

www.sintef.no





SINTEF RAPPORT

SINTEF Unimed

Postadresse: Boks 124, Blindern
0314 Oslo

Besøksadresse: Forskningsveien 1

Telefon: 22 06 73 00

Telefaks: 22 06 79 09

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer

En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien

FORFATTER(E)

Christina Hofseth og Reidun Norvoll

OPPDRAGSGIVER(E)

Norsk Sykepleierforbund

RAPPORTNR. STF78 A033501	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Sonny Hellem	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-02942-2	PROSJEKTNR.	ANTALL SIDER OG BILAG 100+26
ELEKTRONISK ARKIVKODE Document4	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Christina Hofseth <i>Christina Hofseth</i>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Arne H. Eide <i>Arne H. Eide</i>	
ARKIVKODE	DATO 2003-01-20	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Arne H. Eide, forskningssjef <i>Arne H. Eide</i>	

SAMMENDRAG

Med kommunenes økte ansvar for helsetjenester, og et utvidet og tydeliggjort ansvar for pleie- og omsorgstjenestene, aktualiseres spørsmålet om kvaliteten på de kommunale helsetjenestene generelt, og spørsmålet om tilfredsstillende medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse spesielt. Gjennom denne undersøkelsen søkes det å frambringe kunnskap som bidrar til å belyse følgende problemstillinger: 1) Hva kjennetegner pasientenes helsetilstand, og i hvilken grad har pasienter i sykehjem og hjemmesykepleien behov som krever medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse? 2) I hvilken grad mener sykepleierne at pasienter i sykehjem og hjemmesykepleien ivaretas på en kvalitetsmessig og faglig forsvarlig måte? 3) Hvilke organisatoriske faktorer mener sykepleierne har betydning for å sikre en kvalitetsmessig og faglig forsvarlig oppfølging av pasienter i sykehjem og hjemmesykepleien?

Selv om hjemmesykepleiens pasientgruppe er noe mer sammensatt, preges pasientgruppene samlet sett av eldre med omfattende pleiebehov og et relativt stort omfang av sykелighet. Sykелigheten i begge pasientgruppene vurderes som tiltagende. Felles for tjenestene er at behovet for grunnleggende stell og sykepleie synes godt ivaretatt, men at bildet er noe mer sammensatt når det gjelder utvidet sykepleie og behandling. Særlig pasienter med psykiske lidelser framstår som en stor utfordring for tjenestene. Variasjonene synes å være store mht hvor god kvaliteten på tjenestene vurderes å være. I begge tjenestene er det særlig følgende forhold ved bemannings-situasjonen som vurderes å påvirke pasientivaretakelsen på en negativ måte: For lav grunnbemanning, for lav sykepleierbemanning, stor andel ufaglærte og utilstrekkelig samlet kompetanse i personalgruppa. Disse forholdene gjør seg særlig gjeldende på kveldstid og i helger.

Avslutningsvis i rapporten pekes det på utfordringer og dilemmaer som disse tjenestene synes å stå overfor i tiden framover.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Kvalitet	Quality
EGENVALGTE	Primærhelsetjeneste	Primary Health Care
	Sykepleie	Nursing
	Kompetanse	Competence/ Expertise

Forord

Foreliggende rapport er det skriftlige hovedresultatet av et oppdrag SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning fikk fra Norsk sykepleierforbund (NSF) i begynnelsen av 2002. Oppdraget har bestått i å gjennomføre et prosjekt med målsetting om å bidra med kunnskap om pasientene, og hvordan de ivaretas, i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene i en tid hvor ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenestene er under endring.

Prosjektet har inneholdt en omfattende datainnsamling, hvor sykepleiere over hele landet har bidratt. Et spesielt stort bidrag har kommet fra de sykepleiere, ledere og leger i de utvalgte sykehjem og hjemmesykepleietjenestene som vi har studert spesielt. I tillegg til at mange har stilte opp til intervju, har en rekke sykepleiere tatt det ekstraarbeidet det medfører å gjennomføre en omfattende kartlegging av pasienter. I gjennomføringen av prosjektet har vi også vært helt avhengige av engasjerte og innsatsvillige ledere på ulike nivåer i tjenestene. Vi vil takke alle for innsatsen.

