Grundlæggende pleje til borgere i eget hjem

- en undersøgelse af kompleksiteten med Fundamentals of Care som referenceramme

Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje
Aalborg Universitetshospital

AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
– i gode hænder

Grundlæggende pleje til borgere i eget hjem
- en undersøgelse af kompleksiteten med Fundamentals of Care som referenceramme

Rapport udarbejdet i 2022 af:

Britt Laugesen, lektor, Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, Center for Kliniske Retningslinjer, Klinisk Institut, Aalborg Universitet

Sara Jacobsen, forskningsassistent, Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital

Maja Thomsen Albrechtsen, forskningsassistent, Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital

Mette Grønkjær, forskningsleder og professor, Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital, Klinisk Institut, Aalborg Universitet

Siri Lygum Voldbjerg, postdoc, Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital & lektor ved Sygeplejerskeuddannelsen, University College Nordjylland

Forord ved Fremfærd Sundhed og Ældre

Den grundlæggende pleje udgør fundamentet i den pleje, behandling og støtte, som kommunerne hver dag tilbyder til borgerne i den kommunale ældrepleje. Men det er en opgave, som man nemt kan undervurdere både kompleksiteten i og betydningen af. Det ønsker Fremfærd Sundhed og Ældre kaste lys over og styrke fokus på arbejdet med at yde grundlæggende pleje.

På ældreområdet er den grundlæggende pleje, et helt centralt element i vores samlede sundhedsvæsen. I løbet af de sidste 10-15 år er flere og flere opgaver flyttet fra hospitalerne til kommunerne og borgerne bliver udskrevet hurtigere. Samtidig lever vi længere end tidligere. Det betyder, at vi både har flere borgere og flere borgere med multisygdom og komplekse problemstillinger. Men det betyder også, at grundlæggende pleje er blevet et mere komplekst fagområde.

I den grundlæggende pleje er fokus på at dække borgerens basale behov. Det kan virke så enkelt, når vi taler om at få bad, komme på toilettet, få mad og drikke, føle sig sikker og tro på, at man kan mestre sin hverdag trods funktionsnedsættelser og sygdom. Men det kræver både stærke relationelle kompetencer, alsidighed og sikkert klinisk blik hos de medarbejdere, som kommer i borgerens hjem.

Det, at varetage de grundlæggende plejeopgaver giver en meget vigtig viden om borgeren, som gør det muligt både at gribe ændringer i borgernes tilstand hurtigt og samtidig støtte borgeren til at kunne klare hverdagslivet mest muligt selv. Grundlæggende pleje er også tidlig opsporing af begyndende sygdom, så indlæggelse kan undgås. Jo bedre vi lykkes med den grundlæggende pleje, jo bedre mulighed har vi for at lykkes med at gøre en positiv forskel for borgernes samlede sundhed og livskvalitet.

Fremfærd Sundhed og Ældre har gennem de seneste år arbejdet med at sætte fokus på grundlæggende pleje i ældreplejen og bidrage til udviklingen af et aktuelt og nuanceret fagsprog for arbejdet med den grundlæggende pleje. Derfor inviterede Fremfærd, Sundhed & Ældre i 2021 flere kommuner til at deltage i projektet "Fokus på grundlæggende pleje i praksis". Formålet med projektet var at udvikle et fælles sprog og en fælles faglig forståelse af, hvad grundlæggende pleje er i en kommunal kontekst, herunder at udvikle et tydeligt og opdateret ledelsessprog om grundlæggende pleje. Dernæst at understøtte implementering af en ny fælles forståelse af grundlæggende pleje i udvalgte kommuner.

Som led i dette projekt har forskere fra Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital været på besøg i den kommunale praksis og fulgt, hvordan social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker hjælper borgere, der er visiteret til hjælp. Gennem Fundamentals of Care som en teoretisk begrebsramme søger rapporten at udfolde den kompleksitet, der er forbundet med at

udøve grundlæggende pleje til borgere i eget hjem i kommunal praksis. Rapporten giver et indblik i de mange forskellige aspekter af grundlæggende pleje, men den viser også at lovgivningsmæssige og organisatoriske rammer ikke altid understøtter en helhedsorienteret tilgang.

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund 1
2. Metode 3
2.1 Fokuseret etnografi 3
2.2 Deltagende kommuner 3
2.2.1 Organisering af ydelser 3
2.3 Deltagere 4
2.4 Dataindsamlingsmetoder 4
2.4.1 Deltagerobservation og individuelle interviews 5
2.4.2 Fokusgrupper 6
2.4.3 Præsentation af dataindsamling i de enkelte kommuner 6
2.5 Dataanalyse 8
2.6 Etik, samtykkeerklæringer, finansiering 8
3. Fundamentals of Care som referenceramme 9
3.1 Den inderste dimension – relation 10
3.2 Den midterste dimension – integrering af pleje 10
3.3 Den yderste dimension – kontekst for pleje 11
4. Undersøgelsens fund 13
4.1.1 Relationen som kerne i grundlæggende pleje 15
4.1.2 Et dilemma mellem at varetage visiterede ydelser og andre behov 17
4.1.3 At navigere i uforudsigelighed og diversitet 20
4.1.4 Fra del til helhed – et puslespil mellem faggrupper 22
5. Konklusion 25
6. Implikationer for praksis 27
Referencer 28

1. Baggrund

Den demografiske udvikling viser, at andelen af ældre borgere stiger og at særligt andelen af borgere, der er 80+ år, øges markant (Danmarks Statistik, 2020a; He et al., 2016). Ligeledes er antallet af ældre borgere, der bor i eget hjem, steget de senere år, og borgere med omfattende og komplekse behov for pleje, som tidligere boede i plejebolig, modtager nu hjemmepleje og/eller hjemmesygepleje i eget hjem (Danmarks Statistik, 2020b; Yeandle et al., 2017). Det stiller krav til den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje, der skal varetage grundlæggende pleje hos stadigt flere borgere i eget hjem med komplekse behov for pleje (Neiterman et al., 2015; Vinge, 2018; Gautun & Syse, 2017). Det skyldes blandt andet, at udviklingen i sundhedsvæsenet har medført bedre diagnosticering og behandling, hvorfor ældre borgere ofte lever længere og med én eller flere kroniske sygdomme (Vinge & Topholm, 2021). Et dansk registerstudie viser eksempelvis, at 75+-årige i gennemsnit har 5,3 kroniske sygdomme (Hvidberg et al., 2020). Dertil kommer, at størstedelen af de borgere, der modtager hjemmepleje og/eller hjemmesygepleje er 65+ år (Ruge & Houlberg, 2020), og behovet for sundhedsydelser, særligt ydelser der pågår over længere tid, stiger med alderen (de Meijer et al., 2013; Pickard et al., 2007). Accelererede patientforløb og kortere indlæggelsestider på hospitaler stiller desuden andre og flere krav til den grundlæggende pleje, der udøves i borgeres eget hjem.

Imødekommelse af flere, nye og mere komplekse behov for pleje hos borgere i eget hjem, fordrer en bred vifte af kompetencer, hvorfor det er nødvendigt at inddrage flere forskellige faggrupper i plejen (Larsen et al., 2017). Samarbejdet på tværs af sektorer og internt i kommunernes faggrupper samt et delt ansvar for pleje øger dog risikoen for fragmenteret pleje, der ikke afspejler et holistisk menneskesyn (Larsen et al., 2017). Kontinuitet og kvalitet i ældreplejen stiller således krav til koordinering og samarbejde mellem de involverede aktører. Det tværfaglige samarbejde kan være udfordret af arbejdsgangene i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, hvor sundhedsprofessionelle en stor del af tiden arbejder alene og uden kontakt til deres kolleger (Vinge, 2018). Formidling og udveksling af information foregår derfor typisk skriftligt og elektronisk, hvilket kan være en utilstrækkelig kommunikationsform, idet den ikke altid afspejler kompleksiteten i samarbejdet (Vinge, 2018).

Borgeres ændrede behov for pleje synes også at have konsekvenser for hjemmeplejen og hjemmesygeplejens arbejde hos borgere. En dansk undersøgelse viser, at social- og sundhedshjælpere og -assistenter oplever at have mindre tid til opgaveløsningen hos den enkelte borger, da dokumentationskrav er stigende (Vinge & Topholm, 2021). Samtidig er der sket et fald i antallet af visiterede timer per modtager (Vinge & Topholm, 2021). Sammenholdt kan dette være med til at øge det tidspres, som sundhedsprofessionelle i kommunal praksis, ifølge flere nordiske studier, i forvejen arbejder under (Elstad & Vabø, 2008; Tønnessen et al., 2011; Tufte, 2013; Tufte & Dahl, 2016). Tidspres kan potentielt påvirke kvaliteten af den udøvede

pleje (Dahl & Clancy, 2015) og medføre, at borgeres behov for pleje ikke konsekvent imødekommes. Studier viser blandt andet, at sundhedsprofessionelle kan føle sig nødsaget til primært at fokusere på opfyldelse af borgeres fysiske behov (Nortvedt et al., 2008; Tønnessen et al., 2011; Turjamaa et al., 2014). I takt med den stigende kompleksitet i borgeres plejeforløb ses der ligeledes tendens til et øget fokus på teknisk instrumentelle opgaver (A. Kitson & Soerensen, 2017). Grundlæggende behov som relationelle og psykosociale behov kan således blive nedprioriteret i en travl hverdag (A. Kitson et al., 2010). Dette står i kontrast til, at sundhedsprofessionelle giver udtryk for, at de anser relationen som essentiel i deres arbejde (Vinge & Topholm, 2021), og at imødekommelse af andre grundlæggende behov end de teknisk instrumentelle er lige så væsentlig for borgeres fysiske såvel som psykosociale trivsel (Feo et al., 2018). Der ser altså ud til at være en tendens til, at grundlæggende pleje får mindre plads i et sundhedsvæsen, hvor fokus er på effektivitet og produktivitet.

Den demografiske udvikling, kompleksiteten i opgaver og nedprioritering af grundlæggende pleje medfører et behov for at fokusere på væsentligheden og kompleksiteten af grundlæggende pleje i kommunal praksis. Der er behov for en fælles forståelse af, hvad grundlæggende pleje er, hvorfor det er komplekst, og hvorledes borgeres behov bedst muligt imødekommes. Derfor er formålet med denne undersøgelse at udfolde den kompleksitet, der er forbundet med at udøve grundlæggende pleje til borgere i eget hjem i kommunal praksis. Formålet blev belyst gennem følgende undersøgelsesspørgsmål: *1) Hvordan udøves grundlæggende pleje, og hvordan oplever sundhedsprofessionelle at udøve grundlæggende pleje? 2) Hvordan samarbejder sundhedsprofessionelle på tværs af faggrupper om at udøve grundlæggende pleje?* og *3) Hvilke faktorer påvirker måden, hvorpå grundlæggende pleje udøves?*

2. Metode

2.1 Fokuseret etnografi

Undersøgelsen anvendte et fokuseret etnografisk design. Fokuseret etnografi er særligt velegnet til at belyse problemfokuserede og kontekstspecifikke forskningsspørgsmål, hvor der er fokus på handlinger, interaktioner og sociale situationer (Higginbottom et al., 2013; Knoblauch, 2005; Roper & Shapira, 2000). Ligeledes giver fokuseret etnografi mulighed for at udføre både deltagerobservationer og interviews med henblik på at opnå dybdegående indsigt i det undersøgte.

2.2 Deltagende kommuner

Dataindsamlingen fandt sted i udvalgte afdelinger/teams i Horsens, Kalundborg og Aalborg Kommune, som blev rekrutteret via KL, FOA, DSR og Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje. Projektledere og udviklingssygeplejersker i de enkelte kommuner faciliterede kontakten til relevante enheder og personer i de respektive kommuner, hvorefter projektgruppen overtog kontakten, informerede mere detaljeret om projektet og lavede aftaler.

