne har en garantilønn. Sykepleiesjefens inntrykk er at hjemmehjelpernes status er blitt bedret. De er nå bedre

organisert og ser på seg selv som en viktig yrkesgruppe. Arbeidsstokken er stabil og det er mange søkere til hver stilling slik at det er mulig å velge hjelpere som har relevant praksis fra før.

Inkludert kjøp av biler og kommunikasjonsutstyr regnet en med at døgnservicen første året ville koste fem millioner kroner mer enn den gamle service-ordningen.

Landsforeningen af vanføre (tilsvarende Norges Handikapforbund) eier en blokk med 94 boliger i Næstved. Engparken, som bygget heter, tilrettelegger selv hjemmehjelpstilbudet. Serviceboligene har stasjonær døgnservice, men kan også bruke det mobile tilbudet. All service i Engparken er en del av kommunens åpne omsorg.

Brukererfaring

Vi snakket med en yngre, sterkt bevegelseshemmet kvinne som synes døgnservicen var en stor forbedring. Hun bor i en vanlig leilighet som er ombygd for hennes behov. Hun kunne nå f. eks. ringe når hun ville legge seg og regne med at hjelperen var der mellom en halv og en time senere. Ellers la hun vekt på at "sikkerhetsnettet aldri måtte bli så finmasket at en aldri kan falle igjennom". Det ville etter hennes mening gå ut over brukerens privatliv og selvstendighet.

Vurdering av døgnservicen i Næstved etter ett års drift

Amtkommunernes og Kommunernes Forskningsinstitutt (AKF) har gjennom en større undersøkelse fulgt innføringen av døgnservice i Næstved det første forsøksåret.*)

Noe av de viktigste resultatene fra undersøkelsen:

I løpet av første driftsår ble det avlagt 56.000 besøk av sykepleiere og hjemmehjelpere fra kl. 1530 om ettermiddagen til 0730 neste morgen. Av disse var 54.000 besøk planlagte, 2000 var akutte, dvs. oppkalt via brannstasjonen. Etter kl. 2400 ble det avlagt til sammen vel 4.300 besøk. Av disse var 3.700 planlagte besøk og 600 akutte besøk, dvs. i gjennomsnitt omtrent to akutte eller ikke planlagte besøk pr. natt.

*) Eigil B. Hansen og Rud Werborg: "Døgnhjemmepleien i Næstved I, ressurser og aktiviteter", AKF forlag København 1983.

Antall brukere av kvelds- og nattdøgnservicen steg jevnt hver måned i undersøkelsesperioden, fra 149 personer i mars 1982 til 265 i januar 1983, en økning på 78%. Stigningen var størst i gruppen eldre mellom 65 og 79 år. Stigningen var mindre i gruppen over 80 år, og det skyldes antakelig at de fleste i denne gruppen med hjelpebehov, allerede var med i ordningen fra starten.

Det er også en klar stigning i gruppen under 65 år som skyldes at flere uhelbredelig syke, takket være døgnservicen, kunne være hjemme i stedet for å ligge på sykehus.

Behovet for assistanse fra hjemmehjelpere har økt mer enn behovet for sykepleiere. Det viser seg at det er behov for hjelp til toalettbesøk, hygiene, av- og påkledning og hjelp til å komme i og ut av sengen som har økt mest, og dette er hjemmehjelpernes arbeidsområde i Danmark. Antall besøk som gjelder rene sykepleiefaglige gjøremål, har stabilisert seg i løpet av første forsøksår. Antall tilsynsbesøk eller trygghetsbesøk har også stabilisert seg.

Siden behovet for praktisk, personlig hjelp, særlig på kveldstid har steget mest, er det behov for én hjemmehjelper mer på sen kveldstid.

Av de i alt 56.000 besøkene på ettermiddag, kveld og natt, utføres 46.000 av hjemmehjelperne, 7.000 av sykepleierne og resten av kombinasjonen hjemmehjelper/sykepleier sammen.

Undersøkelsen viser at halvparten av besøkene tar under et kvarter, 40% mellom et kvarter og en halv time og 10% over en halv time.

Hjemmehjepsbesøkene tar lengre tid enn sykepleiebesøkene, 34% av alle sykepleiebesøk gjelder injeksjoner som tar under et kvarter å utføre.

Personalet i døgnservicen ble spurt om hvordan de syntes ordningen fungerte etter ett år. I hovedsak vurderes ordningen som god, men det fremkom forslag til endringer. Flere ga uttrykk for at ordningen med beskjeder via brannstasjonen ikke var tilfredsstillende. Brannfolkene kan ut fra taushetsplikten bare gi beskjed om hvem som trenger hjelp, ikke hva det gjelder. Vakthavende sykepleier har på denne måten problemer med å prioritere mellom akutte og mindre akutte behov for hjelp. Dersom det var direkte kontakt mellom sykepleier og bruker, kunne noen henvendelser løses over telefon. Det er derfor forslag i Næstved om å ha en sykepleier på sentralen som kan ta imot henvendelser.

Hjemmehjælperne på sen kveldstid har ikke radioutstyr og ønsker seg dette. Noen av sykepleierne ønsker å få med sykehjelpere (hjelpepleiere) i ordningen, mens hjemmehjælperne gir uttrykk for at de er fornøyde med kombinasjonen sykepleiere/hjemmehjelpere.

Det kommer også fram en rekke forslag for å bedre samarbeidet mellom de ulike faggruppene og de ulike skiftene i undersøkelsen. (Økonomi s. 74.)

Orientering til innbyggerne i Næstved om døgnservicen:

Hvilke muligheter har De for at få hjelp og pleje hjemme?

DE TILBYDES: HJEMMEHJÆLP
SYGEPLEJE
ERGOTERAPI
FYSIOTERAPI
DAG – AFTEN – NAT

Hvordan brukes disse tilbud?

HJEMMEHJÆLP

De kan få hjelp til huslige oppgaver og personlige fornødenheter.

De vil med mellomrum få besøg af en tilsynsførende sygeplejerske, som i samråd med Dem vil vurdere Deres behov for hjemmehjælp fremover.

Deres socialindkomst er afgørende for, om De skal betale for hjemmehjælp.

Hvis der opstår uforudsete problemer, kan De kontakte kontoret for hjemmehjælp.

Mandag–torsdag	kl. 8,00–16,00	} Tlf. 73 02 33
Fredag	kl. 8,00–13,30	
Fredag	kl. 13,30–16,00	} Tlf. 72 07 91
Lørdag–søndag og helligdage	kl. 8,00–16,00	

Alle ugedage kaldes hjemmehjælp over brandstationen kl. 16,00–8,00 Tlf. 72 08 05

SYGEPLEJE

De kan få hjælp af en sygeplejerske i Deres hjem til sygeplejefaglige opgaver og vejledning. Sygeplejersken samarbejder med Deres praktiserende læge.

Såfremt De selv har mulighed for transport, kan De få behandling af en sygeplejerske på sygeplejeklinikken Mosevej 12, der er åben mandag–fredag kl. 14,00–17,00.

Sygepleje og behandling på sygeplejeklinikken er gratis. Sygeplejerskernes kontor:

Mandag–fredag kl. 8,00–16,00 Tlf. 72 07 91

Alle ugedage kaldes sygeplejersker over brandstationen kl. 16,00–8,00 Tlf. 72 08 05

ERGOTERAPI

De kan få besøg af en ergoterapeut i Deres hjem, hvis De har behov for hjælpemidler og/eller tilpasning af Deres bolig for at komme til at fungere bedst muligt.

Ergoterapeuten vil i samråd med Dem vurdere Deres behov og medvirke til, at ændringer bliver udført.

Deres socialindkomst er afgørende for, om De skal betale for hjælpemidler.