Ved prosjektets oppstart etablerte NSF en referansegruppe for prosjektet, bestående av to sykepleiere med lang erfaring fra henholdsvis sykehjem og hjemmesykepleie, en sykepleier med erfaring som bl.a. kommunal omsorgssjef, en førsteamanuensis ved Institutt for Sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo, og to representanter for oppdragsgiver. Referansegruppen har deltatt aktivt både som gruppe og som enkeltpersoner som på forespørsel har bidratt med svar på spørsmål og tilbake-meldinger innenfor de områder som de har best kjennskap til. Våre møter med referansegruppen har vært under ledelse av Sonny Hellem, NSF, som også har vært vår primære kontaktperson i NSF gjennom prosjektet.

Ved SINTEF Unimed har følgende deltatt i prosjektet:

Forsker Reidun Norvoll

Forsker Mitch Loeb

Seniorforsker Per Christian Vareide

Seniorforsker Bård Paulsen

Cand.polit. Tonje Gundersen

Forskningsjef Arne H. Eide (kvalitetssikring)

Cand.polit Christina Hofseth (prosjektleder)

Oslo, januar 2003

Arne H. Eide

Reidun Norvoll

Christina Hofseth

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	ii
1 INNLEDNING OG MÅLSETTINGER FOR UNDERSØKELSEN	1
1.1 INNLEDNING.....	1
1.2 PROBLEMSTILLINGER.....	2
1.3 PERSPEKTIVER OG BEGREPER.....	3
1.4 GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN.....	5
1.5 RAPPORTENS STRUKTUR	5
2 UTVALG OG METODE.....	7
2.1 UTVALG I KARTLEGGINGSUNDERSØKELSEN OG INTERVJUUNDERSØKELSEN	7
2.2 UTVALG I SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSEN.....	9
2.3 GJENNOMFØRING AV DELUNDERSØKELSENE.....	10
3 KARTLEGGINGSUNDERSØKELSEN I SYKEHJEM	12
3.1 OM PASIENTGRUPPEN.....	12
3.2 SYKDOMSDIAGNOSER	13
3.3 MEDISINERING OG MEDISINSK BEHANDLING.....	16
3.4 PROBLEMER OG TILTAK.....	17
3.5 VURDERINGER AV TJENESTETILBUDET.....	23
3.6 OPPSUMMERING.....	25
4 INTERVJUUNDERSØKELSEN I SYKEHJEM.....	27
4.1 GENERELL BESKRIVELSE AV SYKEHJEMMENE OG AVDELINGENE	27
4.2 BEBOERNES HELSETILSTAND	28
4.3 KVALITET PÅ TJENESTENE I SYKEHJEM	30
4.4 ORGANISATORISKE FORHOLD SOM PÅVIRKER KVALITETEN PÅ TJENESTEN	35
4.5 OPPSUMMERING.....	42
5 SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSEN I SYKEHJEM	43
5.1 KVALITETSVURDERINGER.....	43
5.2 FORHOLD AV BETYDNING FOR TJENESTENS KVALITET	45
5.3 OPPSUMMERING.....	49
6 KARTLEGGINGSUNDERSØKELSEN I HJEMMESYKEPLEIEN	50
6.1 OM PASIENTGRUPPEN.....	50
6.2 SYKDOMSDIAGNOSER	51
6.3 MEDISINERING OG MEDISINSK BEHANDLING.....	54
6.4 PROBLEMER OG TILTAK.....	55
6.5 VURDERINGER AV TJENESTETILBUDET.....	60
6.6 OPPSUMMERING.....	63
7 INTERVJUUNDERSØKELSEN I HJEMMESYKEPLEIEN.....	65
7.1 GENERELLE INNTRYKK FRA KOMMUNENE.....	65
7.2 PASIENTENES HELSETILSTAND	67
7.3 KVALITETEN PÅ PASIENTIVARETAKELSEN	69
7.4 ORGANISATORISKE FORHOLD SOM PÅVIRKER KVALITETEN PÅ TJENESTEN	74
7.5 OPPSUMMERING.....	79
8 SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE I HJEMMESYKEPLEIEN	81
8.1 KVALITETSVURDERINGER	81
8.2 FORHOLD AV BETYDNING FOR TJENESTENS KVALITET	84
8.3 OPPSUMMERING.....	87
9 OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE DISKUSJON	89
9.1 OPPSUMMERING SYKEHJEM	89
9.2 OPPSUMMERING HJEMMESYKEPLEIEN.....	91
9.3 DILEMMAER OG UTFORDRINGER I TIDEN FREMOVER.....	94
REFERANSELISTE	98
VEDLEGG.....	101