I de tre kommuner er hjemmeplejen og hjemmesygeplejen organisatorisk adskilt. Desuden er hjemmeplejen og hjemmesygeplejen i de enkelte kommuner organiseret i forskellige afdelinger, som varetager hvert sit geografiske område. En kommune kan eksempelvis være inddelt i afdelinger som øst, vest, centrum, land og by. Disse afdelinger er igen inddelt i mindre teams, som varetager pleje hos borgere i ét bestemt afgrænset geografisk område inden for afdelingens område. Hjemmesygeplejen dækker oftest et større geografisk område end hjemmeplejen, da færre borgere har behov for hjemmesygepleje. Den organisatoriske struktur medfører, at der eksisterer organisatoriske ligheder og forskelle internt og på tværs af de medvirkende kommuner, selvom den kommunale ældrepleje nationalt er underlagt den samme lovgivning. Undersøgelsens fund giver derfor et indblik i kompleksiteten i at udøve grundlæggende pleje til borgere i eget hjem i de medvirkende afdelinger i de enkelte kommuner og kan ikke nødvendigvis generaliseres til andre afdelinger og kommuner.

2.2.1 Organisering af ydelser

Serviceloven (SEL) og sundhedsloven (SUL) danner rammerne for opgaveløsningen på ældreområdet i alle kommuner i Danmark. Grundlæggende pleje til borgere i eget hjem er således juridisk forankret i både SEL og SUL. Det er rammerne i SEL og SUL, som ligger til grund for, hvordan budgetterne er styret, og hvordan hjemmepleje og hjemmesygepleje er finansieret. Ydelser efter SEL visiteres via en visitationsenhed, og der træffes afgørelse om tildeling af en ydelse med udgangspunkt i borgerens fysiske og psykiske funktionsniveau sammenholdt med et ydelseskatalog. Det kan eksempelvis være hjælp til personlig pleje eller praktisk hjælp. Ydelser efter SUL kan visiteres uden afgørelse og er fra ordination af hospital eller almen praksis,

eksempelvis medicinadministration. Hjemmesygeplejersker kan i modsætning til social- og sundhedshjælpere og -assistenter selv visitere yderligere ydelser på baggrund af faglig vurdering af borgeres behov. Hjemmesygeplejen har dermed større fleksibilitet i forhold til besøgsantal, -indhold og -varighed.

De visiterede ydelser blev i de tre kommuner struktureret på en køreliste, som udgjorde dagsordenen for de sundhedsprofessionelles arbejdsdag. Kørelisterne var bygget op med angivelse af den visiterede ydelse samt rækkefølge og tidsangivelse for, hvornår de enkelte borgere skulle have besøg. Det var forskelligt i de enkelte afdelinger, hvordan kørelisterne blev lavet. I nogle afdelinger var hjemmesygeplejersker selv ansvarlige for at lave egne kørelister, mens andre havde en lokal planlægger ansat eller benyttede sig af en central planlæggerenhed. Sidstnævnte variation gjorde sig også gældende i hjemmeplejen. Nogle afdelinger havde de nødvendige personalemæssige ressourcer, hvorimod andre havde rekrutteringsudfordringer. I nogle afdelinger i hjemmeplejen var der ansat ufaglært personale og andre faggrupper til udøvelse af grundlæggende pleje.

Det var forskelligt, hvor struktureret og koordineret det formaliserede samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen var i de enkelte enheder. Nogle havde et stærkt samarbejde internt og på tværs af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, mens andre afdelinger ikke havde formaliserede rammer. Hjemmeplejen og hjemmesygeplejen var ofte fysisk adskilte på forskellige geografiske lokationer.

2.3 Deltagere

Deltagere i undersøgelsen var social- og sundhedshjælpere og -assistenter samt sygeplejersker ansat i den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje, hvor de udøvede grundlæggende pleje til borgere i eget hjem. Desuden deltog ledere og planlæggere fra de enkelte afdelinger. I rekrutteringen af deltagere blev der tilstræbt bred variation af faggrupper og anciennitet. Ufaglært personale blev ikke inkluderet, hvorfor undersøgelsens fund vedrørende kompleksiteten i grundlæggende pleje udelukkende afspejler grundlæggende pleje, som den udføres af social- og sundhedshjælpere og -assistenter samt sygeplejersker.

2.4 Dataindsamlingsmetoder

Data blev indsamlet via deltagerobservationer, individuelle interviews og fokusgrupper. Kombinationen af dataindsamlingsmetoder blev valgt med henblik på at få dybdegående indsigt i formålet med undersøgelsen samt belyse dette ud fra forskellige perspektiver. Data blev indsamlet i korte intense tidsperioder i de enkelte kommuner. Dataindsamlingen foregik fra maj til oktober 2021. Mængden og typen af data, som blev indsamlet, var fleksibel i forhold til hvilke muligheder, der eksisterede på det givne tidspunkt i den enkelte kommune.

2.4.1 Deltagerobservation og individuelle interviews

Deltagerobservation blev anvendt til at undersøge, hvordan grundlæggende pleje udføres til borgere i eget hjem, hvordan der samarbejdes herom, og hvilke faktorer, der påvirker udøvelse af grundlæggende pleje. En observationsguide med fokus på *kontekst*, *aktører* og *aktivitet* dannede rammen for dataindsamlingen. I observationerne blev der blandt andet fokuseret på de fysiske rammer i borgerens hjem, interaktion, samarbejde og stemning mellem sundhedsprofessionelle/borgere/pårørende, hvilken pleje der blev udført, samt hvordan fysiske, psykosociale og relationelle behov blev varetaget. De fleste deltagerobservationer foregik i dagvagter på hverdage. I alt blev 24 social- og sundhedshjælpere og -assistenter samt sygeplejersker observeret i 167 timer (tabel 1).

Deltagerobservationerne blev suppleret med individuelle interviews med henblik på at få dybere forståelse for det observerede samt for at få uddybet deltagernes oplevelser med at udøve grundlæggende pleje til borgere i eget hjem. Der blev foretaget både uformelle og formelle interviews. Uformelle interviews er interviews, der ikke var planlagt på forhånd, men som foregik før, under, mellem og efter besøg hos de enkelte borgere. De blev foretaget med alle de sundhedsprofessionelle, der deltog i observationerne og var samtaler, hvor der blev spurgt ind til det observerede og deltagernes oplevelser hermed. Derudover blev der lavet uformelle interviews med blandt andet planlæggere, disponering, sundhedsfaglig udviklingskonsulent, sundheds- og ældrechef samt ledere fra hjemmeplejen og hjemmesygeplejen under besøgene i de enkelte kommuner. I disse interviews blev der overvejende spurgt ind til organiseringen i kommunen og den enkelte enhed, hvad de aktuelt havde fokus på samt organiseringen af det daglige arbejde. Der blev i alt gennemført 31 uformelle interviews (tabel 1) foruden de samtaler, der foregik med øvrigt personale, som havde vagt de pågældende dage for deltagerobservationer.

Formelle interviews med deltagerne blev foretaget med sundhedsprofessionelle, hvor det var muligt at planlægge et interview i løbet af den dag, deltagerobservationerne foregik. De blev oftest foretaget i frokostpausen eller i slutningen af vagten. Interviewene blev lavet med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, som indeholdt spørgsmål relateret til samarbejdet med borgere og andre sundhedsprofessionelle, arbejdet med kontinuitet og øget kompleksitet i borgeres forløb samt oplevelser relateret til det at yde grundlæggende pleje i borgeres eget hjem og muligheder og barrierer i forbindelse hermed. Dog var alle interviews forskellige, idet de blev lavet med udgangspunkt i de observationer, der blev gjort i løbet af dagen.

Der blev ligeledes gennemført formelle interviews med ledere og planlæggere med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide. Interviewguiden indeholdt spørgsmål relateret til deres perspektiv på grundlæggende pleje, den daglige ledelse af medarbejdere, planlægningsarbejdet og aktuelle udfordringer,

ligesom de også blev adspurgt om deres perspektiv på noget af det observerede. Der blev i alt gennemført 15 formelle individuelle interviews (tabel 1).

2.4.2 Fokusgrupper

Fokusgrupper blev anvendt til at opnå yderligere indsigt i kompleksiteten med at udføre og samarbejde om grundlæggende pleje ved at facilitere og observere diskussioner og interaktioner blandt forskellige grupper af sundhedsprofessionelle (Halkier, 2010). I fokusgrupperne deltog ledere og teamledere for hjemmepleje og hjemmesygepleje samt planlæggere, sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere og -assistenter i forskellige konstellationer. Sammensætningen varierede i forhold til muligheder i de enkelte kommuner (tabel 1). En temaguide dannede rammen for fokusgrupperne og indeholdt blandt andet spørgsmål relateret til deltagernes erfaringer med at samarbejde og kommunikere om at yde grundlæggende pleje. Desuden blev der spurgt ind til arbejdet med at organisere, planlægge og lede udøvelse af grundlæggende pleje. Fokusgrupperne i Horsens og Aalborg blev gennemført via Microsoft Teams, og fokusgrupperne i Kalundborg blev gennemført ved fysisk tilstedeværelse. Der blev gennemført i alt fem fokusgrupper med 2-6 deltagere (tabel 1).

2.4.3 Præsentation af dataindsamling i de enkelte kommuner

Nedenstående tabel præsenterer et samlet overblik over dataindsamlingen i de enkelte kommuner fordelt på dataindsamlingsmetode og faggruppe. I rækken *'i alt'* fremgår kumulerede oplysninger, som tilsammen danner det empiriske grundlag for dataanalysen.

Tabel 1. Oversigt over dataindsamling

	HORSENS KOMMUNE			KALUNDBORG KOMMUNE			AALBORG KOMMUNE			I ALT		
DELTAGEROBSERVATION												
	Deltager	*Dage*	*Timer*	*Deltager*	*Dage*	*Timer*	*Deltager*	*Dage*	*Timer*	*Deltager*	*Dage*	*Timer*
	6 Spl.	6	48	2 Spl.	2	16	2 Spl.	2	16	10 Spl.	10	80
	2 SSA	2	12	2 SSA	2	13	3 SSA	3	20	7 SSA	7	45
	3 SSH	3	18	2 SSH	2	12	2 SSH	2	12	7 SSH	7	42
I ALT	**11**	**11**	**78**	**6**	**6**	**41**	**7**	**7**	**48**	**24**	**24**	**167**
FORMELLE INDIVIDUELLE INTERVIEWS												
	Antal	*Informant*		*Antal*	*Informant*		*Antal*	*Informant*		*Antal*	*Informant*	
	3	Spl.		2	Spl.		1	Spl.		6	Spl.	
	2	SSA		2	SSH		1	Hjemmeplejele-der		2	SSA	
	3	SSH					1	Planlægger		5	SSH	
										1	Hjemmepleje-leder	
										1	Planlægger	
I ALT	**8 interviews**			**4 interviews**			**3 interviews**			**15 interviews**		
UFORMELLE INDIVIDUELLE INTERVIEWS												
	Antal	*Informant*		*Antal*	*Informant*		*Antal*	*Informant*		*Antal*	*Informant*	
	11	Observerede		6	Observerede		7	Observerede		24	Observerede	
	1	Hjemmesyge-plejeleder					1	Hjemmesygeplejele-leder		2	Hjemmesyge-plejeledere	
	1	Sundheds- og ældrechef					1	Hjemmeplejeleder		1	Disponering	
	1	Planlægger					1	Sundhedsfaglig ud-viklingskonsulent		1	Sundhedsfag-lig udviklings-konsulent	
	1	Disponering								1	Sundheds- og ældrechef	
										1	Hjemmepleje-leder	
										1	Planlægger	
I ALT	**15 interviews**			**6 interviews**			**10 interviews**			**31 interviews**		
FOKUSGRUPPER												
	Antal	*Informant*		*Antal*	*Informant*		*Antal*	*Informant*		*Antal*	*Informant*	
	1	2 Ledere, 2 SSH		1	2 Spl.		1	3 SSA, 3 SSH		4	Ledere	
				1	2 Ledere, 2 Planlæggere		1	5 SSA, 1 SSH		2	Spl.	
										2	Planlæggere	
										6	SSH	
										6	SSA	
I ALT	**1 FG med 4 deltagere**			**2 FG med 2-4 deltagere**			**2 FG med 6 deltagere**			**5 FG med 2-6 deltagere**		

Note: Spl. er forkortelse for sygeplejerske.