Kontoret for ergoterapi:

Mandag–torsdag	kl. 8,00–16,00	} Tlf. 73 02 33
Fredag	kl. 8,00–13,30	

FYSIOTERAPI

På nuværende tidspunkt er der ikke ansat en fysioterapeut i kommunen.

Ved pludselig opstået sygdom aften og nat kontaktes lægen.

Alle ugedage kl. 16,00–8,00 { Lægevagten Tlf. 72 80 80

Fredriksberg

Fredriksberg kommune er en del av Stor-København med 88.000 innbyggere. Kommunene har en prosentvis høyere andel av personer over 65 år enn gjennomsnittet for landet. Fredriksberg har hatt kveldsvakt i hjemmepleien til kl. 2030 fra 1970. Fra 1983 ble det innført døgnservice som en permanent ordning helt fra starten.

Hjemmepleien er inndelt i 19 dagdistrikter, tre kveldsdistrikter og ett natt-distrikt. Ett distrikt bemannes med én sykepleier og én sykehjelper (hjelpepleier). I tillegg kommer 800 hjemmehjelpere som er fordelt på distriktene.

Fra kl. 1500 til 2300 er tre sykepleiere og tre sykehjelpere i arbeid. I tillegg kommer seks hjemmehjelpere som tar seg av faste besøk om ettermiddag og kveld. Disse er også med og hjelper brukere i seng om kvelden. Hjemmehjelperne yter hjelp bare etter faste avtaler, hjemmesykepleierne tar også uforutsette behov.

Behovene for hjelp om natten har økt slik at det fra våren 1985 blir to natt-distrikter med fire personer i arbeid.

Kommunen har satset mye på utbygging av alarmer. Nærmere 800 eldre og funksjonshemmede har trygghetsalarm. I kontortiden går alarm og telefonhenvendelser til hjemmepleiens vaktstue, om kvelden og natten er brannstasjonen kommunikasjonsentral. Brannfolkene rykker selv ut ved alarm, i motsetning til i Viborg og Næstved, hvor brannstasjonen bare formidler beskjeder videre til sykepleierne. Brannfolkene i Fredriksberg hjelper brukerne dersom det ikke er behov for assistanse fra hjemmepleien, lege eller sykehus.

Personalet på kvelds- og nattskift har bærbare radiosendere, og de disponerer kommunale biler som vedlikeholdes på brannstasjonen.

Følgende grupper kan rekvirere kvelds- og nattservice:

Alle brukere som har dagpleie, leger på hospital og skadestue (legevakt) og privatpraktiserende leger i kommunen.

I 1984 kostet hjemmehjelpsordningen 86 mill. kroner. Den ga samtidig 3 mill. kroner i inntekter til kommunene. Hjemmesykepleien kostet 17 mill. kroner totalt, derav 3 mill. kroner for kvelds- og nattservicen.

I kommunen er det en boligblokk med 63 leiligheter som er tilpasset rullestolbrukere. Boligene tilhører et privat boligselskap, men det er kommunen som står for tildeling av leilighetene til funksjonshemmede søkere. Beboerne har stasjonær service som bemannes fra hjemmepleien. På dagen er det én sykepleier, to

hjemmehjelpere og én portør i arbeid, om kvelden én sykehjelper og en portør. Om natten er hjelpen basert på den mobile servicen. Alarmene i disse leilighetene er, som for de andre brukerne i kommunen, knyttet til hjemmepleiens vaktstue på dagen og kvelden og til brannstasjonen om natten.

KAP. 7 DØGNSERVICE I SVERIGE

I Sverige har en satset mest på serviceboliger fram til nå. Først byggd en egne servicehus for funksjonshemmede, men i de siste årene er det blitt mer vanlig å integrere serviceboligene i den vanlige boligbebyggelsen, både for funksjonshemmede og eldre.

Nå satses det på mobil døgnservice også i Sverige. Regjeringen har bevilget 30 millioner kroner til forsøk med mobil døgnservice i svenske kommuner. I dag er det i gang 60 forsøksprosjekter som til sammen har fått ca. 10 millioner kroner i statlig støtte.

Vi skal beskrive serviceboligenhetene i Malmö (Parkmöllan), Linköping (Stolplyckan), Lund (PK-huset) og mobil døgnservice i Ulricehamn kommune.

Serviceboliger

I Sverige er det ca. 1500 serviceboliger for sterkt bevegelseshemmede. Initiativet ble tatt i 1965 da stiftelsen Fokus samlet inn 11 millioner kroner gjennom TV-aksjonen Røde Fjær. For disse midlene ble det bygd 13 service-boliganlegg med 300 leiligheter rundt omkring i landet. Kommunene har etter hvert overtatt ansvaret for disse boligene. De ansatte er vanligvis utdannet "vårdbitråde", en utdanning som tar 23 uker og er innarbeidet i den videregående skolen. Denne yrkesgruppen blir opplært til både å yte personlig hjelp og gjøre husarbeid.

Parkmöllan

Parkmöllan er et boligområde i Malmö med 210 leiligheter, hvorav 55 er for alderspensjonister og 10 serviceboliger for bevegelseshemmede. Serviceboligene og pensjonistboligene ligger spredt rundt i området, og alle de andre leilighetene i området er også tilgjengelige for rullestolbrukere. De spesielt tilrettelagte boligene er rommelige toromsleiligheter på 76 m². Kjøkken og bad er innredet for rullestolbrukere. Alle dørene i boligene kan åpnes automatisk. Ved å trykke på en knapp som er festet rundt håndleddet, kommer beboerne i kontakt med personalet. Alderspensjonistene kan også få hjelp av personalet. Det samme personalet hjelper også ca. 50 eldre og funksjonshemmede som bor i en omkrets av 5 km rundt Parkmöllan. Til dette arbeidet disponerer de to biler. Personalet kan tilkalles etter behov hele døgnet. De fleste ansatte er kvinner som er utdannet "vårdbitråde". Personalet i Parkmöllan er svært stabilt.

Det er mange tilbud til funksjonshemmede og eldre i Parkmöllan, f. eks. kantine og ulike fritidsaktiviteter. Servicepersonalet deltar også i arbeidet på kantinen når de har tid og det er behov for ekstra innsats. En forsøker å være fleksible både når det gjelder personalets arbeidsområde og service overfor beboerne, noe som i virkeligheten henger nøye sammen.

Det er syv boligområder med servicesenter av samme type som Parkmöllan i Malmö kommune, og det er konkrete planer om å bygge flere. Dette tilbudet er så godt at det ikke har vært nødvendig å bygge aldershjem i kommunen siden 1972. Av de 10 som bor i serviceleiligheter i Parkmöllan kom tre fra institusjon og to hadde bodd sammen med foreldre. Halvparten har lønnet arbeid. De beregningene en har gjort på Parkmöllan, viser at servicebolig der koster langt mindre enn plass på langtidsinstitusjon.

Brukererfaring

En bevegelseshemmet kvinne vi snakket med la vekt på at personalet ikke lenger er delt inn i ulike yrkesgrupper som har ansvaret for forskjellige arbeids-oppgaver. Dette har gjort servicen vesentlig mer fleksibel, mente hun. Sykepleiefaglærte yrkesgrupper inngår ikke i personalet. Hun understreket at en må skille mellom praktisk hjelp som er nødvendig på grunn av funksjonshemning, og sykepleie som det er behov for under sykdom.

På Parkmöllan har en gått bort fra faste avtaler bortsett fra til husarbeid. Alle må si ifra selv når de trenger hjelp. Beboerne må bruke vekkeklokke for å komme opp til en bestemt tid som alle andre. De som skal på skole eller arbeid, blir prioritert om morgenen. Om kvelden blir det ofte lang ventetid fordi mange vil legge seg når TV-programmet er slutt.