Sammendrag

Bakgrunnen for denne undersøkelsen har vært at kommunene har fått økt ansvar for helsetjenester, og et utvidet og tydeliggjort ansvar for utbygging og utforming av pleie- og omsorgstjenestene. Dette ansvaret, inkludert behandlingsoppgaver, forventes også å øke i tiden framover. Samtidig har det fra flere hold blitt påpekt at kvaliteten på de kommunale helsetjenestene på flere områder ikke er tilfredsstillende, og at det ikke er tilstrekkelig personell med medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse i kommunehelsetjenestene. På denne bakgrunn søker undersøkelsen å belyse følgende **problemstillinger**:

1. Hva kjennetegner pasientens helsetilstand, og i hvilken grad har pasienter i sykehjem og hjemmesykepleien behov som krever medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse?
2. I hvilken grad mener sykepleierne at pasienter i sykehjem og hjemmesykepleien ivaretas på en kvalitetsmessig og faglig forsvarlig måte?
3. Hvilke organisatoriske faktorer mener sykepleierne har betydning for å sikre en kvalitetsmessig og faglig forsvarlig oppfølging av pasienter i sykehjem og hjemmesykepleien?

Det er i undersøkelsen benyttet en **metodisk tilnærming** som inkluderer både kvantitative og kvalitative metoder. Undersøkelsen har vært gjennomført i form av tre delstudier i sykehjem og hjemmesykepleien. Gjennom en *kartleggingsundersøkelse* har sykepleiere ved henholdsvis ett sykehjem og utvalgte deler av hjemmesykepleietjenesten i tre kommuner, kartlagt enkeltpasienters medisinske diagnoser og problemer, samt sider ved det tjenestetilbudet pasientene mottar. Sykepleierne gjorde også vurderinger av kvaliteten på tiltak som ble gjennomført overfor pasientene. Henholdsvis 290 og 402 pasienter i sykehjem og hjemmesykepleien ble kartlagt på denne måten. Det ble videre gjennomført totalt 41 *dybdeintervjuer* av institusjonsledere, avdelingssykepleiere, øvrige sykepleiere og leger hovedsakelig tilknyttet de samme tjenestestedene. Videre ble det gjennomført en landsdekkende *spørreskjemaundersøkelse*, som omfatter svar fra 1069 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleie. Gjennom denne innhentes vurderinger av kvalitet og faglig forsvarlighet i tjenestene, og av hvilke organisatoriske faktorer som har betydning for svikt i ivaretakelsen av pasientenes behov.

I **sykehjemmene** ble det gjennomført kartlegging av pasienter i til sammen 10 ordinære korttids- og langtidsavdelinger, dvs. ikke inkludert f.eks. skjermede demensavdelinger. De intervjuede avdelingssykepleierne og øvrige sykepleierne er fra de samme avdelingene, samt en avdeling som ikke hadde kapasitet til å gjennomføre kartleggingsundersøkelsen, altså totalt 11 avdelinger.

Beboernes helsetilstand og problemer

Kartleggingsundersøkelsen viste at pasientgruppen, hvor 95 % var 70 år eller eldre, kjennetegnes av et stort omfang sykdomsbilder, nedsatt funksjonsevne og omfattende pleie- og omsorgsbehov. Praktisk talt alle pasientene hadde en aktiv diagnostisert lidelse som var under behandling eller som krevde spesiell oppmerksomhet fra helsepersonell, og 75 % hadde 3 eller flere. Minst 68 % av pasientene hadde en aktiv hjerte-/karsykdom. Minst 57 % hadde en tilsvarende nevrologisk lidelse, inkludert at 38 % av pasientene hadde diagnostisert demens. Det tilsvarende tallet for muskel- og skjelettsykdommer var 46 %, og for respirasjonslidelser 11 %. En aktiv kreftdiagnose er registrert hos 10 % av pasientene. Over 30 % av pasientene hadde en aktiv psykisk lidelse. Nærmere halvparten av pasientene oppgis å ha smerter, de fleste kroniske. Tilnærmet alle pasientene fikk medisiner daglig, og 73 % trengte hjelp til å ta medisiner. I løpet av den siste måneden hadde 20 % av pasientene hatt behov for øyeblikkelig legehjelp (ø-hjelp). Over halvparten av pasientene oppgis å ha et ernæringsproblem, og 43 % trengte fysisk hjelp til å spise eller drikke. I intervjuene beskrives pasientene som eldre, og med større grad av alvorlig