2.5 Dataanalyse

Data blev analyseret ved hjælp af tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Analysen foregik med udgangspunkt i de tre undersøgelsesspørgsmål: *1) Hvordan udøves grundlæggende pleje, og hvordan oplever sundhedsprofessionelle at udøve grundlæggende pleje? 2) Hvordan samarbejder sundhedsprofessionelle på tværs af faggrupper om at udøve grundlæggende pleje?* og *3) Hvilke faktorer påvirker måden, hvorpå grundlæggende pleje udøves?* Data blev analyseret på tværs af dataindsamlingsmetoder og kommuner med henblik på dybdegående udfoldelse af kompleksiteten i grundlæggende pleje til borgere i eget hjem samt for at sikre deltageres anonymitet. Den tematiske analyse foregik i seks faser. I første fase blev interviews gennemlyttet og transskriberet ordret, og deltagerobservationer blev indskrevet digitalt med udgangspunkt i håndskrevne feltnoter. Transskriptioner og feltnoter blev herefter læst af flere omgange, og umiddelbare refleksioner blev noteret undervejs. I anden fase blev indledende koder genereret, hvorefter disse blev organiseret i meningsfulde grupper, der på forskellig vis bidrog til at udfolde kompleksiteten i udøvelsen af grundlæggende pleje. Det kvalitative kodningsprogram NVivo 12 (QSR International, 2022) blev anvendt i denne fase og fremadrettet. I tredje fase blev koderne organiseret i potentielle temaer, og det blev diskuteret hvilke koder, der var henholdsvis over- og undertemaer. I fjerde fase var der fokus på at gennemgå, hvorvidt der eksisterede et sammenhængende mønster i de enkelte over- og undertemaer samt temaernes repræsentativitet i forhold til dybden og bredden af datamaterialet. I femte fase var der fokus på at identificere essensen af hvert tema. Her var der blandt andet fokus på, hvordan tematikkerne er med til at udfolde det undersøgte. I sjette fase blev en samlet analyse forfattet. Denne præsenteres i afsnit 4, Undersøgelsens fund.

2.6 Etik, samtykkeerklæringer, finansiering

Alle interviews blev optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet. Lydfilerne er slettet efter transskription. Alle data og oplysninger er behandlet anonymt og i overensstemmelse med gældende lovgivning. Projektet er anmeldt og registeret ved Region Nordjyllands Forskningsanmeldelse. Region Nordjylland er dataansvarlig.

Deltagerne modtog skriftlig og mundtlig information om projektet, herunder dets formål, at det var frivilligt at deltage, at data blev anonymiseret samt information om opbevaring og anvendelse af data. Alle gav frivilligt samtykke til at deltage i projektet.

Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital har modtaget økonomiske midler fra Fremfærd til gennemførelse af projektet. Midlerne er anvendt til at ansætte forskningsassistenter til at understøtte dataindsamling, analyse og afrapportering.

3. Fundamentals of Care som referenceramme

I denne undersøgelse er den empirisk udarbejdede begrebsramme Fundamentals of Care (FoC) (figur 1) anvendt som referenceramme i dataindsamling, analyse og fremstilling og perspektivering af fund. Undersøgelsens fund skal således ses i lyset heraf. Begrebsrammen FoC synliggør og beskriver kompleksiteten i pleje samt de kontekstuelle faktorer, der influerer herpå. På baggrund af forskning, herunder forskning som belyser borgere og patienters perspektiver, beskriver den også, hvad der skal til for at udøve pleje, der imødekommer patienters/borgeres behov på bedst mulig vis (A. Kitson, 2018; A. Kitson et al., 2013; Laugesen et al., 2021). Med sit empiriske afsæt er begrebsrammen velegnet til at belyse og perspektivere de indsamlede data med henblik på at udfolde den kompleksitet, der er forbundet med at udøve grundlæggende pleje til borgere i eget hjem. De deltagende kommuner arbejder ikke alle med at udøve grundlæggende pleje på baggrund af forståelsen reflekteret i FoC, hvorfor begrebsrammen udelukkende er anvendt som en forskningsmæssig referenceramme.

Begrebsrammen FoC er udviklet med henblik på at sikre, at patienters/borgeres fysiske, psykosociale og relationelle behov imødekommes i enhver situation uanset hvilken kontekst, pleje udøves i. Desuden at pleje udøves med afsæt i fagligt velbegrundede refleksioner og handlinger. Begrebsrammen FoC er én måde at beskrive, hvad pleje indebærer og fordrer. FoC favner en bred forståelse af pleje og afspejler centrale elementer, der er væsentlige for at imødekomme patienters/borgeres behov for pleje (A. Kitson, 2018; A. Kitson et al., 2013; Laugesen et al., 2021).

I FoC betragtes situationsorienteret og personcentreret pleje som den pleje, der opfylder patienters/borgeres behov på en kompetent, respektfuld, personlig og empatisk måde. I enhver situation integreres fysiske, psykosociale og relationelle elementer i pleje, hvilket er i modsætning til opgavecentreret pleje, hvor der primært er fokus på den opgave, der skal udføres og ikke nødvendigvis personen, som opgaven udføres hos. Begrebsrammen består af tre interagerende koncentriske cirkler, som influerer på, og er afhængige af hinanden:

- En central dimension, der fokuserer på relationen mellem patient/borger og den sundhedsprofessionelle
- En dimension, der fokuserer på integrering af pleje identificeret og prioriteret ud fra patienters fysiske og psykosociale behov samt relationelle aspekter, der retter sig mod den sundhedsprofessionelles handlinger
- Yderst en dimension, der omhandler konteksten for pleje

3.1 Den inderste dimension – relation

Den inderste dimension i begrebsrammen FoC understreger, at etablering af en relation mellem patient/borger og den sundhedsprofessionelle er kernen i pleje. Etablering af relationen med en patient/borger er en løbende proces, hvori involvering af patient/borgeren og eventuelt dennes familie/pårørende er nødvendig for at få en fælles forståelse af patientens/borgerens perspektiv og behov for pleje. Relationen er en forudsætning for planlægning og udøvelse af situationsorienteret og personcentreret pleje.

Ifølge FoC begrebsrammen er der fem centrale elementer i etablering af en relation med patienten/borgeren: tillid, opmærksomhed, forudseenhed, viden og evaluering. Relationen starter med etablering af *tillid*, som fordrer, at den, der yder pleje, er pålidelig og tillidsfuld. Når tilliden er etableret, skal den sundhedsprofessionelle være i stand til at fokusere på patienten/borgeren og være *opmærksom* med henblik på at kunne forudse dennes behov gennem forløbet og for bedre at kunne vurdere patientens/borgerens situation. Dernæst er det væsentligt at kunne *forudse* patientens/borgerens behov for pleje, så patienten/borgeren oplever, at dennes fysiske, psykosociale og relationelle behov varetages på en kompetent og sikker måde. I samarbejde med patienten/borgeren afklares det, hvordan man bedst kan hjælpe borgeren. Den sundhedsprofessionelle skal have *viden* om patienten, lære patienten/borgeren og dennes unikke problemer at kende og anvende informationen til i samarbejde med patienten/borgeren at sætte mål, men også til at identificere, hvornår egen viden og færdigheder ikke er tilstrækkelige til at hjælpe patienten/borgeren bedst muligt. Det sidste element omhandler *evaluering* af kvaliteten af relationen. Det vurderes og evalueres, om der er behov for ændringer eller for at genoprette tilliden i relationen. Med henblik på kontinuitet i pleje ligger der i etablering af relationen en forpligtelse til at videregive informationer om patientens/borgerens behov til andre sundhedsprofessionelle (A. Kitson, 2018; A. Kitson et al., 2013; Laugesen et al., 2021).

3.2 Den midterste dimension – integrering af pleje

Den midterste dimension i begrebsrammen FoC fokuserer på, hvordan patienters/borgeres individuelle behov for pleje imødekommes. Patienter/borgere kan have komplekse behov, og det er nødvendigt at integrere fysiske, psykosociale og relationelle elementer i pleje med henblik på at imødekomme disse. De fysiske aspekter retter sig mod patienters/borgeres behov for hjælp til for eksempel personlig hygiejne og mobilisering, og de psykosociale aspekter retter sig mod patienters/borgeres behov for blandt andet at blive involveret og behandlet med respekt. De relationelle aspekter retter sig derimod mod sundhedsprofessionelles handlinger, som eksempelvis at være empatiske og støtte og involvere de pårørende. Med henblik på at kunne integrere disse aspekter af pleje og afklare patienters/borgeres behov er relationen mellem sundhedsprofessionel og patient/borger central. FoC refererer til de essentielle og praktiske elementer i pleje,

som involverer integrering af fysiske, psykosociale og relationelle aspekter. Disse aspekter er væsentlige for alle personer, uanset konteksten, men medtænkes under hensyntagen til patientens/borgerens tilstand og graden af afhængighed af pleje. Der er behov for sammen med patienten at vurdere dennes behov og lave en plan for, hvordan behov for pleje kan imødekommes. Imødekommelse af essentielle behov er afgørende for patienters/borgeres trivsel, sikkerhed, bedring og positive oplevelser i enhver sundhedsmæssig kontekst. Patienters/borgeres oplevelse af pleje påvirkes af, hvordan den enkelte handling udføres, og om fysiske, psykosociale og relationelle aspekter integreres i den enkelte situation. Det betyder, at enhver handling – som eksempelvis at hjælpe en person på toilettet – kan være kompleks, idet handlingen skal være baseret på faglig viden, respekt for patienten/borgeres, sikring af dennes værdighed samt en interaktion, der afspejler empati og medfølelse. Viden om de fysiske, psykosociale og relationelle aspekter af pleje danner grundlaget for den integrerede tilgang i FoC (A. Kitson, 2018; A. Kitson et al., 2013; Laugesen et al., 2021).