Til tross for at det kan bli ventetid, foretrekker beboerne dette systemet fordi de selv kan bestemme over sitt liv, sa hun vi snakket med. Beboerne får ikke hjelp til middagslaging utover oppvarming av ferdig middag. De som ikke klarer å lage mat, må spise i kantinen. Hvis det er ledig tid, kan beboerne få med seg en hjelper for å spise ute, handle, gå på kino o.l.

Informanten vår mente at det er uheldig å blande eldre og funksjonshemmede, fordi disse gruppene ikke har annet felles enn behov for praktisk hjelp. Hun syntes taushetsplikten var et problem; jo flere leiligheter som er knyttet til ett personale, jo lettere har det for å oppstå rykter og bli snakk. Dette kan minne om uheldige sider ved livet på institusjoner.

Stolplyckan

Stolplyckan er et nytt boligområde i Linköping med tilsammen 184 leiligheter, fordelt på tre hus som varierer mellom tre og syv etasjer. Det er 35 trygdeleiligheter og ni leiligheter for bevegelseshemmede med tilgang på døgnservice. Alle boligene i området er tilgjengelige med rullestol.

Stolplyckan har et kollektivhus med 2000 m² fellesareal i første etasje. Halvparten av dette arealet er tatt fra beboernes leiligheter, resten har kommunen finansiert for å drive barnehage og tiltak for eldre og funksjonshemmede. Hver dag serveres det varm mat i kantinen, og det er aktivitet i de ulike verkstedene og hobbyrommene. Om kveldene og i helgene bruker alle beboerne fellesarealet.

Døgnservicepersonalet oppholder seg i et vaktrom når de ikke er ute på oppdrag i leilighetene. Det er toveiskommunikasjon mellom beboerne og hjelperne. Hvis hjelperne er inne hos noen av brukerne, må de tilbake til vaktrommet for å se hvem andre som trenger hjelp. Dette er tungvint, derfor er de allerede i gang med å skaffe seg et bedre kommunikasjonssystem. Ventetiden for å få hjelp er kort. Bortsett fra etter kl. 0200 om natten, er det alltid to på vakt.

I Linköping er det også mulig å få sykepleiefaglig hjelp hele døgnet fra en ambulansesykepleie-tjeneste ved sykehuset. Denne ordningen benytter noen av beboerne i Stolplyckan seg av.

Brukererfaring

Vi har snakket med to av beboerne på Stolplyckan, en mann og en kvinne. Begge hadde i tillegg til den stasjonære servicen også hjelp utenfra, fra hjemmesykepleie og hjemmehjelp.

Mannen vi snakket med var i begynnelsen av 20-årene. Han var akkurat ferdig med gymnaset og håpet å få seg jobb. Han likte seg godt på Stolplyckan selv om planløsningen av leiligheten ikke var særlig god for hans spesielle behov. Rullestolen hans var blant annet så lang at han ikke fikk snudd på kjøkkenet.

Han hadde hjemmesykepleie fra sykehuset fordi han trenger kvalifisert sykepleie. Han syntes det var betryggende å vite at selv om han skulle bli ganske syk, ville han likevel slippe å bli innlagt på sykehus.

Han sa at den stasjonære servicen virket bra, og det var sjelden noen særlig ventetid. Det eneste han stilte spørsmål ved var om de samme burde ha ansvar for både personlig hjelp og husarbeid. Selv syntes han det ble brukt for mye tid på husarbeid i forhold til personlig hjelp.

Kvinnen vi snakket med bor sammen med mannen sin og to små barn. De syntes leiligheten på tre rom og kjøkken var i minste laget for dem. Det tok lang tid før det ble ordnet slik at hun kunne komme ut på terrassen uten hjelp, men nå er dette i orden.

Mannen er i fullt arbeid, og hun kan ikke være alene med de to små barna hele dagen. De har hjemmehjelp åtte timer om dagen. Denne ordningen fungerte bra. Ellers brukte hun servicen i huset og var fornøyd med den, bortsett fra de gangene hun måtte på WC om natten. Da er det bare en på vakt og hun må vekke mannen. Det må være to for å løfte henne.

PK-huset

PK-huset er en forretningsgård i Lund sentrum med 22 boliger. Fem av disse er service-leiligheter på ca. 70 m². Det var ikke planer om serviceboliger i huset fra begynnelsen av. Dette er noe av årsaken til at serviceleilighetene ligger samlet i en korridor, og at de andre leilighetene i huset ikke er tilgjengelige med rullestol. Personalet disponerer en leilighet i huset. De kan tilkalles via hustelefonen eller et alarmsystem som er installert i alle rom. Personalkostnadene er kr 170.000 pr. leilighet i året. Kostnadene deles likt mellom kommunen og länsstyrelsen. Beboerne betaler ingenting for servicen. Det er kommunen som eier leilighetene.

Brukererfaring

Beboeren vi snakket med er sterkt bevegelseshemmet og blind. I all hovedsak var han fornøyd med både bolig og service. Ventetiden for å få hjelp oversteg sjelden fem minutter. At serviceboligene er samlet i en etasje, og resten av leilighetene ikke er tilgjengelige for bevegelseshemmede, skåper et visst institusjonspreg og avstand til de andre beboerne. Beboeren er aktiv i kommunepolitikken og funksjonshemmedes interesseorganisasjoner. Han trenger hjelp til svært uregelmessige tider fordi han ofte er på møter, og av og til sitter han og arbeider langt utover kvelden. Transportsystemet er så godt utbygd at han kan reise fra Lund til Stockholm uten å ha med seg egen hjelper.

Han understreket hvor viktig det er å spre serviceboliger i bebyggelsen. Ellers mente han at serviceboliger skulle være et kommunalt ansvar, ikke et fellesansvar mellom kommune og länsstyrelse. Länsstyrelsen i Sverige har i likhet med fylkeskommunene i Norge ansvaret for institusjonsomsorgen. Kostnadsdelingen er med på å understreke forskjellen mellom funksjonshemmede og ikke-funksjonshemmede, mente han.

Mobil døgnservice - Ulricehamn kommune

Ulricehamn er en landkommune i Vest-Sverige med ca. 22 000 innbyggere. Sjukvårdstyrelsen i Alvsborg län (fylke) tok i 1980 kontakt med Ulricehamn med forespørsel om kommunen var interessert i å etablere en forsøksordning med mobil døgnservice. I april 1981 var kommunen og fylket enige om et forsøksopplegg. Etter to år ble serviceordningen evaluert og gjort permanent.*)

Etterspørselen etter sykepleietjenester har økt mye. Det ble ansatt to ekstra hjelpepleiere det første forsøksåret og to til i det andre året. Første året var det to hjelpepleiere som hadde hjemmevakt, andre året hadde to hjelpepleiere aktiv vakt. Personalet er stasjonert på den kommunale vaktsentralen når de ikke er ute i oppdrag. Når de er ute i oppdrag, har hjelperne personsøker på seg og ringer vaktsentralen tilbake på vanlig telefon når de kalles opp. Nattevaktene arbeider fra kl. 2000 til 0700 morgen.

Ulricehamn kommune er delt inn i fem hjemmehjelpsområder, to i kommunesentret og tre i andre bygdesentre. Hjemmehjelperne arbeider i selvstyrte grupper, lederansvaret går på omgang. Lederen arbeider på kontoret mellom en og to timer om dagen. Denne organisasjonsformen har bedret samarbeidet mellom hjemmehjelperne og styrket yrkesforankringen.

Hjemmehjelpernes arbeidsområde ble utvidet fra stort sett å dreie seg om husarbeid til også å omfatte praktisk, personlig hjelp. De hjemmehjelperne som til da bare hadde utført husarbeid, var i begynnelsen redde for utvidelsen av arbeidsområdet. Etter hvert som tilbudet om kurs for hjemmehjelpere med utvidet arbeidsområde er bygd ut, er hjemmehjelperne blitt mer fortrolige med nye arbeidsoppgaver. De ser det som en utfordring å få mer ansvar.