fysisk og mental svekkelse, enn tilfellet var tidligere. I tillegg til at pleiebehovet er stort, oppgis også pasientenes sammensatte sykdomstilstander å ha ført til økt omfang av sykepleieprosedyrer og medisinsk behandling de senere årene. Dette forklares særlig med endringene i spesialisthelsetjenesten, og gjaldt i enda større grad i korttids- enn i langtidsavdelingene.

Kvalitet og forsvarlighet i tjenestene

Basert på vurderinger av tiltakene som er iverksatt overfor den enkelte pasient i kartleggingsundersøkelsen, framkommer at det grunnleggende pasientstellet vurderes som godt ivaretatt i sykehjemmene. Det samme gjelder i all hovedsak også for medisinerings, generelt sett. Likevel vurderes smerteproblematikk, sammen med ernæringsproblematikk, som et av de områdene hvor tiltakene samlet sett er minst tilfredsstillende gjennomført. Omfanget av tiltak i forhold til ernæringsproblematikk vurderes også som utilstrekkelige. Psykiske og sosiale behov synes også vanskelig å imøtekomme i tilfredsstillende omfang. Grunnleggende sykepleieoppgaver vurderes som tilfredsstillende gjennomført, mens tilfellet ikke er det samme for mer spesialiserte sykepleieprosedyrer. Det synes å være et visst utilfredsstilt behov for medisinsk utredning og legetilsyn for pasientene. Behov for et annet tjenestetilbud enn det de nå får ble vurdert å være til stede for 23 % av pasientene, og behovet synes størst for plass i skjermet sykehjemsavdeling.

Gjennom intervjuundersøkelsen framkom det store forskjeller mellom sykehjemmene, men også mellom avdelinger innenfor hvert sykehjem, mht vurderinger av hvor god pasientivaretagelsen er. Særlig ved ett av sykehjemmene var variasjonene mellom avdelingene store, fra generelt god pasientivaretagelse til marginal, og også overveiende uforsvarlig på en rekke områder. Samlet sett vurderes kvaliteten på den generelle sykepleien i hovedsak som relativt god, men sykepleierne er noe mer delt i synet på kvaliteten av det grunnleggende stellet enn det kartleggingsundersøkelsen tilsier. Blandede er også vurderingene av den medisinske siden ved sykepleien og sykepleiefaglige prosedyrer, selv om dette ble høyt prioritert. At viktige observasjoner ikke ble foretatt, eller ikke rapportert tidsnok vanskeliggjorde den medisinskfaglig baserte sykepleien. I tråd med resultatene fra kartleggingsundersøkelsen framsto de største kvalitetsmanglene knyttet til ernæring og ivaretagelse av psykososiale behov.

Spørreskjemaundersøkelsen bekrefter flere hovedtrekk fra de tre sykehjemmene. Pasientenes behov for grunnleggende stell framstår som godt ivaretatt, men psykiske lidelser og psykososiale behov framstår som de største problemene for sykehjemmene å ivareta godt, sammen med demensproblematikk og behovet for fysisk aktivitet. Det er også disse områdene det særlig knyttes faglig uforsvarlig pasientivaretagelse til, noe som 17 % av sykepleierne mente forekommer jevnlig i deres avdeling. Gjennomsnittlig sett vurderes 17 % av pasienten å ha behov for et annet tjenestetilbud, og behovet synes størst for plasser i skjermet sykehjemsavdeling og plasser i psykiatrisk eller psykogeriatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten.