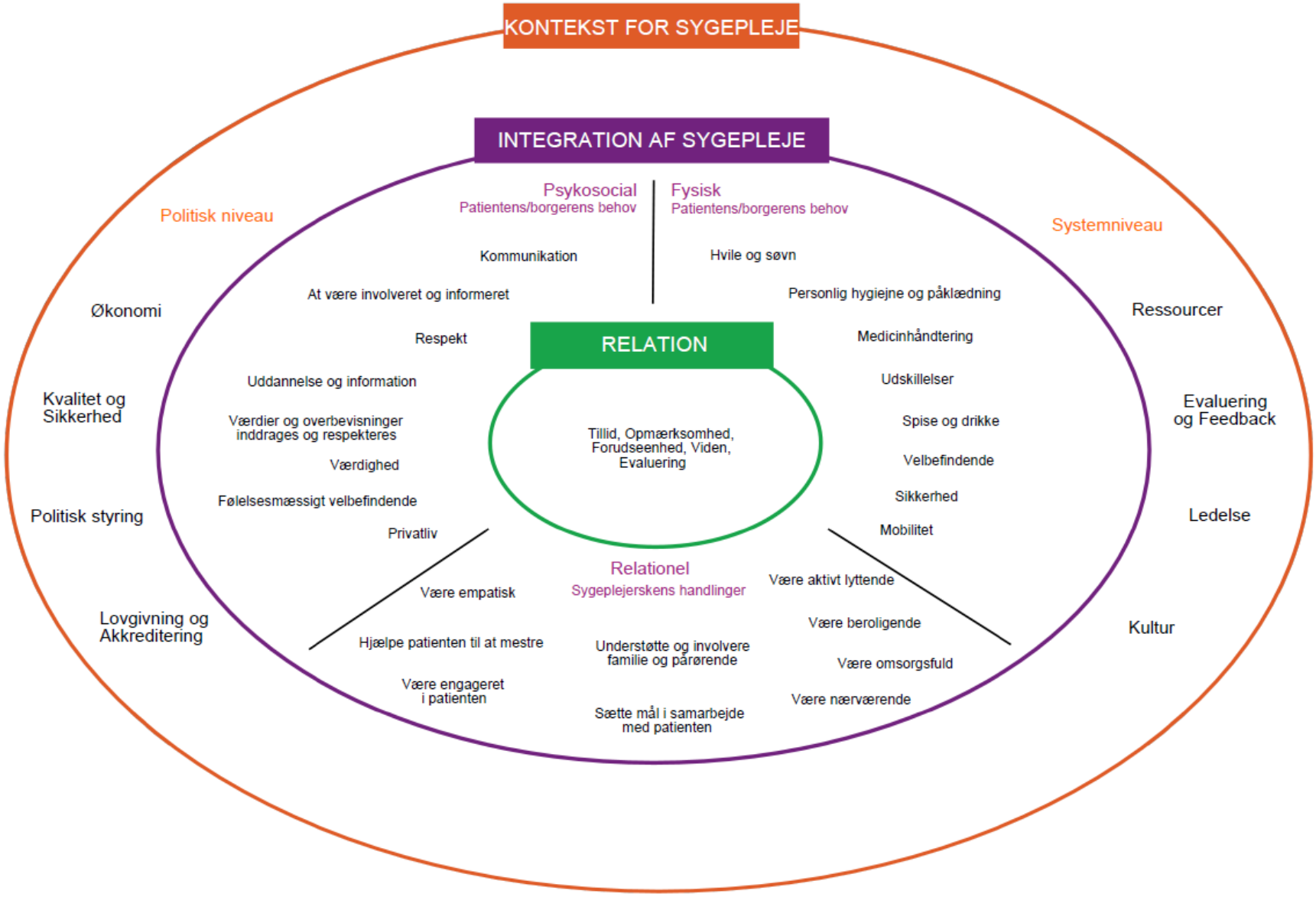
3.3 Den yderste dimension – kontekst for pleje

Den yderste dimension i begrebsrammen FoC omhandler konteksten for udøvelse af pleje, heriblandt hvordan lovgivning, økonomi og lederskab kan påvirke udøvelse af pleje. Den kontekst, som pleje udøves i, har dog også en væsentlig betydning for, hvorvidt og hvordan patienters/borgeres behov imødekommes. Generelt tilskrives manglende evne til at udføre pleje årsager som personalemangel, manglende kompetencer og økonomiske nedskæringer.

Begrebsrammens ydre dimension underbygger, at kontekstuelle faktorer på det organisatoriske og politiske niveau spiller en central rolle for udøvelse af pleje. På det organisatoriske niveau skitseres fire centrale faktorer:

- Ressourcer – herunder blandt andet fysiske rammer, udstyr, infrastruktur og normering blandt personale
- Kultur – omfatter blandt andet systemets værdier og normer, og hvordan personalet bliver anerkendt og respekteret
- Ledelse – herunder for eksempel implicitte og eksplicitte ledelsesstilarter, hvordan roller defineres og understøttes, og hvordan personalet vejledes
- Evaluering og feedback – for eksempel processer på individuelt, team- og organisationsniveau, der giver konstruktiv feedback, identifikation og vurdering af tegn på stress og udbrændthed

Kontekstuelle faktorer på det politiske niveau som økonomi, kvalitet og sikkerhed, politisk styring, lovgivning og akkreditering kan ligeledes have betydning for udøvelse af pleje. Disse politiske faktorer opfattes ofte som værende vanskelige at have indflydelse på. Med henblik på at udøve integreret pleje er det afgørende at tydeliggøre, hvilke menneskelige og kontekstuelle ressourcer der er behov for, hvordan kulturen influerer på måden, hvorpå pleje udøves, om ledelsen støtter personcentreret pleje fremfor opgavefokuseret pleje, og hvordan kvalitet måles (A. Kitson, 2018; A. Kitson et al., 2013; Laugesen et al., 2021).

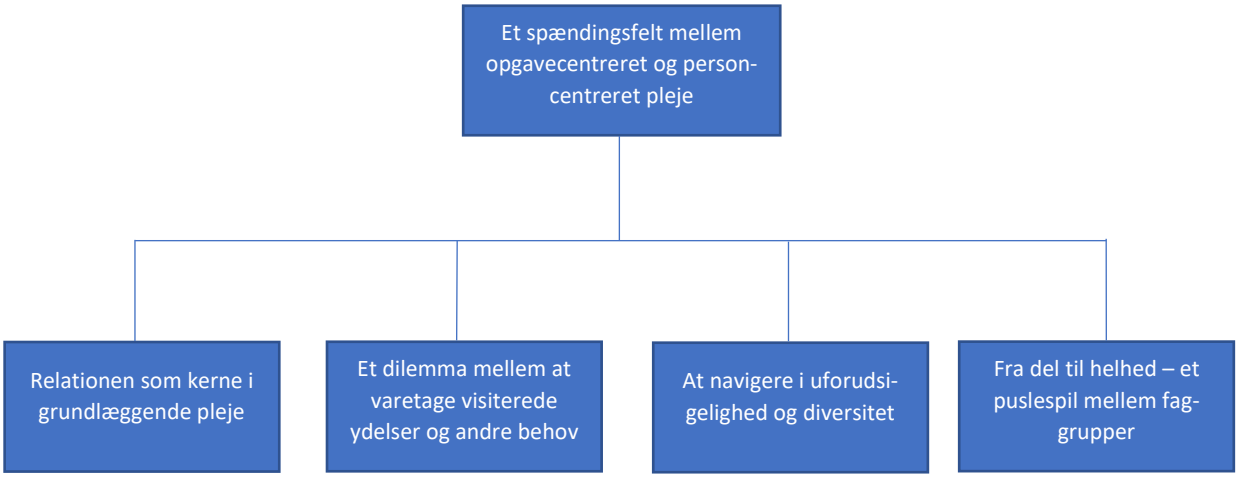


Figur 1. Begrebsrammen Fundamentals of Care. Kilde: International Learning Collaborative (2021): https://ilccare.org/the-framework/

4. Undersøgelsens fund

Fundene består af et overordnet tema, som udfoldes og nuanceres yderligere gennem fire temaer (figur 2). Samlet udfolder fundene den kompleksitet, der er forbundet med at udøve grundlæggende pleje til borgere i eget hjem i kommunal praksis og tydeliggør hvilke faktorer, der har betydning herfor. I det følgende introduceres først det overordnede tema *Et spændingsfelt mellem opgavecentreret og personcentreret pleje,* som danner baggrund og forståelse for de efterfølgende fire temaer; *Relationen som kerne i grundlæggende pleje, Et dilemma mellem at varetage visiterede ydelser og andre behov, At navigere i uforudsigelighed og diversitet* og *Fra del til helhed – et puslespil mellem faggrupper*.

Figur 2. Oversigt over undersøgelsens fund



4.1 Et spændingsfelt mellem opgavecentreret og personcentreret pleje

Et overordnet og centralt fund er, at udøvelse af grundlæggende pleje til borgere i eget hjem i kommunal praksis befinder sig i et spændingsfelt mellem at være opgavecentreret og personcentreret. Opgavecentreret pleje skal forstås som pleje, hvor der primært er fokus på den opgave, der skal udføres og ikke den person, som opgaven udføres hos. Personcentreret pleje skal forstås som pleje, der udføres med udgangspunkt i den enkelte borgers situation, og hvor relationelle, psykosociale og fysiske elementer integreres i pleje. Spændingsfeltet synes at opstå, fordi grundlæggende pleje ydes i en kontekst med fokus på udførelse af plejeopgaver i form af visiterede ydelser, der skal leveres inden for en tidsramme, og som ikke tager højde for den kompleksitet og de mange elementer, der kan være forbundet med at udføre en visiteret opgave. I nogle tilfælde oplever sundhedsprofessionelle, at de organisatoriske rammer, der udspringer af lovgivning og organisering af den kommunale ældrepleje, kan begrænse muligheden for at imødekomme borgeres aktuelle behov. Det kommer blandt andet til udtryk i en fokusgruppe: *"… mennesker passer jo ikke ind i organisatoriske rammer. Vi kan jo ikke sætte rammer op for, hvordan patienterne skal opføre sig, og hvordan de skal have det" (fokusgruppe, Kalundborg)*. Sundhedsprofessionelle oplever, at borgere i den enkelte

situation for eksempel kan have psykosociale og relationelle behov, der rækker ud over de ydelser, de er visiteret til. Det er forskelligt, hvordan de enkelte sundhedsprofessionelle navigerer i disse situationer. Dette afspejler sig i, hvordan grundlæggende pleje udføres, og hvad der fokuseres på i den enkelte situation. Nogle forsøger at imødekomme borgeres aktuelle behov, mens andre fokuserer på udelukkende at udføre den visiterede ydelse.

Spændingsfeltet mellem opgavecentreret og personcentreret grundlæggende pleje synes at foregå på et kontinuum, hvor de to tilgange danner modpoler. På den ene side udfører nogle sundhedsprofessionelle personcentreret pleje, hvor de i situationen integrerer borgeres fysiske, psykosociale og relationelle behov. På den anden side kan personcentreret pleje eksempelvis være udfordret af borgeres andre behov, der ikke kan imødekommes eller den tid, der er afsat til den enkelte ydelse. Der synes dog også at være et sted midt imellem modpolerne, hvor sundhedsprofessionelle forsøger at balancere mellem opgavecentreret og personcentreret pleje. Om dette fortæller en social- og sundhedshjælper:

> *"… det er et tidspres, der er på vores skulder, fra vi starter om morgenen, til vi går hjem, med dårlig samvittighed i forhold til, at man måske gerne vil have haft brugt de fem minutter ekstra. Det gør vi også, selvfølgelig gør vi det, hvis det er nødvendigt. Det er jo ikke sådan, at de kun kommer i én strømpe, og så er vi ude af døren. Men det betyder bare, at så er det måske middagspausen, vores egen middagspause, det går ud over" (fokusgruppe, Aalborg)*

De sundhedsprofessionelle oplever altså at befinde sig i situationer, hvor de selv påvirker de organisatoriske rammer ved at være kreative. Det blev eksempelvis observeret, at de ændrer kørelister, inddrager dele af deres pauser, justerer og vurderer den tid de bruger hos den enkelte borger for at kunne udføre opgaverne, så de imødekommer borgernes aktuelle behov. Generelt fremkommer det af observationer og interviews, at de sundhedsprofessionelle udviser omhyggelighed og professionalisme:

> "Vi har altid for meget at lave, men når jeg gør noget, vil jeg have lov til at gøre det ordentligt" (observation, Horsens)

Sundhedsprofessionelle udviser en faglig stolthed i deres arbejde, der blandt andet kommer til udtryk i den måde, de forsøger at påvirke spændingsfeltet på og skabe balance mellem opgavecentreret og personcentreret pleje. Observationerne viser dog også situationer, hvor sundhedsprofessionelle har deres primære fokus på den visiterede ydelse og ikke integrerer fysiske, psykosociale og relationelle elementer i besøg hos borgere. I disse tilfælde bliver plejen opgavecentreret, hvilket blandt andet kan skyldes fokus på ydelsen og ikke borgeren som person. Dette påpeges i en fokusgruppe med ledere og planlæggere:

> *I1: "(…) Faren bliver, at de bliver en køreliste-sygeplejerske eller en køreliste-SSA-"*
>
> *I2: "De gør det, der står."*

> *I1: "Jeg synes, at det er vores system og vores organisation, der er blevet sådan, at vi opfostrer de her medarbejdere til at være sådan [køreliste-medarbejdere]" (fokusgruppe, Kalundborg)*

Ledere og planlæggere er således enige om, at organiseringen og den overordnede kontekst, som hjemmepleje og hjemmesygepleje udøves i, kan medvirke til at skabe en mere opgavecentreret tilgang til udøvelse af grundlæggende pleje blandt medarbejderne. Andre faktorer som for eksempel sundhedsprofessionelles relationelle og sociale kompetencer samt deres tilgang til og forståelse af grundlæggende pleje ser dog også ud til at have betydning for håndtering af spændingsfeltet, og hvordan grundlæggende pleje udfolder sig hos den enkelte borger. Der synes således at være en stor kompleksitet forbundet med at udøve grundlæggende pleje, og multiple ydre og indre faktorer har betydning for, om der udøves opgavecentreret eller personcentreret pleje. I det følgende beskrives fire temaer, der udfolder den kompleksitet, der knytter sig til spændingsfeltet mellem at udføre opgavecentreret og personcentreret pleje samt udfolder flere nuancer i de faktorer, der knytter sig hertil.