Det var en positiv konsekvens av utbyggingen i den åpne omsorgen i Ulricehamn at sykehjemskøen forsvant. I 1981 var det tre brukere som trengte like mye assistanse som en gjennomsnittlig sykehjems-beboer, i 1982 var det økt til sju personer og i 1983 til 15 personer. Antallet ble altså femdoblet på to år.

Det var 17 alvorlig syke (døende) mennesker som fikk hjelp av hjemmesyke-pleiere og hjemmehjelp slik at de kunne være hjemme i stedet for på sykehus.

I Ulricehamn er det 375 trygdeboliger med noe service tilknyttet. Boligene er fordelt på syv bygninger. I de to nyeste bygningene er det små leiligheter, resten

*) "Primus-rapporten, erfaringer från två års försöksverksamhet", Alvsborg läns landsting og Ulricehamn kommun, Nov. 1983.

er rom ev. med toalett. Noen av trygdeboligene har personale på vakt hele døgnet, men også der kan de trekke inn den mobile servicen om det skulle være nødvendig.

Utgiftene til den utvidede serviceordningen var ca. én million kroner pr. år. Nattpatruljen kostet 620 000 kroner i lønnsutgifter (vel 3,5 stillinger) og 50 000 kroner i bilhold.*)

For dem som trengte mest hjelp, kostet døgnservicen 200 kr i døgnet, gjennomsnittskostnadene for alle brukerne var 164 kr pr. døgn (1983).

Brukerne og pårørende sier at nattpatruljen sammen med trygghetstelefon, har ført til at de nå føler seg tryggere. De vet at det er noen som kommer hvis det er behov for det.

Konklusjonen fra forsøket med nattpatruljen er at det er et helt nødvendig komplement til den øvrige eldreomsorgen. (Yngre brukere nevnes ikke i rapporten fra Ulricehamn.) Styringsgruppen for forsøket i Ulricehamn foreslår to forbedringer av døgntjenesten:

- Det er behov for en sykepleier på vakt til kl. 2000. På den måten kunne informasjonen til nattevaktene også bli bedre.
- Nattevaktene burde ha kommunal tjenestebil og mobiltelefon i tillegg til personsøker.

De som arbeider med døgnservicen i Ulricehamn, ville vite hva brukerne mener om servicen. Det ble bestilt en intervjuundersøkelse fra Universitetet i Göteborg. To hovedfunn fra denne undersøkelsen skiller seg ut:

- Målsettingen hadde vært at brukerne skulle være med å planlegge sin egen serviceordning. En fjerdedel av brukerne mente at de ikke hadde fått anledning til det.
- Hele 61% visste ikke hvilke ytelser de hadde krav på.

Dette oppfatter styringsgruppen for forsøket som alvorlig kritikk av den åpne omsorgen. Det er viktig at hjelperne, de som arbeider nærmest brukerne, kan informere om de ulike hjelpeordningene og sette dem i kontakt med rette instans.

*) "Nattpatruljen i Ulricehamn. Det första verksamhetsåret", Alvsborg läns landsting og Ulricehamn kommun, juli 1984.

KAP. 8 ØKONOMI

Når det gjelder botilbud og service for funksjonshemmede og eldre står problemet "hvem skal betale for hva" sentralt. Ansvarsfordelingen er som vi har nevnt før, at kommunene skal sørge for dem som bor selvstendig, både med hensyn til bolig og bosome, mens fylkene har ansvaret for dem som bor i institusjon.

Vi skal i dette kapitlet drøfte økonomi i forhold til

- ansvarsfordeling mellom fylkeskommunene og kommunene
- kostnader for serviceboliger og mobil service
- brukernes egenandeler for hjemmehjelp
- forslag til finansieringsmodell for serviceboliger

Opplandsmodellen - ansvarsfordeling mellom fylkeskommunene og kommunene

Hjemmesykepleien i Oppland er noe bedre bemannet enn landsgjennomsnittet. Fylkeslegen har likevel sagt at dersom hjemmesykepleien skal kunne bli et reelt alternativ til institusjonsinnlegging, må antall hjemmesykepleiere økes.

Ifølge Oppland fylkeskommunes helse- og sosialplan for 1984 - 2000, er det nødvendig å bygge ut døgnjeneste i hjemmesykepleien.*)

Når det gjelder hjemmehjelpstimer pr. bruker over 70 år, ligger Oppland høyere enn landsgjennomsnittet. Dette betyr at hjemmehjelpsordningen er godt utbygd sammenliknet med resten av landet.

Utbyggingstakten for spesialboliger er derimot lavere enn for landet sett under ett, heter det i helse- og sosialplanen, og det er for lavt i forhold til behovet. For å bedre denne situasjonen har fylkeskommunen skrevet en samarbeidsavtale med kommunene om tilskudd til serviceboliger. Samarbeidsavtalen går ut på å yte 16 500 kr i tilskudd pr. servicebolig for inntil 500 serviceboliger fram til år 2 000. Avtalen omfatter også 27 500 kr i tilskudd til hver aktivitetsplass (1983-kr).

Driftskostnadene for en servicebolig er ca. 100 000 kr pr. år. Tilskuddet fra fylket dekker derfor bare en liten del av primærkommunens utgifter. Når det gjelder aktivitetsplass er tilskuddet bedre, dvs. rundt halvparten av hva en aktivitetsplass koster i året.

*)Bystad og Rønning: "Samarbeid på startstreken", Rapport nr. 1 fra samarbeidet mellom Oppland Fylkeskommune og fylkets kommuner om tilbakeføring av institusjonspasienter, Oppland distriktshøgskole, skrifter 42/85.

En har i Oppland fylke forsøkt å telle hvor mange personer som er på feil omsorgsnivå. Resultatet er at 150 personer som bodde på sykehjem, kunne bodd selvstendig om det hadde vært egnede botilbud, og 42 personer ventet på å bli utskrevet fra fylkessykehuset. Konklusjonen er at det er behov for 100 serviceboliger for personer med psykiske vansker og 75 boliger med service for psykisk utviklingshemmede.

Selv om tilskuddene fra fylkeskommunen bare dekker noe av kommunens utgifter, synliggjør en slik samarbeidsavtale sammenhengen mellom institusjonsomsorg og åpen omsorg, og viser at fylkeskommunene kan være villige til å ta sin del av ansvaret for sterkt funksjonshemmede i egne boliger.

Oppland fylkeskommune arbeider nå for å få i stand en liknende økonomisk ordning for mobil døgnservice. Dette vil antakelig starte som et forsøksprosjekt med et mindre antall kommuner.

En mulig finansieringsmodell er kanskje at fylkeskommunen dekker utgifter til nattevakt slik vi kjenner det fra bokollektiver for psykisk utviklingshemmede f. eks. i Nes kommune i Akershus.

En annen modell er at fylket betaler det som overstiger gjennomsnittet for hva brukerne i den åpne omsorgen koster kommunen.

Sogn og Fjordane er den eneste fylkeskommunen utenom Oppland som har en liknende avtale med kommunene. Der er imidlertid tilskuddene lavere enn i Oppland.

Kostnader for serviceboliger og mobil service

Noen aspekter som gjelder kostnadene for serviceboliger er tatt opp foran (s.48). Tallene viser at servicebolig i de fleste tilfeller er rimeligere enn institusjon. Men det er her i stor grad spørsmål om hvordan servicen organiseres. Generelt kan vi si at jo mindre serviceboligene og personalet er integrert i et boligområde og i et mer omfattende servicesystem, jo høyere blir kostnadene pr. bruker. En fleksibel service som betjener ulike grupper (funksjonshemmede og eldre) i et bestemt distrikt, blir rimeligere. Kostnadene blir på den måten fordelt på flere, og et noe større personale kan utnytte tiden mer effektivt.