Organisatoriske faktorer som påvirker kvaliteten i tjenestene

Gjennom intervjuene ga de fleste sykepleierne uttrykk for at de trives i arbeidet sitt, og at nærheten til beboerne var en viktig kilde til arbeidsglede og innsats. På den andre siden opplevde mange at manglende muligheter til å gjøre arbeidet på en faglig tilfredsstillende måte var kilde til frustrasjon. Særlig ble stort tidspress og forhold knyttet til bemanning og kompetansen i personalgruppen vurdert som viktige årsaker til vanskeligheter med å ivareta pasientene på en kvalitetsmessig god og faglig forsvarlig måte; For lav grunnbemanning, for lav sykepleierbemanning og utilstrekkelig kompetanse i personalgruppen, særlig på kveld og helg. Stor andel ufaglærte svekket også den faglige kvaliteten. Sykehjemmene med best grunnbemanning og sykepleierbemanning var mest tilfreds med kvaliteten på pleien og med arbeidsmiljøet. Ved flere avdelinger var det dårlige muligheter for avdelingssykepleierne til å arbeide med ledelse i avdelingene. Legetilsynet ble framstilt som rimelig godt.

I spørreskjemaundersøkelsen framkommer de samme organisatoriske faktorene som årsaker til nedsatt kvalitet i tjenestene, og inntrykket av en utilstrekkelig bemanningssituasjon i helgene forsterkes.

Brukerne av **hjemmesykepleien** er noe mer sammensatt aldersmessig enn beboerne i sykehjem, men 75 % av pasientene var likevel 70 år eller eldre og 47 % var 80 år eller eldre. Det framkom også her en viss sykелighet og omfattende pleie- og omsorgsbehov, selv om omfanget av sykелighet og sammensatte sykdomstilstander synes noe mindre enn i sykehjemmene. Andelen pasienter med psykiske lidelser, respirasjonssykdommer og kreft er tilnærmet lik den i sykehjemmene, men for de øvrige sykdomskategorier som vi viste til i sykehjemmene er andelen noe lavere blant pasientene i hjemmesykepleien. Andelen med diagnostisert demens var 13 %, men flere ble vurdert som forvirrede og med nedsatt hukommelse. Mens 85 % tok medisiner daglig, trengte over 60 % hjelp til å administrere medisiner. At 18 % av pasientene hadde vært innlagt på sykehus og 20 % hadde hatt behov for øyeblikkelig medisinsk hjelp i løpet av den siste måneden, tilsier et visst omfang av ustabile helsetilstander. Omtrent halvparten av pasientene ble oppgitt å ha ernæringsproblemer, og en enda større andel psykiske eller sosiale problemer, deriblant ensomhet. Rusproblemer er registrert hos 10 %. Spekteret av sykepleietiltak som ble iverksatt overfor pasientene er stort, og mer spesialiserte sykepleieprosedyrer ble ikke iverksatt i vesentlig mindre grad i hjemmene enn i sykehjemmene.

I intervjuene beskrives pasientgruppen som sammensatt, selv om den største andelen er eldre, pleietrengende, og relativt syke pasienter. Omsorgen for demente og pasienter med psykiske lidelser framstår som en vesentlig oppgave. I alle kommunene synes det som at endringene i spesialisthelsetjenesten har ført til at hjemmesykepleien i økende grad må ivareta sykere pasienter, utføre mer spesialiserte prosedyrer og dekke rehabiliteringsbehov.

Kvalitet og faglig forsvarlighet i tjenestene

Som for sykehjemmene synes grunnleggende stell å ivaretas godt, mens det er større problemer knyttet til ernæringsbehov, psykiske og sosiale behov, samt smerteproblematikk. Noen av de mer utbredte, grunnleggende sykepleietiltakene, som medisiner og sårstell, vurderes som relativt godt gjennomført, men dette er ikke tilfelle for alle de ulike sykepleietiltakene. Det synes samtidig som om sykepleierne ikke er kontinuerlig involvert i en rekke tiltak hvor dette kunne forventes. Forskjellen mellom tjenestestedene er her store. Det samme gjelder for hyppigheten av besøk fra hjemmesykepleien. Samlet sett vurderes denne som tilfredsstillende for 73 % av pasientene. Nærmere 30 % vurderes å ha et udekket behov for medisinsk utredning, mens 19 % av pasientene ble vurdert å ha behov for opphold i døgninstitusjon, derav flest i sykehjem eller omsorgsbolig.

I intervjuene vurderes kvalitet på pasientivaretakelsen grunnleggende sett som god, selv om det kan forekomme mangler i oppfølgingen, faglig uforsvarlighet og feil eller avvik. Av kvalitetsmangler som oppgis i hjemmesykepleien forekommer følgende hyppigst: Svikt i sykepleieprosedyrer og medisiner, utilstrekkelige observasjoner og uteglemte besøk. Svikt knyttes særlig til demenspasienter, rehabiliteringspasienter, pasienter med dårlig ernæringsstilstand og pasienter som krever mer omfattende tilsyn. I intervjuaundersøkelsen framstår også et noe mer nyansert og sammensatt bilde av ivaretakelsen av kvaliteten på det grunnleggende stedet.