4.1.1 Relationen som kerne i grundlæggende pleje

At udøve grundlæggende pleje hos borgere i eget hjem indebærer, at sundhedsprofessionelle etablerer en relation med mange forskellige borgere i løbet af en dag. Sundhedsprofessionelle betragter relationen som central i deres arbejde, og flere giver udtryk for, at relationen til borgere er en lige så vigtig del som eksempelvis at udøve fysisk pleje: "*det er jo borgeren der er i centrum, og du skal dække både den sociale del og den fysiske og psykiske" (interview, Horsens)*. Relationen mellem sundhedsprofessionelle og borgere, her beskrevet af en sundhedsprofessionel som den sociale del af pleje, betragtes som værende centralt i grundlæggende pleje. Det kan dog være komplekst at indgå i relationer med forskellige borgere, idet det enkelte møde indbefatter en ny situation og fordrer forskellige måder at indgå i- og etablere en relation på. Nogle sundhedsprofessionelle giver udtryk for, at *"den foregår, mens vi arbejder" (fokusgruppe, Aalborg)*, her eksemplificeret ved en andens fortælling: *"det kan godt være jeg arbejder, finder ting frem, men jeg lytter stadigvæk" (interview, Horsens).* Relationen betragtes således som en integreret del af de opgaver, der udøves hos borgere. Der findes også situationer, hvor relationen er i centrum uden øvrige igangværende aktiviteter:

> *"De steder, hvis jeg har rigtig tid til, god tid, så sætter jeg mig også ned og får en halv kop kaffe med dem. Så tager jeg den halve kop kaffe med dem, og det gør jo en verden til forskel for dem, og ja det kalder jeg jo også pleje" (interview, Horsens)*

Citatet eksemplificerer, hvordan relationen med borgere prioriteres som en særskilt aktivitet, men også hvordan sundhedsprofessionelle nogle gange imødekommer borgeres behov i den aktuelle situation ved at være fleksibel inden for de rammer og den tid, de har til den enkelte ydelse. Sundhedsprofessionelle giver dog udtryk for, at de sommetider bevidst undgår at spørge ind til, hvordan en borger har det, "*fordi det kan*

ikke nytte noget, at vi stiller det spørgsmål, hvis vi ikke har tid til at høre på, hvordan borgeren har det" (fokusgruppe, Aalborg). Det er således fremtrædende, at tid kan påvirke relationen og bevirke, at sundhedsprofessionelle ikke får spurgt ind til eksempelvis borgeres psykosociale behov, hvilket kan vanskeliggøre udøvelse af personcentreret pleje. Observationer viser på den anden side, at mange sundhedsprofessionelle er opmærksomme på at signalere til borgere, at de har god tid, fordi "*det er trygt for borgeren, at jeg ikke bare japper igennem (…) og de skal ikke føle skyld over, at vi bliver forsinkede" (observation, Horsens)*. Det synes vigtigt for sundhedsprofessionelle at signalere at have god tid med henblik på at etablere eller bevare en tillidsfuld relation med borgere.

En veletableret relation medfører et kendskab til borgeren, der bevirker, at det er muligt at *"gå mere direkte til sagen" (interview, Aalborg)*. Det medfører også et bedre udgangspunkt for at imødekomme en borgers behov for pleje i den enkelte situation. Sundhedsprofessionelle oplever, at de får en større forståelse for, og et bedre samarbejde med, den enkelte borger om udøvelse af forskellige former for grundlæggende pleje. Relationen har dermed stor betydning for, hvordan grundlæggende pleje varetages hos den enkelte borger. Det er dog også en præmis, at sundhedsprofessionelle ikke kender alle borgere på forhånd. I disse situationer observeres det, at nogle sundhedsprofessionelle på forskellig vis forsøger at opnå kendskab til borgeren, mens andre er mere opgavecentrerede i deres tilgang, hvor de har specifikt fokus på at udføre den visiterede ydelse. Det manglende kendskab til en borger forud for et besøg bidrager derfor til den kompleksitet, der er forbundet med relationen mellem sundhedsprofessionelle og borgere.

Af observationer og interviews fremgår det desuden, at sundhedsprofessionelle tilpasser deres kommunikation til den enkelte borgers situation og præferencer ved for eksempel at bruge humor for at styrke relationen. Sundhedsprofessionelle giver dog også udtryk for, at ikke alle borgere virker interesserede i at etablere og opretholde en relation:

> *"Det er ikke altid alle, der vil have relationerne, men jeg lægger, som i dag, meget op til, at folk skal have muligheden for at vide, at hvis de har lyst, så vil jeg gerne indgå en relation med dem. Hvis de ikke har lyst, så respekterer jeg det også, men de skal føle, at vi er der for dem" (interview, Horsens)*

Der er således situationer, hvor sundhedsprofessionelle imødekommer borgeres behov og respekterer deres autonomi ved at acceptere, at de ikke ønsker en relation af privat og personlig karakter. Dette fordrer dog en opmærksomhed på, hvordan borgeres præferencer for en relation kommer til udtryk. At etablere og vedligeholde en relation med borgere kan således være komplekst, idet borgere har forskellige behov, som sundhedsprofessionelle skal være i stand til at vurdere og imødekomme. Desuden fremkommer det af observationer, at sundhedsprofessionelle anvender forskellige tilgange til etablering og opretholdelse af en relation til borgere. Det kommer særligt til udtryk i samtaler, hvor nogle handler om at tilegne sig kendskab

til borgeres vaner, rutiner og præferencer. Andre har en mere privat karakter, hvor der tales om nylige hændelser i livet, familieforhold, fortid og så videre. Sundhedsprofessionelle giver udtryk for, at en relation med borgeren giver et indblik i dennes aktuelle situation, som de kan bruge til at identificere behov for pleje. Det opleves blandt andet, da en hjemmesygeplejerske (S) besøger en ældre herre (A), som for nyligt har mistet et nærtstående familiemedlem:

> Ifølge kørelisten skal S hjælpe A med medicindosering. S kender A, er kommet i hjemmet i flere år. Hun låser op, råber *"hej"*. Der er stille. S siger: *"Han får sikkert en lur"*, går ind i værelse ved siden af køkken. A sover tungt, hører os ikke. S rører hans arm, siger *"Hej A, det er S"*. A vågner, er lidt fortumlet, siger "*hej, jeg fik da vist en lur"*. S siger han skal tage den med ro, vi venter i køkkenet. A kommer i køkkenet, og S spørger, hvordan det går. A fortæller det er frygtelig hårdt, at han har svært ved at finde lysten til at leve, at det er svært at se meningen med det hele. S nikker, siger at det forstår hun godt. S spørger, om han har tænkt over at se psykolog eller præst (kollega har tidligere talt med ham om det). A mener ikke det nytter, at han bare føler sig rigtig ked af det. Han siger i stedet, at det vil være dejligt, hvis S vil komme og tale med ham ind i mellem, da han føler sig tryg, og er glad for at tale med hende. S siger de kan finde ud af noget i en periode, da hun gerne vil hjælpe. Det kan dog ikke altid kan være hende, der kommer. Hun siger dog *"hver gang jeg er på arbejde, så kigger jeg lige herned"*, hvilket A er meget glad for. S doserer As medicin. A fortæller han har været meget træt på det seneste, og at han hoster en del. S spørger, om han har været ved lægen og fået taget bp nyligt. Det har han ikke. S spørger, om han kan kontakte egen læge. A kigger på S, "*det tror jeg ikke, at jeg får gjort"*. S tilbyder at gøre det, hvilket A tager imod. S ringer til læge, beder om tid til bp og til at få A lyttet på. Hun sætter medhør på, så A kan høre, hvad sekretær siger og blive enige om en tid. S skriver tiden i As kalender. S hjælper også A med at bestille tid til vaccination mod influenza og COVID-19. Efter besøg fortæller S, at hun på baggrund af sit kendskab til A er klar over, at han ikke ville kunne overskue at gøre tingene selv, at han på grund af situationen har brug for ekstra hjælp og besøg, og at hun var glad for, at der var tid til at hjælpe ham i dag (observation, Aalborg)

En veletableret relation med borgerne synes således at have betydning for, hvorvidt sundhedsprofessionelle er i stand til at identificere og imødekomme borgeres behov og udøve grundlæggende pleje, der er personcentreret. Præmissen herfor er dog, at der er tid til at fokusere på borgeren som person, og at den sundhedsprofessionelle har mulighed for at opbygge en relation og et godt kendskab til borgeren på baggrund af kontinuerlige besøg og andres dokumentation. Herved oplever sundhedsprofessionelle, at borgere udtrykker tillid overfor dem og deler bekymringer og problemstillinger, som kan have stor betydning for deres fysiske og psykiske trivsel. Kontinuitet i borgerbesøg ser derfor også ud til at medføre oplysninger, der fremmer udøvelse af personcentreret grundlæggende pleje. Ligeledes er sundhedsprofessionelles sociale og relationelle kompetencer væsentlige for at kunne etablere en relation med den enkelte borger.

4.1.2 Et dilemma mellem at varetage visiterede ydelser og andre behov

Udøvelse af grundlæggende pleje til borgere i eget hjem indbefatter et dilemma mellem at varetage visiterede ydelser, svarende til opgaver angivet på kørelister, og andre behov, som bliver synlige i mødet med borgeren. Dilemmaet opstår, idet sundhedsprofessionelle i mange tilfælde bliver opmærksomme på, at

borgere har andre behov for pleje end dem, som indgår i de visiterede ydelser. Behov som de af forskellige årsager ikke altid har mulighed for at imødekomme. Andre behov kan være ønsket om hjælp til noget, som borgere ikke er visiteret/kan visiteres til, men det kan også være på grund af en uforudsigelig eller akut situation. Det kan eksempelvis være behov for hjælp til praktiske opgaver, som borgere af forskellige årsager ikke selv er i stand til at udføre, koordinering med andre sundhedsprofessionelle, rådgivning eller psykisk støtte. Eksempelvis fortælles og observeres følgende situationer:

> *"Jeg var ude hos en dame på fire-femoghalvfems år, inden jeg kom her. Hun sad og rakte efter nogle krummer, der var nede på gulvet. Jeg ville ikke risikere, hun skulle falde ned. Så var jeg nødt til lige at feje det op for hende. Det tog lige et par minutter ekstra" (fokusgruppe, Aalborg)*
>
> B er visiteret til sårpleje på skulder. Under besøget spørger B, om hun må forsætte med at få smurt benene om aftenen med en bestemt creme. Hjemmesygeplejersken kender ikke cremen, men mener, at den er receptpligtig. Den fremgår ikke af B's medicinkort, hun søger på Google, og spørger om det er noget, B har fået hos lægen mod åreknuder. Det kan B ikke huske, hvorfor de aftaler, at hun spørger B's hjemmehjælper, når de ses dagen efter til triage, og at B derefter får en tilbagemelding (observation, Aalborg)

Episoderne eksemplificerer, hvordan sundhedsprofessionelle af forskellige årsager befinder sig i situationer, hvor de tager sig af flere ting end det, borgerne er visiteret til. Fælles for situationerne er, at de sundhedsprofessionelle på forskellig vis udviser omsorg for borgere og agerer på de særlige behov, der opstår i situationen, hvilket synes at bidrage til personcentreret pleje. Imødekommelsen af de andre behov medfører en øget kompleksitet i udøvelsen af grundlæggende pleje, idet det blandt andet fordrer opmærksomhed på borgeres eventuelle andre behov i situationen. Personcentreret pleje blev dog også observeret i situationer, hvor borgere ikke havde andre behov end de registrerede ydelser. I følgende observation var det tydeligt, at borger (C) og SSH var indforstået med den ydelse, der skulle udføres:

> SSH hilser og går på badeværelset, hvor hun finder vand, klude og øvrige ting, hun skal anvende til at udføre nedre hygiejne. Imens går C ind i soveværelset, lægger sig på sengen og tager underbukserne ned. SSH går ind i soveværelset, hæver sengen og vasker C forneden. De smalltalker, bl.a. om vejr og hvilken kollega, der var forbi i går. SSH *"sådan"*. C svarer *"det var godt. Så kan vi lidt igen"*. SSH går på badeværelset, hvor hun tømmer skål med vand og smider klude ud. SSH afslutter besøget og tager affaldspose med ud (observation, Aalborg)

Besøget bærer præg af, at borger og SSH har en allerede etableret relation, og at de har en fast rutine, hvor de ikke har behov for at italesætte, hvordan besøget skal forløbe, og hvordan ydelsen skal varetages. C giver udtryk for at være tilfreds, og SSH synes at have imødekommet C's behov i den aktuelle situation.