Parkmöllan i Malmö er et eksempel på sammenknytning av stasjonær og ambulans service på lokalnivå. Denne modellen vil kanskje i framtiden vise seg å være den mest hensiktsmessige løsningen, både fra et brukersynspunkt og ut fra hensyn til effektivitet og økonomi. Konkret betyr dette at servicepersonalet er stasjonert i det boligområdet hvor det er serviceboliger eller bor flest brukere, men samtidig må personalet være mobile innenfor distriktet eller bydelen.

Kostnadene når det gjelder ambulans service, er mer innfløkte. To motsatte standpunkter kan illustreres i følgende to påstander:

Påstand 1:

Samfunnet tjener på å innføre ambulans døgnservice i form av innsparte institusjonsutgifter og færre liggedager på sykehus.

Påstand 2:

Ambulans døgnservice vil koste uforholdsmessig mye for de allerede hardt belastede helse- og sosialbudsjettene i kommunene.

Vi skal diskutere disse to påstandene i forhold til noen kostnadsberegninger:

Det foreligger to analyser fra Amtskommunernes og Kommunernes forskningsinstitutt (AKF) i København som belyser kostnader og besparelser ved innføring av døgnservice i Viborg og Næstved kommuner.

Samtlige brukere av døgnservicen kveld og natt ble i vurdert løpet av en uke, i Viborg i 1979. Det var 159 brukere i denne perioden. En gruppe fagfolk i kommunen mente at 147 av dem var så avhengige av døgnservicen at de ville trenge institusjonsplasser, hvis de ikke hadde hatt dette tilbudet. Ut fra dette resonnementet kom Viborg kommune fram til at kommunen og staten til sammen sparte 12,5 mill. kroner det året på å innføre døgnservice. Kommunen sparte ca. 8 mill. kroner og staten ca. 4 mill. kroner.

Regnestykket som ligger til grunn for denne påstanden ser slik ut: *

Innsparte offentlige midler:

84 sykehjemsplasser	18,9 mill. kr
63 aldershjemsplasser	7,9 mill.
I alt	<u>26,8 mill. kr</u>

* Arne Skov Andersen: "Døgnplejeforsøget i Viborg - en analyse og vurdering", AKF, København 1980, Danmark

Faktiske utgifter til 147 personer ved døgnservice:

Pensjoner	3,9 mill. kr
Hjemmesykepleie	1,7 mill. kr
Hjemmehjelp	4,8 mill. kr
Hjelpemidler	0,9 mill. kr
Ombringning av mat	0,2 mill. kr
Bostøtte, hjelpe- og grunnstønad	0,2 mill. kr
Dagplasser på sykehjem	1,5 mill. kr
Dagsenter	0,2 mill. kr
Forvaltning av døgnservice m.m.	0,9 mill. kr

I alt 14,3 mill. kr

Samlet økonomisk gevinst 12,5 mill. kr

AKF har stilt spørsmålstegn ved dette regnestykket. Først og fremst tviler de på at så mange som 147 av 159 brukere faktisk ville ha vært under institusjonsomsorg dersom det ikke hadde vært døgnservice i Viborg. Likevel står det fast at Viborg sparer penger på å ha døgnservice selv om den økonomiske gevinsten kanskje er satt noe høyt.

Den økonomiske analysen av døgnservicen i Næstved er atskillig mer omfattende enn Viborg-undersøkelsen. *) Forskerne ved AKF har regnet ut at det offentliges gjennomsnittlige utgifter for hver bruker av døgnservice er kr 110.500,- pr. år. Dette beløpet inkluderer både pensjon, service og boligutbedring. Utgiftene pr. bruker varierer med hjelepbehovet fra kr 74.000,- til kr 126.000,- pr. år. Av dette betaler kommunen 33%, Staten 66,5 % og amtet (fylket) 1,5 %.

Fordi det er etablert døgnservice i kommunen regnes det med en nedgang i etterspørselen av institusjonsplasser på 50-60 plasser hvert år, og en reduksjon på 3000 liggedager på sykehus.

Utgiftene for en institusjonsplass i Næstved varierer med behovet for hjelp og pleie, fra kr 156.000 til kr. 275.000 i året. En sykehusseng koster kr 940,- pr. døgn. AKF anslår at samfunnet totalt sparer mellom 4,5 og 5,5 mill. kroner i året på at det er døgnservice i Næstved. Kommunens besparelser om lag ca. halvparten av dette beløpet (1982-tall). Forskeren presiserer at dette er et forholdsvis grovt anslag.

*) Hansen og Werborg: "Døgnplejen i Næstved II, Virkninger og økonomi", AKF, København 1984

De fleste norske kommuner som har innført døgnkontinuerlig hjemmesykepleie, har passiv vakt om natten. En slik ordning koster ca. 50 000 kr i året. Da har vi regnet med en sykepleier på passiv vakt 10 timer i døgnet og ca. 100 timer overtid i året. Ålesund praktiserer en slik ordning for sentrale bydeler. Drammen kommune har en sykepleier på aktiv vakt og en hjelpepleier på passiv vakt mellom kl. 2400 - 0800. Etter våre beregninger koster det mellom 150 000 og 200 000 kroner i lønnsutgifter å ha en sykepleier på aktiv vakt hver natt hele året. En ordning om natten med en person på aktiv vakt og en på passiv vakt som i Drammen, koster mindre enn 2% av det totale budsjettet for hjemmesykepleien og hjemmehjelp i kommunen. I tillegg kommer utgifter til anskaffelse av bil og kommunikasjonsutstyr.

Tallmaterialet fra Danmark er omfattende. Selv om vi har mangelfulle beregninger fra Norge, kan vi trekke noen konklusjoner på basis av erfaringene i Danmark, Sverige og Norge:

- * Åpen omsorg koster mindre enn institusjonsomsorg.
- * Beregninger viser at både kommunen, fylket og staten sparer penger på å satse på døgnservice.
- * En nøktern døgntjeneste som innbefatter både sykepleie og praktisk, personlig hjelp, betyr en relativt beskjeden utgiftsøkning for kommunen.
- * Døgnservice virker forebyggende og reduserer dermed behovet for institusjonsplasser på lengre sikt.

Egenandeler for hjemmehjelp

I de aller fleste kommunene må brukerne betale egenandel for hjemmehjelp. Satsene varierer mye mellom kommunene. Hjemmesykepleie er gratis. Noen kommuner har en høy egenandel, f. eks. Oslo, mens andre ikke har egenandel for minstepensjonister. Andre steder er egenandelen satt så lavt at en kan lure på om det ikke koster mer å administrere innbetalingene enn det som kommer inn i kommunekassa.

I en idékatalog for økt produktivitet i kommunene tar en opp akkurat denne problemstillingen.*) Lørenskog kommune er valgt som eksempel:

"I Lørenskog kommune i 1980 ble det f. eks. innkrevd refusjon fra mottakerne av hjemmehjelp på kr 44 000, mens de samlede utgifter var 2,6 mill. kroner. Etter alt å dømme bruker en et større beløp på innkrevingsarbeidet enn en får i refusjon."

*)"Lokal innsats for økt produktivitet. En idékatalog", Styringsgruppen for produktivitetskampanjen i kommunesektoren, 1982

Det bør være enkle regler for egenandeler. De bør være behovsprøvd i forhold til inntekt og begrenset oppad. Utgangspunkt for beregning av egenandel pr. time bør være nettoinntekt. Ingen bør betale så mye at det går ut over levestandard.