Fra spørreskjemaundersøkelsen finner vi at særlig psykiske lidelser, psykososiale behov, rusproblematikk og pasientenes behov for fysisk aktivitet er de områdene som tjenestene finner vanskeligst å ivareta godt. Når det gjelder behov og oppgaver som vurderes å ivaretas faglig uforsvarlig, noe som 16 % av sykepleierne oppgir at skjer jevnlig, knyttes dette i størst grad til psykiske lidelser, psykososiale behov og til medisiner. Et visst udekket behov for legetjenester bekreftes, sammen med pasienters behov for et annet tjenestetilbud.

Organisatoriske forhold som påvirker kvaliteten i tjenestene

Sykepleierne ga i stor grad uttrykk for å trives i hjemmesykepleien, og særlig verdsette det varierte, selvstendige og lite rutinepregede i arbeidsformen. Ved alle tjenestestedene påpekes kapasitetsproblemer på grunn av en økning i antall brukere og andel syke og sterkt pleietrengende pasienter, uten tilsvarende opptrapping av bemanningen. Organisatoriske faktorer som fremkommer som særlig kritiske for ivaretagelse av pasientene er sammenfallende med de vi så i sykehjemmene; tidspress, utilstrekkelig grunnbemanning generelt og sykepleierbemanning spesielt, samt høy andel ufaglærte. Bemanningsproblemet framstår særlig på kveld og i helger. En høy andel ufaglærte framheves som særlig problematisk i en tjeneste hvor det er vanskelig å kvalitetssikre utøvelsen av tjenesten som foregår i hjemmene. Dokumentasjons- og rapporterings-systemene oppgis også å være mangelfullt ivaretatt.

Spørreskjemaundersøkelsen bekrefter i all hovedsak at de samme faktorene vurderes som de sentrale, bl.a. sykepleierbemanningen.

Avslutningsvis i rapporten diskuteres noen av **tjenestenes dilemmaer og utfordringer** i tiden framover. Her framholdes spørsmålet om i hvilken grad, og på hvilken måte, man skal integrere ulike helsetjeneste- og behandlingsperspektiver i utformingen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

I undersøkelsen har sykepleierne i stor grad framhevet personellsituasjonen, og særlig lav bemanning og utilstrekkelig kompetanse, som årsak til kvalitetsmangler ved tjenestene. Det savnes kompetanse i grunnleggende pleie, bla. som følge av mange ufaglærte. Samtidig savnes utvidet kompetanse, bla. som følge av økt sykkelighet i pasientgruppa og økt omfang av spesialiserte sykepleieprosedyrer. Sykepleiernes kompetanse synes også å ha betydning for kvaliteten på det grunnleggende stellet. Det er store variasjoner i bemanning generelt og sykepleierbemanning spesielt i de utvalgte tjenestene i undersøkelsen, og på landsbasis. I de utvalgte kommunene synes det å være en sammenheng mellom både sykepleier- og grunnbemanning på den ene siden, og arbeidsmiljø og tjenestekvalitet på den andre. Bemanningsbehovet framstår likevel ikke som noe "bunnløst sluk", da bemanningen også enkelte steder oppgis som tilfredsstillende. Det synes som om spørsmål om grunnbemanning, sykepleierbemanning og kompetanse i personalgruppen vil måtte bli sentrale i videre diskusjoner om kvalitetsutvikling av tjenestene.

Helt til slutt i rapporten pekes det på behovet for en diskusjon om sykepleierrollen og arbeidsdelingen mellom de pleiefaglige yrkesutøverne i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Det synes her hensiktsmessig å knytte diskusjonene om arbeidsdelingen til et perspektiv på personalet som team, samspillet mellom de ulike yrkesgruppene og den kompetansen de besitter og yrkesgruppens gjensidige betydning for hverandres arbeid.

1 Innledning og målsettinger for undersøkelsen

1.1 Innledning

I de siste tiårene har oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommuner, fylkeskommuner og staten ført til at kommunene har fått et økt ansvar for helsetjenester og et utvidet og mer klargjort ansvar for utbygging og utforming av pleie- og omsorgstjenestene (St.meld. nr. 28 (1999-2000)).