Hjemmesygeplejersker oplever, at borgeres andre behov i høj grad består af koordinering, både internt i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen samt med eksterne sundhedsprofessionelle faggrupper. Således

fortæller en hjemmesygeplejerske, at de varetager andre mindre synlige opgaver end eksempelvis sår behandling, medicindosering og kateterskifte:

> *"Og så har vi jo rigtig, rigtig meget af alt muligt andet i form af koordineringer, opfølgninger på ting og sager, forskellige undersøgelser og alt muligt borgerne har været til. Og få koordineret forløbene sammen med hjælpere og assistenter og andre faggrupper, fys, ergo, læge, sygehus og alt muligt andet, ikke…" (fokusgruppe, Kalundborg)*

Citatet illustrerer, at hjemmesygeplejersker ofte også har en koordinerende rolle, der er lige så vigtig som de øvrige opgaver, idet borgere har behov for hjælp til at koordinere og skabe sammenhæng i deres forløb. I den forbindelse udtaler en hjemmesygeplejerske: *"(…) og det skal vi selvfølgelig også. Jeg kan ikke se lige, hvem der ellers skulle gøre det" (interview, Kalundborg)*. På trods af at borgeres behov kan række ud over besøgets visiterede ydelser, synes der i mange tilfælde at eksistere en kultur blandt sundhedsprofessionelle for at opfylde dem. Dette kan for nogle medføre et dilemma, idet imødekommelse af andre behov kan være tidskrævende. Således observeres der også situationer, hvor sundhedsprofessionelle enten ikke er opmærksomme på borgeres behov eller fravælger at handle herpå. Dette kommer blandt andet til udtryk i en situation, hvor en hjemmesygeplejerske (S), ifølge kørelisten, skal dosere medicin hos en borger (D) og følgende observeres:

> D siger, at *'Min mave er dum'* og hun spørger S, om hun må tage noget andet end HUSK (har fået morfin). S svarer, at D kan tage magnesium, der også står på køkkenbordet, hvilket D er indforstået med. S spørger ikke videre ind til, hvad D mener med, at mave er dum, om hun drikker nok eller andet. Hun fokuserer på at dosere D's medicin og afslutter derefter besøget (observation, Horsens)

Det er fremtrædende, at hjemmesygeplejerskens primære fokus er rettet mod at udføre den opgave, der er registreret på kørelisten, idet hun vælger ikke at spørge nærmere ind til borgerens problemer med maven eller etablere en relation med henblik på at få større viden om borgerens problem i den givne situation. Efterfølgende fortæller hun, at '*vi er nødt til at prioritere, ellers når vi det ikke (opgaverne på kørelisten, red.)' (observation, Horsens)*. Det er således ikke altid, at de sundhedsprofessionelle oplever at have mulighed for at handle på opståede behov i de enkelte situationer, hvorfor der opstår et dilemma mellem at udføre opgaverne på kørelisten eller imødekomme borgeres behov i situationen. Kulturen blandt leder og personale i den enkelte hjemmepleje og hjemmesygepleje synes ligeledes at påvirke, hvad sundhedsprofessionelle fokuserer på:

> *"Jeg synes, der har været nogle forskellige strømninger herude, ikke. Fordi i starten der var det jo netop også det der med, at vi skulle omfavne det hele. Så blev det lidt til 'nu skal I kun have fokus på kerneydelsen' og så skulle man ligesom lukke øjnene lidt for det andet. Man skulle have fokus på de der ydelser, man skulle udføre og så videre. Hvor det nu igen… vi fik at vide på et personalemøde i går, at nu skulle vi ikke være de der ydelsessygeplejersker, nu skal vi igen ud at favne det hele" (fokusgruppe, Kalundborg)*

Den ledelsesmæssige italesættelse af, hvad pleje til borgere i eget hjem indebærer i deres organisation kan således have indflydelse på, hvorvidt andre behov imødekommes, og dermed om udøvelse af den person-centrerede pleje fremmes. Det allerede eksisterende dilemma, som sundhedsprofessionelle kan opleve hos borgere, kan forstærkes af kulturen, der bidrager til at skabe en norm om, at borgeres aktuelle behov skal tilsidesættes. At varetage visiterede ydelser og andre behov synes desuden kompliceret af, at observationerne viser variation i, om sundhedsprofessionelle vælger at imødekomme borgeres behov:

> E spørger SSA, om hun vil ringe til hans læge. SSA spørger først, om han ikke kan bestille tid via nettet, men han ved ikke, hvordan man gør. SSA ringer derfor til egen læge. Mens hun er i telefon kø, fortæller E, at han i går havde bedt en anden SSA ringe for ham, men hun ville ikke, da det ikke var hendes opgave, og fordi der ikke var afsat tid til det. SSA svarer, at det er nok heller ikke deres opgave, men nu gør hun det lige. Hun kommer igennem til lægen og får bestilt en tid (observation, Kalundborg)

Dilemmaet består altså både i at vurdere, hvorvidt borgeres andre behov skal og kan imødekommes inden for de givne organisatoriske rammer, og hvorvidt der skal varetages opgaver, som kolleger tidligere har afvist at varetage. Det synes afhængigt af den enkelte sundhedsprofessionelles fortolkning af, hvad der er deres opgave og ansvar, hvilket medfører forvirring blandt nogle borgere. Desuden synes det at kunne bidrage til uoverensstemmelser blandt kollegaer, idet flere af de inkluderede afdelinger ikke italesatte kompleksiteten i at varetage visiterede ydelser og andre behov. Således svarer en social- og sundhedshjælper i et interview, hvor der spørges ind til, hvordan de i personalegruppen taler om, at de agerer forskelligt i forhold til andre behov: *"Det gør vi sådan set ikke." (interview, Kalundborg)*. Den manglende drøftelse i personalegruppen synes at bidrage yderligere til den forskellighed, der eksisterer i, hvorvidt sundhedsprofessionelle varetager andre behov.

4.1.3 At navigere i uforudsigelighed og diversitet

At udføre grundlæggende pleje til borgere i eget hjem er forbundet med at skulle navigere i uforudsigelighed og diversitet. Det skyldes, at de sundhedsprofessionelle ikke altid kender den enkelte borgers tilstand, og dermed dennes behov for pleje, når de træder ind i hjemmet: *"(…) Vi ved jo ikke, hvad vi træder ind ad døren til." (fokusgruppe, Kalundborg)*. Interviews og observationer viser, at uforudsigeligheden og diversiteten på den ene side er forbundet med, at arbejdet i kommunal praksis vedbliver at være spændende. På den anden side kan det også medføre usikkerhed på egne faglige kompetencer i forhold til at kunne imødekomme borgeres forskelligartede behov.

Uforudsigelighed og diversitet i borgeres behov for grundlæggende pleje er med til at nuancere og udfolde kompleksiteten i de sundhedsprofessionelles arbejde, idet besøgene kræver bred faglig viden samt en bred vifte af kompetencer. De sundhedsprofessionelle føler ofte et stort ansvar for den enkelte borger og for at udføre den bedst mulige pleje i hver enkelt situation. Det synes dog udfordret af, at de ofte udfører

opgaverne alene, og at der kan være behov for mange forskelligartede kompetencer i den enkelte situation. Dette blev eksempelvis observeret på besøg hos en ældre herre (F), som en hjemmesygeplejerske (S) bliver kaldt til, da en social- og sundhedsassistent har observeret, at F's kateter a demeure (KAD) er tilstoppet. Under besøget besluttede S at skylle kateteret og efterfølgende at skifte det. Det var dog længe siden, hun havde skyllet og anlagt et kateter:

> F har ikke de nødvendige remedier til at skylle kateter i boligen, hvorfor S henter disse i bilen. Hun ringer desuden til kollega, da det er længe siden, hun har skyllet KAD. De taler om, hvad hun skal bruge og gennemgår proceduren. Tilbage hos F forsøger S at skylle KAD. Hun forklarer undervejs F, hvad hun gør. S pauserer når F ømmer sig, inden hun forsøger igen. Det lykkes ikke. Hun forklarer F, at KAD virker stoppet, at der nok skal lægges et nyt. S spørger, om det er ok. F siger, at der vel ikke er noget alternativ (han smiler). S finder ting til kateteranlæggelse, som hun lægger på sengebord. Hun er rolig, og fortæller hele tiden F, hvad hun gør. Hun trækker vand ud af kateterballon, fjerner gammelt KAD, smører nyt KAD med bedøvende creme og anlægger det, det lykkes i anden omgang. F ømmer sig undervejs, men siger han er ok. Undervejs ringer S' telefon. Hun siger, at den må vente. S er i tvivl om kateteret ligger korrekt, da der ikke kommer urin i posen. Hun aftaler med F, at en SSH, der kommer snart, skal observere og tage urinprøve fra hvis muligt. F nikker og siger, at det er fint. S fortæller også, at hun sammen med hans faste hjemmesygeplejersker vil drøfte, om der skal lægges en plan, der kan afhjælpe de tilbagevendende problemer med KAD. S har to ubesvarede opkald, da vi kommer ud (observation, Kalundborg)

Episoden eksemplificerer, hvordan sundhedsprofessionelle grundet uforudsigelighed og diversitet kan befinde sig i situationer, hvor de er usikre på den opgave, der skal udføres, men samtidig skal balancere mellem fokus på borger og opgaven. I dette tilfælde har S fokus på at integrere F's psykosociale og relationelle behov samtidig med det fysiske element af pleje. Der er dermed en anden form for kompleksitet forbundet med denne type situationer, idet det kan være komplekst både at håndtere egen faglig usikkerhed samtidig med at skulle informere borgeren, respektere dennes værdighed samt bevare ro og overblik. Desuden kan det kompliceres yderligere af at skulle navigere i uforudsigelige forstyrrelser, eksempelvis i form af telefonopkald.