Det er vanskelig å få til et noenlunde ensartet system for betaling av egenandeler for hjemmehjelp fordi hvert enkelt kommunestyre selv bestemmer satsene. Men en bør kunne anbefale et øvre tak for egenandel på hjemmehjelp pr. måned. Dette blir stadig mer aktuelt etter som hjemmehjelperne tar over en del av de arbeidsoppgavene hjemmesykepleierne tradisjonelt har hatt, særlig når det gjelder praktisk, personlig hjelp.

Forslag til finansiering av serviceboliger

Finansiering av boliger er et kommunalt ansvar. Boliger spesielt beregnet for funksjonshemmede og eldre blir dyrere enn andre boliger fordi en må ta hensyn til rullestoltilgjengelighet. Til tross for gunstige lån og ordningen med etableringslån og etableringstilskott, viser det seg ofte vanskelig å få fullfinansiert spesielt tilrettelagte boliger gjennom Husbanken.

Anleggskostnadene blir store og dermed blir innskuddet og husleien høy. De som skal flytte inn, lever ofte av pensjon og har lavere betalingsevne enn yrkesaktive.

Når det gjelder studentboliger, har Kirke- og undervisningsdepartementet en egen tilskottsordning. Denne gir mulighet for å subsidiere studentboliger med opp til 60% av anleggskostnadene.*)

En kunne tenke seg en liknende ordning for serviceboliger, f. eks. at staten dekker halvparten av anleggskostnadene. Dette kunne skje gjennom Kommunal- og arbeidsdepartementet, Sosialdepartementet eller kanskje Rikstrygdeverket.

En bedret finansieringsmulighet ville øke kommunenes muligheter for å sette i gang bygging av serviceboliger. Det ville også bety lavere innskudd og husleie og dermed være et mer realistisk alternativ for personer som lever av trygd eller pensjon.

De få serviceboligene med døgnservice som finnes her i landet, er finansiert gjennom Husbanken. Både innskuddet og husleien var uoverkommelig for de fleste av dem som har flyttet inn. På Obersthaugen i Bergen ble dette problemet

*) Lån og tilskott fra Husbanken, HB-30 16, Oslo mars 1984. (Under revisjon)

løst ved at kommunen ga beboerne rente- og avdragsfrie lån til innskuddene. Beboerne har organisert seg i et borettslag og eier selv leilighetene.

Serviceboligene i Tonstadgrenda i Trondheim eies av en kommunal boligstiftelse. Husleien både på Obersthaugen og i Tonstadgrenda er så høy at beboerne må ha full bostøtte fra Husbanken og eventuelle kommunale ytelser. Likevel er det bare så vidt beboerne klarer det. Hver gang det har vært husleieøkning, blir det krise. En bedre finansieringsmodell for serviceboliganlegg bør derfor diskuteres.

KAP. 9 TID FOR NYTENKNING

Holdningsendring

Forsker Svein Olav Daatland ved Norsk gerontologisk institutt har gjort en intervjuundersøkelse for å belyse eldres holdninger til kommunale hjelpeordninger og tiltak for eldre.*) Denne undersøkelsen har han sammenholdt med en liknende undersøkelse som ble gjort 12 år tidligere.

Det viser seg at holdningene til kommunale tiltak har endret seg de siste 10-15 årene. Før satset en på å få all nødvendig hjelp fra familie, slekt, venner eller naboer. Årsaken var at mange fortsatt forbandt kommunal hjelp med fattigomsorg og følte det derfor nedverdiggende å ta imot hjelp fra de kommunale ordningene. Hjelpeordningene var også mindre utbygd. Det var f. eks. ikke så vanlig å ha hjemmehjelp. Hjelpen som tilbys er også kvalitativt bedre enn for noen år siden. Daatland sier om denne situasjonen:

"Mens det tidligere var en skam både for den eldre selv og familien å måtte be om hjelp fra det offentlige, ser det ut til at man i stigende utstrekning ser offentlig hjelp og tjenester som sosiale rettigheter. Denne utviklingen har sammenheng med mange forhold, bl.a. at de offentlige tilbudene er bedre utbygd, de når flere; det er med andre ord vanligere å gjøre bruk av dem. Medvirkende er også at den offentlige eldreomsorgen er blitt bedre. Man behandles på en verdigere måte, og den faglige utviklingen - spesielt innenfor de medisinske fag - har skapt forventning om kur og lindring for tilstander man tidligere bare måtte finne seg i, og leve med. Man oppsøker den profesjonelle hjelpen fra fagfolk - i offentlig tjeneste."

Det har også virket inn at tempoet i samfunnet har økt, og at mange flere kvinner er utarbeidende nå enn for 10 år siden. Det er mindre ubetalt omsorg tilgjengelig i nærmiljøet. Hvis eldre har tilgang på privat hjelp, kan de i større grad velge om de vil avlaste pårørende for å gi praktisk hjelp til fordel for å ha tid til "bare" å ha det hyggelig sammen.

En mer positiv holdning til kommunale servicetiltak kan ses på som en "bitter" nødvendighet fordi en ikke har pårørende, eller fordi pårørende bor langt unna eller er travelt opptatt med sitt. Men det er også en positiv måte å tolke dette på, nemlig at eldre i høyere grad kan velge ikke å være avhengig av pårørende.

*)Svein Olav Daatland: "Holdninger til hjelp og hjelpere - endringer i løpet av 1970-årene", Gerontologisk Magasin nr. 3/84

Eldre og funksjonshemmede har ikke særlig erfaring i å stille krav, langt mindre gå ut å aksjonere for bestemte krav. Men både eldre og funksjonshemmedes organisasjoner og enkeltpersoner blir stadig sterkere og mer vant til å stille krav. Vi ser også at det blant yngre funksjonshemmede i dag stilles mer bestemte kvalitetskrav.

Nytenkning

Vi har i denne rapporten flere ganger understreket hvor viktig det er å tenke på tvers av allerede etablerte mønstre og rutiner. Sykepleiersjef Jan Bølstad skrev en rapport med mange interessante tanker mens han arbeidet i en liten innlandskommune.*) Bølstad mener at sykehjemmet må ses på som en viktig omsorgsressurs i lokalmiljøet. Han synes derfor det er naturlig at alle sykepleietjenestene går ut fra sykehjemmet.

Sykepleietjenesten har hovedoppgaver i den kommunale helsetjenesten; forebyggende arbeid, sykepleie og praktisk personlig hjelp både i og utenfor institusjon. En helsesøster leder det forebyggende arbeidet, en bestyrer er sjef for institusjonsomsorgen og en sykepleiesjef leder arbeidet i den åpne omsorgen.

Bølstads tankeeksperiment er med denne bakgrunnen at bestyreren på sykehjemmet blir leder for et inne-team og sykepleiesjefen leder for et ute-team. En slik samling av ressursene har følgende fordeler etter Bølstads mening:

- Større personalressurser som kan brukes der behovene er størst.
- Bedre muligheter for at små- og mellomstore kommuner kan opprette kvelds- og eventuelt døgnbemannet tjeneste utenfor institusjon.
- Sykehjemmet kan være vaksentral etter ordinær arbeidstid.
- Økt felleskap mellom personale i og utenfor institusjon gir større muligheter og letter organiseringen av interne opplæringsprogrammer.
- Større trygghet for innbyggerne, blant annet fordi brukerne delvis møter det samme personalet både hjemme og på sykehjemmet. Dette vil også være med på å øke fleksibiliteten mellom institusjonsomsorgen og den åpne omsorgen.