Observationerne viser også, at sundhedsprofessionelle til tider befinder sig i situationer, hvor de er nødt til at være kreative i den måde, de udfører pleje på, for at kunne imødekomme borgeres behov. Kreativiteten kan skyldes uforudsigelige situationer, men også manglende udstyr og materialer i borgeres hjem: *"Og de bliver sendt hjem uden at have de rigtige hjælpemidler eller uden, der er nogle pårørende til at sørge for dem. Det kan være mange forskellige ting, der kan være i vejen" (fokusgruppe, Aalborg).* Det observeres eksempelvis på et besøg hos en borger, som er forholdsvis ny i hjemmeplejen:

> SSA tømmer G's kateter i en frysepose, da G endnu ikke har fået en urinkolbe hjem. Henvendt til forsker siger SSA *"vi må bruge det der nu engang er nogle gange"*. SSA lægger posen med urin i affaldsposen i køkken. SSA tager affaldsposen med da besøget afsluttes (observation, Kalundborg)

De sundhedsprofessionelle forsøger på bedste vis at imødekomme borgeres behov på trods af eksempelvis manglende udstyr. Behovet for kreativitet i arbejdet synes at være med til at understrege, hvorledes uforudsigelighed kan øge kompleksiteten i at udføre grundlæggende pleje til borgere i eget hjem. Uforudsigeligheden og diversiteten i borgeres plejebehov medfører behov for faglig sparring med kolleger, som besidder specialiseret viden inden for et givent fagområde. Eksempelvis observeres det, at der sker vidensdeling med hjemmesygeplejersker, der har efteruddannelse inden for demens-, sår-, inkontinens- og borgernær sygepleje. Desuden var der i mange afdelinger et ledelsesmæssigt fokus på faglig udvikling af medarbejderne med henblik på at sikre, at de havde de rette kompetencer. For eksempel udtaler en hjemmeplejeleder:

> *"Jeg er opstartet med mange ting i forhold til det faglige og tager nogle forskellige instanser udefra ind i forhold til at få mere fokus på faglighed. Der arbejdede vi med audit, triage og medarbejdernes kompetencer. Hvad er det for eksempel lige, de skal vide for at kunne dokumentere omkring borgerne inde i CURA-systemet (interview, Aalborg)*

Der synes således at være en ledelsesmæssig opmærksomhed på behovet for at identificere medarbejdernes udviklingsområder samt styrke deres kompetencer i forhold til at varetage den diversitet, uforudsigelighed og kompleksitet, der knytter sig til at udføre og dokumentere grundlæggende pleje til borgere i eget hjem. Fokus på faglig udvikling var essentielt for de sundhedsprofessionelles oplevelse af at være i stand til at imødekomme borgeres mangeartede behov og at udøve god og sikker pleje til borgere.

4.1.4 Fra del til helhed – et puslespil mellem faggrupper

Når der udøves grundlæggende pleje til borgere i eget hjem er der ofte at være behov for at indsamle og videreformidle viden på tværs af sundhedsprofessionelle faggrupper for at kunne skabe et helhedsbillede af borgeren. Helhedsbilledet er centralt, idet det muliggør personcentreret pleje, hvor den enkeltes borgers samlede behov imødekommes. Grundlæggende pleje udføres dog ofte fragmenteret, idet borgere har mange forskellige og komplekse plejebehov, der varetages af forskellige faggrupper. Som konsekvens heraf besidder sundhedsprofessionelle forskellige former for viden om den enkelte borger alt efter hvilke opgaver, der knytter sig til den enkeltes fagområde. Om dette udtaler en hjemmesygeplejerske:

> *"Og hjælperne og assistenterne har enormt mange informationer om borgerne. Det har de. De kender dem på en helt anden måde, fordi de kommer der hver eneste dag, og vi kommer måske en gang om ugen eller en gang hver fjortende dag" (fokusgruppe, Kalundborg)*

Fragmenteringen skaber således behov for vidensdeling på tværs af faggrupper, hvilket er essentielt med henblik på at samle de enkelte dele af pleje til et helhedsbillede af den enkelte borgers tilstand og behov for pleje. I mange tilfælde er eksempelvis hjemmesygeplejersker afhængige af at indsamle informationer fra hjemmeplejen, idet social- og sundhedshjælpere og -assistenter ofte kommer hyppigere i den enkelte

borgers hjem og således har et andet kendskab til dennes aktuelle situation og tilstand. Hjemmeplejens og hjemmesygeplejens viden komplementerer derfor hinanden, og deres samarbejde er vigtigt for at samle delelementer til en helhed.

Fragmenteringen i udøvelse af grundlæggende pleje kommer også til udtryk i situationer, hvor én faggruppe må tilkalde en anden faggruppe til at udføre bestemte opgaver. På en social- og sundhedsassistents (SSA) besøg hos en ældre herre (H) observeres følgende:

> H fortæller, at hjemmesygeplejersken (S) tidligere på dagen har skiftet forbinding nederst på et ben. Forbindingen må ikke blive våd, hvorfor den skal tildækkes mens bad foregår. SSA finder husholdningsfilm og plastpose i køkkenet, som hun sætter om forbindingen. Bad gennemføres, og SSA opdager, at forbindingen er våd. Hun ringer til hjemmesygeplejen og forklarer situation. Hun viderestilles, og S, som har lagt forbindingen, besvarer opkaldet. S er i nærheden, og de aftaler, at hun kommer og skifter forbindingen med det samme. Få minutter efter kommer S, og mens hun skifter forbinding, finder SSA støttestrømper og dertilhørende hjælpemiddel. S spørger SSA om det er ok, at hun sætter plaster og forbinding som hun gør ift. at give støttestrømpe på. SSA svarer, at det er det. S går igen og SSA giver H støttestrømpe på (observation, Aalborg)

Eksemplet illustrerer blandt andet forskelligheden i de opgaver, de sundhedsprofessionelle faggrupper varetager, og at en enkelt situation i mange tilfælde kræver tilstedeværelse af sundhedsprofessionelle fra flere faggrupper afhængig af plejebehovets karakter. Fragmenteringen i udøvelse af grundlæggende pleje synes i nogle tilfælde at være en barriere for at imødekomme borgeres behov i den enkelte situation, hvilket nogle sundhedsprofessionelle dog er opmærksomme på. For eksempel siger en hjemmesygeplejerske:

> *"Ja, vi skal ikke være for fine til at hjælpe på toilettet (…) Du ved hjælpe i tøjet eller lige smøre en mad eller et eller andet. Fordi der kan man også få et syn på borgeren, som man måske ikke får i vores hverdag, ikke." (fokusgruppe, Kalundborg)*

Trods differentieringen i hvilke opgaver, de enkelte sundhedsprofessionelle faggrupper varetager, italesætter flere, at de gerne udfordrer den oprindelige fordeling for at imødekomme borgeres behov i situationen, hvis de besidder de rette kvalifikationer. Dette illustrerer en personcentreret tilgang til pleje, men observationerne viser også eksempler på situationer, hvor sundhedsprofessionelle udelukkende fokuserer på opgaver svarende til eget fagområde.

Fragmenteringen af opgaverne mellem faggrupper synes altså at bidrage til kompleksiteten i at skabe et helhedsbillede af borgeren. Dette forstærkes af, at der organisatorisk eksisterer fysisk og ledelsesmæssig adskillelse af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen i de fleste kommuner. Adskillelsen bidrager blandt andet til, at de sundhedsprofessionelle er afhængige af kollegaers dokumentation og/eller et formelt rum for sparring og vidensdeling. Dette eksempelvis for at få et helhedsbillede eller kvalificere faglige vurderinger i borgeres aktuelle forløb. Vidensdelingen sker både som struktureret sparring og samarbejde i og på tværs

af de enkelte grupper, eksempelvis i form af triage, men også uformelt mellem enkelte sundhedsprofessionelle i løbet af arbejdsdagen ved behov. Nogle beskriver samarbejdet mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen som værende velfungerende og uproblematisk, mens andre oplever, at det kan være mangelfuldt:

> *"Jeg tror, at vi i hjemmeplejen arbejder lidt på hvert sit… eller det gør vi ikke. Det lyder også sådan [forkert], ikke hvert sit spor vel, men hjemmeplejen ordner det, vi skal ordne, og sygeplejen ordner det, de skal. Og så er det først, når vi har brug for det, at vi har det tværfaglige [samarbejde]. Det kunne med sikkerhed godt styrkes endnu mere" (fokusgruppe, Horsens)*

Helhed i borgeres forløb og imødekommelse af deres komplekse behov synes således at være et puslespil mellem faggrupper og er udfordret af, at hjemmeplejen og hjemmesygeplejen arbejder adskilt og ikke altid har mulighed for, eller prioriterer, at have tæt kontakt i komplekse borgerforløb. Der opstår nogle gange misforståelser mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, idet de "*ikke altid taler samme sprog" (fokusgruppe, Horsens)* på grund af deres forskellige faglige fokus i udøvelse af pleje til borgere. Desuden kan manglende kontinuitet i borgerforløb være en barriere for at understøtte helhed i borgerforløb. Ledere og planlæggere tilstræber kontinuitet i de medarbejdere, der kommer hos borgere, men det kan være svært, hvilket en planlægger fortæller:

> *"Altså det bestræber jeg mig jo alt på og jeg kan også mandag have tænkt 'det her, det kommer bare til at spille hele ugen fordi når X har fri, så kører X der de to dage. Og når X har fri, så kører X der'. Indtil man står med en sygemelding, tre sygemeldinger, som vi gjorde i går. Det rykker jo planen hele ugen (…)" (interview, Aalborg)*

Foruden sygemeldinger er faktorer som optimering af kørelister, undgåelse af unødvendig kørsel og match af medarbejderens kompetencer i forhold til borgeres behov medvirkende til at udfordre muligheden for at skabe kontinuitet i borgerforløb. Ligeledes opleves rekrutteringsudfordringer samt brug af vikarer at være barrierer herfor. Om dette udtaler en hjemmeplejeleder:

> *"Det der med at bruge eksterne vikarer, det synes jeg ikke er særlig godt - i forhold til borgeren. Der kommer mange forskellige i hjemmet. Jeg synes, det er bedst, at vi er vores egen kerne. Og de forpligter sig jo ikke på opgaven på samme måde. Og det kan man jo heller ikke forvente, vel. Ikke fordi, de klarer opgaverne rigtig fint, det har ikke noget med det at gøre. Men det er bare ikke det samme. Og samarbejdet i gruppen i forhold til at have eksterne, det er bare heller ikke det samme" (interview, Aalborg)*

Brug af vikarer anerkendes som vigtigt for at kunne imødekomme borgeres behov, men det medfører også, at de faste medarbejdere oplever at få flere arbejdsopgaver, da der før og efter vikarvagter ofte er løse ender, der enten skal planlægges eller følges op på. Desuden kan brug af vikarer udfordre kontinuiteten i plejen hos den enkelte borger, hvilket synes at komplicere de sundhedsprofessionelles mulighed for at samle et helhedsbillede af den enkelte borger yderligere.

5. Konklusion

Formålet med undersøgelsen var at udfolde den kompleksitet, der er forbundet med at udøve grundlæggende pleje til borgere i eget hjem i kommunal praksis. Formålet blev belyst gennem tre undersøgelsesspørgsmål, der tilsammen udfolder kompleksiteten: *1) Hvordan udøves grundlæggende pleje, og hvordan oplever sundhedsprofessionelle at udøve grundlæggende pleje? 2) Hvordan samarbejder sundhedsprofessionelle på tværs af faggrupper om at udøve grundlæggende pleje?* og *3) Hvilke faktorer påvirker måden, hvorpå grundlæggende pleje udøves?*

Fokuseret etnografi blev anvendt som forskningsdesign, og data blev indsamlet ved hjælp af deltagerobservationer, individuelle interviews og fokusgrupper. Dette med henblik på at få dybdegående indsigt i formålet med undersøgelsen samt belyse det fra forskellige perspektiver. Deltagerne var social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, planlæggere samt ledere. Begrebsrammen FoC er anvendt som referenceramme til at belyse og perspektivere de indsamlede data med henblik på at udfolde den kompleksitet, der er forbundet med at udøve grundlæggende pleje til borgere i eget hjem. Undersøgelsens fund skal derfor ses i lyset heraf. Undersøgelsens fund er præsenteret i fem temaer. Det overordnede tema, *Et spændingsfelt mellem opgavecentreret og personcentreret pleje,* danner baggrund og forståelse for de efterfølgende fire temaer; *Relationen som kerne i grundlæggende pleje, Et dilemma mellem at varetage visiterede ydelser og andre behov, At navigere i uforudsigelighed og diversitet* og *Fra del til helhed – et puslespil mellem faggrupper*.