Det å bli innlagt på sykehjemmet vil ikke ses på som så "farlig" av brukerne med en slik ordning. Heller ikke det å komme hjem igjen etter en periode på sykehjem virker så skremmende, for brukerne har de samme hjelperne både "borte og hjemme". Sykehjemsplassene vil i større grad enn nå kunne brukes til avlastnings- og rehabiliteringsopphold. Etter denne modellen må alle kommunalt

*) Jan Bølstad: Etablering av døgn- eller kveldstjeneste i hjemmesykepleien. Norges kommunal- og sosialhøgskole 1984.

ansatte sykepleiere, også helsesøster(e), inngå i en turnus og delta i alle omsorgsoppgaver når det er nødvendig.

Bølstad tror at en liten kommune kan klare vesentlige større omsorgsoppgaver hvis de arbeider etter denne åpne modellen.

I en svensk framtidstudie filosoferes det om et **omsorgshus** som sentrum for helse- og miljøutvikling.*) Styret er sammensatt av halvparten personalrepresentanter og halvparten brukerrepresentanter fra lokalmiljøet.

Døgnservice-enheten tenkes å ha tre brukergrupper: 1) personer som trenger praktisk, personlig hjelp, 2) personer som må ha sykepleie og 3) personer som av ulike grunner trenger et sted å være utenfor hjemmet i en kortere eller lengre periode.

En skal kunne komme til omsorgshuset med alle slags forespørsler. Behandling og service skal ytes såvel i omsorgshuset som i de hjemmene som sokner til omsorgshuset. I tilknytning til omsorgshuset må det være en utviklingsgruppe som fanger opp og organiserer hjelp for nye behov som oppstår, og hele tiden bidrar til å forbedre og tilpasse tilbudet i forhold til brukernes behov.

Omsorgshuset er et eksempel på et helhetlig og integrert tilbud, i motsetning til hvordan tilbudene ofte i dag er organisert som segreert særomsorg for enkelte grupper. Mange av hjelpeordningene i kommunene er samlet under fellesbetegnelsen "eldreomsorg" selv om de er et tilbud også til andre. Behov for service må ikke knyttes til bestemte kjennetegn som f.eks. alder eller bestemte funksjonshemninger. En bør ta utgangspunkt i individet, kartlegge hvilke behov den enkelte brukeren har og organisere nødvendig hjelp ut fra dette. Altså utvikle hjelpeordningene slik at de lett og ubyråkratisk kan brukes av alle som har behov for hjelp for kortere eller lengre tid.

Tryggheten

Vi har intervjuet flere sterkt bevegelseshemmede som ikke hadde tilgang på døgnservice. Alle disse understreket utryggheten ved at de ikke kunne tilkalle noen ved uforutsette behov. På spørsmål om hvordan de ønsket seg service-tilbudet, poengterte alle at det var tryggheten og fleksibiliteten ved å kunne tilkalle hjelp når det oppsto behov, som var ønskedrømmen.**)

*) Lagergren & Lundh: "Tanker om den framtidiga vården". Del IV Sekretariat för framtidstudier. Stockholm 1981.

***) Bergh og Skansgård: "Døgnservice. Selvstendighet og medvirkning." Prosjektrapport, Oslo 1984

Når vi har intervjuet brukere i kommuner som har tilbud om døgnservice, og spør hva de anser som den største fordel, svarer disse likeens. De sier at tryggheten ved å vite at det er noen å tilkalle om det skulle bli nødvendig, er helt uunnværlig.

På grunnlag av disse svarene kunne en kanskje tro at det kommer en strøm av henvendelser om kvelden og natten. Erfaringer fra kommuner med døgnservice viser imidlertid at det er få uforutsette oppdrag. En del trenger hjelp til avtalte gjøremål om kvelden og natten. De uforutsette henvendelser som kommer, er nødvendige. Det er ingen som misbruker ordningen. Dette er det døgnkontinuerlige elementet som kan gjøre døgnservice til et alternativ til institusjon, dersom den er skikkelig utbygd.

Alarm eller **trygghetstelefon** er et viktig hjelpemiddel for å oppnå trygghet. Stadig flere kommuner kjøper slike hjelpemidler. En alarm/trygghetstelefon er enklere å bruke enn vanlig telefon. Med vanlig telefon må brukeren slå seks eller ni sifre hvis de skal nå fram. Dette kan være vanskelig for en sterkt bevegelseshemmet eller en person med dårlig hukommelse. Enda verre vil det være i en presset situasjon.

Med alarm/trygghetstelefon er det nok å trykke på en knapp. Denne knappen kan være montert på rullestolen, bæres rundt halsen eller håndleddet. Alarm/trygghetstelefonen utløser et signal på en kommunal eller interkommunal vaktentral, en legevakt eller en brannvakt. Poenget er at signalet skal gå til en person som eventuelt kan bringe beskjed videre til en sykepleier, hjelpepleier, hjemmehjelp, nabo eller slektning som kan dra ut på besøk.

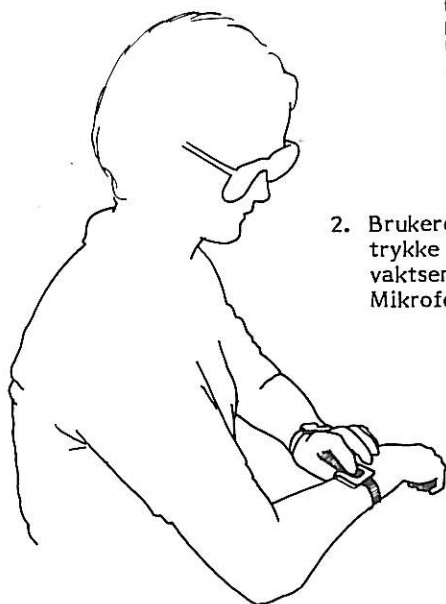
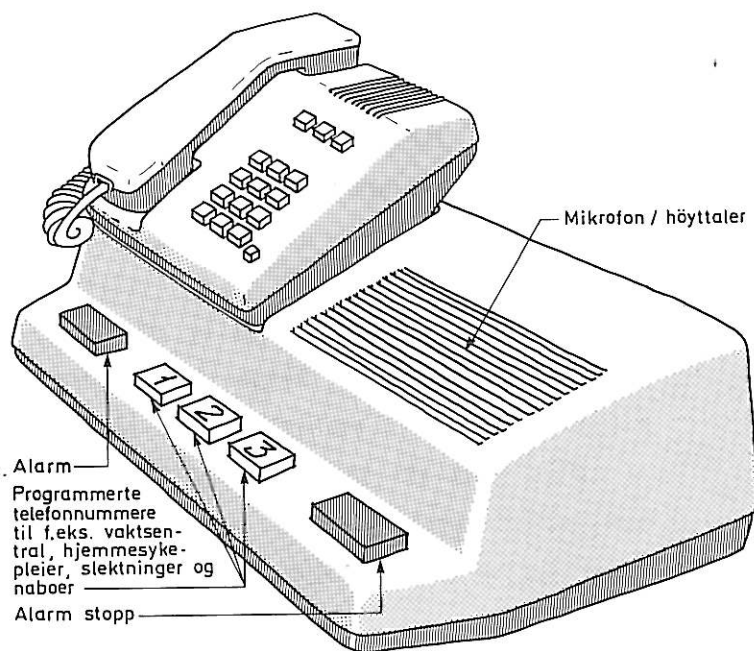
En stor fordel er en trygghetstelefon som utløser toveiskommunikasjon gjennom bruk av alarmknappen. Toveiskommunikasjon øker tryggheten for brukerne fordi de med en gang får kontakt med personalet, og dermed vet at hjelp er underveis. Det er også en fordel for personalet fordi de får beskjed om hva det gjelder og lettere kan prioritere oppdragene.

Målet er en døgnserviceordning som er så sikker som mulig. Det har vist seg at selv sterkt funksjonshemmede som utvilsomt ville bodd på institusjon uten døgnservice, kan bo alene. En kan spørre seg om det er noen grense for hvor avhengig en kan være av andres hjelp, og likevel fungere i eget hjem med mobil døgnservice. Dette spørsmålet kan bare besvares individuelt. Noen tør å bo alene selv om de trenger mye hjelp, andre tør ikke. Den personen det gjelder må selv

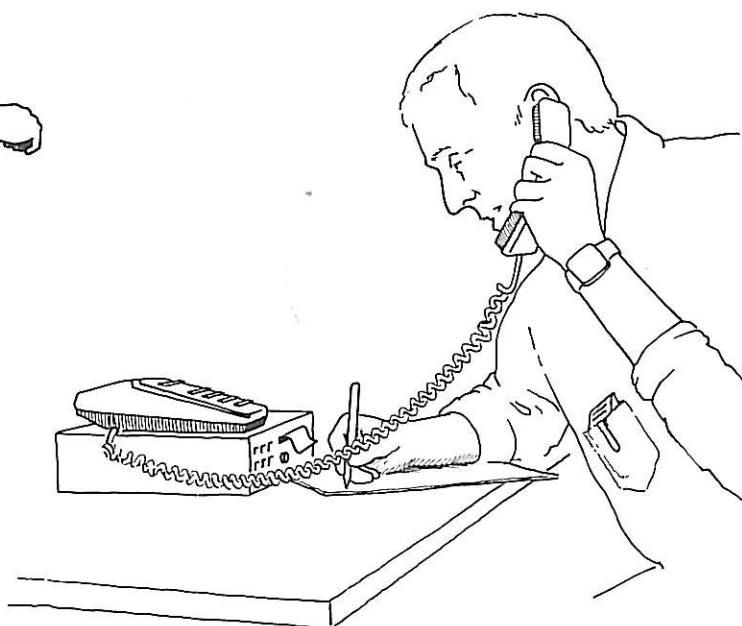
vurdere om hun eller han kan bo alene eller ikke. Men det er helt avgjørende at forholdene blir lagt maksimalt til rette. Potensielle brukere av døgnservice bør oppmuntres til å flytte for seg selv, f. eks. voksne som fortsatt bor sammen med foreldre eller er institusjonsbeboere.

Trygghetstelefon med toveis kommunikasjon

1. Telefonen



2. Brukeren kan ha en liten radiosender rundt håndleddet eller halsen. Ved å trykke på den utløses alamen, og brukeren kan nå snakke direkte med vaktentralen. Det er bare brukeren som kan opprette toveiskommunikasjon. Mikrofonen kan oppfatte stemmer fra et siderom og svake lyder ellers.



3. Vaktentralen har en varselmottaker med en skriver som forteller hvem som har utløst alamen. Den som betjener sentralen har en personsøker på seg slik at en ikke må sitte fast ved varselmottakeren.

Brukermedvirkning

Det er ingen tradisjon for brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren, men i de senere årene har behovet for medvirkning stadig blitt tatt opp.

Brukernes rettigheter og behovet for en klageinstans har vært oppe til diskusjon gjennom planen om et Ombud for funksjonshemmede. Det er nå vedtatt at vi får et slikt ombud, og instruksen for stillingen er for tiden ute til høring. Ombudet for funksjonshemmede skal bl. a. påse at rettigheter som er lovfestet blir fulgt.

Det er også vært en del debatt om pasientombud. Foreløpig har vi bare et pasientombud i Nordland fylke. Her har ombudet en referansegruppe i ryggen, og der er Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon i Nordland representert.

Ombud for funksjonshemmede og pasientombud er ikke det vi tenker på med brukermedvirkning, men ombudene kan være en støtte under oppbygging av bruker-medvirkning på lokalplan, f. eks. i forbindelse med boservice.

Brukermedvirkning er bygd inn i de to serviceboligenhetene for bevegelseshemmede her i landet. I Trondheim sitter brukerne i styret og i Bergen er de med i den daglige driften. I Sverige har vi sett noen eksempler på liknende medvirkning. I Danmark medvirker ikke brukerne i styret av vernede boliger, som de kaller sine serviceboliger.

I forbindelse med mobil døgnservice er det ingen eksempler på brukermedvirkning i noen av de skandinaviske landene. Dette betyr ikke at de som organiserer et slikt tilbud, ikke tar hensyn til brukerne. Likevel er det ønskelig at representanter for brukerne selv deltar i planleggingen, organiseringen og driften av mobil døgnservice.

Det er både prinsippielt og praktisk viktig at de som bruker hjelpeordningene, har en formell innflytelse over dem. Brukermedvirkning er en aksept på at brukernes meninger betyr like mye som det fagfolkene sier.

Språkbruken, som vi har vært inne på i innledningskapitlet, sier mye om hvordan vi ser på hverandre. Det er ikke uvanlig å snakke om "rullestolspasient" selv om vedkommende bor i egen leilighet og har jobb. "Pleietrengende" sies det ofte om funksjonshemmede og eldre som trenger praktisk hjelp, og de som mottar hjelp i en eller annen form, betegnes ikke sjelden som "ressurssvake". Disse begrepene

understreker særomsorgen og ulikhetene mellom hjelper og mottaker. Vi godtar brukernes behov for service som sosiale individer, men har vanskeligere for å innse likeverdet mellom "dem" og "oss". Det er ikke lett å akseptere at alle, også de som har behov for andres hjelp, er aktive individer med kapasitet til å ta beslutninger om og ha ansvar for sin egen situasjon. Dette er et spørsmål om menneskesyn.

Denne problemstillingen ble formulert klart i sluttrapporten til et stort svensk forskningsprosjekt, "Omsorgen i samhället" *)

"I den männkosyn man kan se växa fram inom den sociala (inklusive medicinska) sektorn är det helt klart att människan som **social** varelse, hennes behov av relationer och ömsesidighet, är erkänd. Däremot kan man knappast säga att tanken på människan/patienten som en **aktiv** varelse, med kapacitet att besluta och ta ansvar för sin egen situation, ännu har fått särskilt stark genomslagskraft inom varken socialvård eller sjukvård. En spännande diskussion pågår dock".

Forsøk og "erfaringsbank"

Forsøk med døgnservice er nå i gang flere steder i Norge. Døgnservice er både et spørsmål om nytenkning og nyorganisering av hjelpeordningene i kommunene. Hvordan skal vi organisere døgnet? Hvordan kan hjemmesykepleiere og hjemmehjelp utfylle hverandre? Hvor skal kommunikasjonsentralen ligge, og hva er det mest hensiktsmessige kommunikasjonsutstyret både for brukerne og hjelpere? Er det aktuelt å samarbeide med nabokommunen? Dette er noen av de mange spørsmålene helse- og sosialadministrasjonen i kommunene stiller seg.

Erfaringene fra innføring av døgnservice i norske kommuner burde samles og evalueres videre. Vi burde ha en sentral "erfaringsbank" hvor de aktuelle etatlederne i kommunen kunne henvende seg og få diskutert sine planer, få råd og tips ut fra erfaringer som er høstet andre steder.

For å oppmuntre til nye forsøk bør regjeringen og Stortinget avsette midler på statsbudsjettet til forsøk i kommuner som vil starte opp med døgnservice, slik det gjøres i Sverige. I vårt arbeid med døgnservice har vi møtt både initiativ, pågangsmot og evne til nytenkning rundt om i kommunene. Vi mener at de sentrale sosial- og helsemyndighetene nå bør oppmuntre til og systematisk videreføre dette arbeidet. Uten et slikt initiativ vil "alternativer til institusjonsomsorg" lett bli et slagord uten innhold. Det er tid for nytenking.

*) Tid för omsorg. Slutrapport fra prosjektet "Omsorgen i samhället". Sekretariatet för framtidsstudier. Stockholm 1982.