Samlet set viser undersøgelsen, at kompleksiteten i at udøve grundlæggende pleje til borgere i eget hjem udfolder sig i et spændingsfelt mellem opgavecentreret og personcentreret pleje. Med baggrund i FoC skal opgavecentreret pleje forstås som pleje, hvor der primært er fokus på den opgave, der skal udføres og ikke den person, som opgaven udføres hos. Personcentreret pleje forstås som pleje, der udføres med udgangspunkt i den enkelte borgers situation, og hvor relationelle, psykosociale og fysiske elementer integreres i pleje. Grundlæggende pleje ydes i en kontekst, hvor service- og sundhedslov rammesætter de ydelser, som skal udføres hos den enkelte borger. På den ene side skal sundhedsprofessionelle varetage visiterede ydelser angivet på en køreliste inden for en bestemt tid. På den anden side møder sundhedsprofessionelle borgere som det hele menneske med dennes fysiske, psykosociale og relationelle behov i den enkelte situation. Spændingsfeltet kan opstå, fordi de sundhedsprofessionelle oplever, at de enkelte ydelser ikke nødvendigvis tager højde for kompleksiteten og de mange elementer, der kan indgå i en enkelt plejeopgave. Der er forskel på om og hvordan, sundhedsprofessionelle integrerer fysiske, psykosociale og relationelle behov i udøvelse af grundlæggende pleje hos borgere. I nogle situationer tilstræber sundhedsprofessionelle at imødekomme borgeres behov, mens de i andre situationer oplever at have begrænsede muligheder for det. Undersøgelsen viser, at sundhedsprofessionelle navigerer forskelligt i spændingsfeltet, og at

spændingsfeltet indeholder et kontinuum, hvor de to tilgange danner modpoler. Der synes dog også at være et sted midt i mellem, hvor sundhedsprofessionelle balancerer mellem opgavecentreret og personcentreret pleje.

Fundene viser, at udøvelse af en enkelt opgave hos borgere i eget hjem omfatter mange elementer, som på forskellig vis bidrager til kompleksiteten i grundlæggende pleje. Kompleksiteten kommer allerede til udtryk i mødet mellem sundhedsprofessionel og borger, idet sundhedsprofessionelle anvender deres faglighed og sociale og relationelle kompetencer til at indgå i og etablere en relation til mange borgere med forskellige relationelle behov. Kompleksiteten viser sig yderligere ved, at sundhedsprofessionelle oplever divergens i deres muligheder for at opbygge en relation og et godt kendskab til de enkelte borgere. Generelt giver sundhedsprofessionelle udtryk for, at relationen er kernen i grundlæggende pleje, og at den har betydning for, hvorvidt de er i stand til at identificere og imødekomme borgeres behov for grundlæggende pleje. Desuden er det at navigere i uforudsigelighed og diversitet et grundvilkår, som også har betydning for, hvordan borgeres behov imødekommes. Uforudsigelighed og diversitet kræver, at sundhedsprofessionelle har en omfattende faglig viden samt en bred vifte af kompetencer. Kompleksiteten synliggøres yderligere ved, at grundlæggende pleje til den enkelte borger ofte er fragmenteret og fordelt mellem forskellige faggrupper på grund af lovgivningen, der rammesætter den kommunale ældrepleje. Som konsekvens heraf har den enkelte sundhedsprofessionelle forskellig viden om den enkelte borger. Fragmenteringen skaber derfor et stort behov for vidensdeling, samarbejde internt og på tværs af faggrupper samt et fælles sprog om grundlæggende pleje med henblik på at skabe et helhedsbillede af den enkelte borger. Et helhedsbillede der er centralt for udøvelse af personcentreret pleje.

Multiple faktorer synes at have betydning for kompleksiteten i grundlæggende pleje og sundhedsprofessionelles udførelse af opgavecentreret eller personcentreret pleje. De knytter sig blandt andet til ydre faktorer som de organisatoriske rammer, der udspringer af lovgivning og organisering af den kommunale ældrepleje, lederes identificering af udviklingsområder, kultur for udøvelse af grundlæggende pleje, tid, rekrutteringsudfordringer og brug af vikarer, sundhedsprofessionelles mulighed for kompetenceudvikling, samarbejde mellem sundhedsprofessionelle faggrupper, mulighed for kontinuitet i borgerforløb samt fragmentering af plejeopgaver mellem faggrupper. De knytter sig desuden til indre faktorer som sundhedsprofessionelles forståelse af grundlæggende pleje og ansvarsområde, faglighed, kreativitet og fleksibilitet i imødekommelse af borgeres behov samt sundhedsprofessionelles relationelle og sociale kompetencer.

6. Implikationer for praksis

Undersøgelsen bidrager med en beskrivelse og nuancering af den kompleksitet, der er forbundet med at udøve grundlæggende pleje til borgere i eget hjem. Beskrivelsen kan danne afsæt for udvikling af en fælles forståelse for, hvorfor udøvelse af grundlæggende pleje er komplekst, og hvad der påvirker kompleksiteten. Undersøgelsens fund kan anvendes som grundlag for, at ledere og medarbejdere i fællesskab drøfter, hvad grundlæggende pleje er, og hvad det fordrer at udøve personcentreret pleje. Et fælles udgangspunkt kan være med til at skabe en fælles forståelse og et fælles sprog for grundlæggende pleje. Dette kan være essentielt for at imødekomme borgeres behov og understøtte medarbejderes muligheder for at udøve den bedst mulige pleje i de eksisterende organisatoriske rammer. I praksis kan undersøgelsens fund bidrage til:

- At italesætte hvad grundlæggende pleje er
- At synliggøre kompleksiteten i grundlæggende pleje
- At danne afsæt for at udvikle en fælles forståelse af hvad grundlæggende pleje er blandt medarbejdere og ledelse og på tværs af faggrupper
- At forstå hvilke faktorer der påvirker udøvelse af grundlæggende pleje
- At eksemplificere opgavecentreret og personcentreret pleje
- At understøtte sundhedsprofessionelles muligheder for at udøve personcentreret pleje

Referencer

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11752478

Dahl, B. M., & Clancy, A. (2015). Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *29*(4), 679–687. https://doi.org/10.1111/scs.12196

Danmarks Statistik. (2020a). *59 pct. flere over 80 år i 2030*. www.dst.dk/nyt/30674

Danmarks Statistik. (2020b). *Fortsat færre ældre bor i pleje- og ældreboliger*. https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=32187

de Meijer, C., Wouterse, B., Polder, J., & Koopmanschap, M. (2013). The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review. *European Journal of Ageing*, *10*(4), 353–361. https://doi.org/10.1007/s10433-013-0280-x

Elstad, J. I., & Vabø, M. (2008). Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care. *Scandinavian Journal of Public Health*, *36*(5), 467–474. https://doi.org/10.1177/1403494808089557

Feo, R., Conroy, T., Jangland, E., Muntlin Athlin, Å., Brovall, M., Parr, J., Blomberg, K., & Kitson, A. (2018). Towards a standardised definition for fundamental care: A modified Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(11–12). https://doi.org/10.1111/jocn.14247

Gautun, H., & Syse, A. (2017). Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. *Nordic Journal of Social Research*, *8*. https://doi.org/10.7577/njsr.2204

Halkier, B. (2010). Focus groups as social enactments: Integrating interaction and content in the analysis of focus group data. *Qualitative Research*, *10*(1), 71–89. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1468794109348683

He, W., Goodkind, D., & Kowal, P. (2016). *An Aging World: 2015.* https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1088.9362

Higginbottom, G. M. A., Pillay, J. J., & Boadu, N. Y. (2013). *Guidance on Performing Focused Ethnographies with an Emphasis on Healthcare Research*. *18*, 1–16.

Hvidberg, M. F., Johnsen, S. P., Davidsen, M., & Ehlers, L. (2020). A Nationwide Study of Prevalence Rates and Characteristics of 199 Chronic Conditions in Denmark. *PharmacoEconomics - Open*, *4*(2), 361–380. https://doi.org/10.1007/s41669-019-0167-7

Kitson, A. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, *67*(2), 99–107. https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271

Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. Adelaide, South Australia: School of Nursing, the University of Adelaide.

Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath, J., & Robertson-Malt, S. (2010). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*. https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x

Kitson, A., & Soerensen, E. E. (2017). Crossing the caring chasm. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(13–14), 1753–1756. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.13619

Knoblauch, H. (2005). Focused Ethnography. *Forum: Qualitative Social Research*, *6*(3), 1–14.

Larsen, A., Broberger, E., & Petersson, P. (2017). Complex caring needs without simple solutions: the experience of interprofessional collaboration among staff caring for older persons with multimorbidity at home care

settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *31*(2), 342–350. https://doi.org/10.1111/scs.12352

Laugesen, B., Grønkjær, M., Kusk, K. H., Kitson, A., & Voldbjerg, S. L. (2021). Præsentation af begrebsrammen FoC. In T. L. Damsgaard, M. Grønkjær, & I. Poulsen (Eds.), *Fundamentals of Care. Klinik, ledelse, uddannelse og forskning* (1st ed., p. 248). Munksgaard.

Neiterman, E., Wodchis, W. P., & Bourgeault, I. L. (2015). Experiences of older adults in transition from hospital to community. *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne Du Vieillissement*, *34*(1), 90–99. https://doi.org/10.1017/S0714980814000518

Nortvedt, P., Pedersen, R., Grøthe, K. H., Nordhaug, M., Kirkevold, M., Slettebø, A., Brinchmann, B. S., & Andersen, B. (2008). Clinical prioritisations of healthcare for the aged--professional roles. *Journal of Medical Ethics*, *34*(5), 332–335. https://doi.org/10.1136/jme.2007.020693

Pickard, L., Comas-Herrera, A., Costa-Font, J., Gori, C., di Maio, A., Patxot, C., Pozzi, A., Rothgang, H., & Wittenberg, R. (2007). Modelling an entitlement to long-term care services for older people in Europe: projections for long-term care expenditure to 2050. *Journal of European Social Policy*, *17*(1), 33–48. https://doi.org/10.1177/0958928707071879

QSR International. (2022). *Qualitative Data Analysis Software | NVivo*. https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home

Roper, J. M., & Shapira, J. (2000). Ethnography in nursing research. In *Methods in nursing research, v. 1*. SAGE.

Ruge, M., & Houlberg, K. (2020). *VIVEs kommunetal 2020.5: Færre hjemmehjælpstimer til ældre, især uden for hovedstadsområdet*.

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

Tufte, P. (2013). Is There Time Enough? Temporal Resources and Service Performance in the Danish Home Care Sector. *Nordic Journal of Working Life Studies*, *3*(2 SE-Articles). https://doi.org/10.19154/njwls.v3i2.2552

Tufte, P., & Dahl, H. M. (2016). Navigating the field of temporally framed care in the Danish home care sector. *Sociology of Health & Illness*, *38*(1), 109–122. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12343

Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M., & Pietilä, A.-M. (2014). Living longer at home: a qualitative study of older clients' and practical nurses' perceptions of home care. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(21–22), 3206–3217. https://doi.org/10.1111/jocn.12569

Vinge, S. (2018). *Kompleksitet i den kommunale sygepleje – En analyse af sygeplejerskernes perspektiver på kompleksitet i sygeplejen*.

Vinge, S., & Topholm, E. H. (2021). Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne. In *VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velværd*. https://www.vive.dk/media/pure/15862/5251831

Yeandle, S., Chou, Y.-C., Fine, M., Larkin, M., & Milne, A. (2017). Care and caring: interdisciplinary perspectives on a societal issue of global significance. *International Journal of Care and Caring*, *1*, 3–25. https://doi.org/10.1332/239788217X14866278171183

Kontakt:
Britt Laugesen
Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje
Sdr. Skovvej 15
9000 Aalborg

E-mail: britt.laugesen@rn.dk

AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
– i gode hænder