Flere faktorer har bidratt til denne utviklingen. For det første fører økt levealder til en økende andel eldre med kroniske sykdommer og aldersdemens. Et forbedret medisinsk behandlingstilbud reduserer dødeligheten av sykdommer som hjerneslag, kreft, og hjerte- og lungesykdommer, og gjør at flere lever med funksjonssvikt. For det andre har deinstitutionaliseringen og endringene i spesialisthelsetjenestens funksjon og organisering ført til at kommunene har fått ansvar for stadig flere pasientgrupper som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Dette har økt kommunenes ansvar for medisinsk behandling, habilitering/rehabilitering og omsorgstjenester til personer med psykisk og fysisk funksjonshemming.

Sykehusenes organisering og behandlingsmetoder har endret seg de siste årene. Poliklinisk behandling øker og liggetiden går ned. Dette har ført til at kommunene overtar en større andel av ansvaret for personer med særlig behov for medisinsk behandling, symptombehandling og kompetansekrevende pleie. Dette omfatter også personer med psykiske lidelser, og alvorlig syke og døende (NOU 1992:2, St.meld. nr. 25 (1996-97)). I tillegg har en økende andel eldre som skrives ut av sykehus til kommunehelsetjenesten fortsatt medisinske behov (Statens helsetilsyn 1999ab).

De helsepolitiske visjonene i de senere årene kan tyde på at sykehusene vil bli stadig mer spesialisert. Dette vil øke kommunenes ansvar for mer generelle og langvarige medisinske tjenester i årene fremover. Kommunene blir dermed en av de viktigste aktørene for å dekke befolkningens behov for helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester. Hvordan kommunene skal imøtekomme disse behovene har derfor vært et viktig helsepolitisk spørsmål i de senere årene. Diskusjonen har dreid seg om behovet for korttidsplasser i sykehjem, endret funksjon for sykestuene og behovet for å opprette en halvannenlinjetjeneste. Videre har man diskutert muligheter for å vri sykehjemmenes funksjon mot mer behandlingsrettede oppgaver. Økt vekt på medisinske funksjoner i sykehjem og i hjemmesykepleien vil stille store krav til kommunene når det gjelder legetjeneste og sykepleiefaglig kompetanse for å sikre faglig forsvarlige helsetjenester (Statens helsetilsyn 2001, Sosial- og helsedepartementet 1999). Endringene fører også til at samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten blir enda viktigere (Gautun m.fl. 2001).

På samme tid som kommunenes ansvar for helsetjenester øker, er det påpekt at tilbudet til pasienter med medisinske og sykepleiefaglige behov er for dårlig ivaretatt i kommunenes pleie- og omsorgstjenester (Den norske lægeforening 2001a, St.meld. nr.31 (2001-2002)). Det understrekes også at rehabiliteringstjenestene er for dårlig utbygget i kommunene. I 25 % av fylkeslegenes rapporter om kommunehelsetjenesten påvises det for dårlige samarbeidsrutiner mellom allmennlegetjenesten og hjemmebaserte tjenester (jf. SHD 1999). Melsom m.fl. (2001) påpeker at tilbudet om smertelindring for kreftpasienter er mangelfullt i de hjemmebaserte tjenestene. Videre fremkommer det også mangler ved pleie- og omsorgstilbudet i sykehjemmene, særlig i forhold til psykososial omsorg (Slagsvold 1999a).

Endringene i kommunenes oppgaver har viktige implikasjoner for kompetanse - og personell-sammensetning i sektoren. I tillegg fører utviklingen til at stadig flere pasientgrupper med behov for pleie- og omsorgstjenester vil være kommunenes ansvar i tiden fremover. Utviklingen vil stille

store krav til ledelse og organisatoriske modeller som sikrer god kvalitet og faglig forsvarlighet i hjemmebaserte tjenester og sykehjem. Kommunenes pleie- og omsorgstjeneste er en sektor som lenge har hatt problemer med personelldekningen (SHD 2001, NSF 2001). Det vil derfor være en særlig utfordring å rekruttere og beholde tilstrekkelig antall personell med helsefaglig kompetanse. Hvordan man på best mulig måte kan tilrettelegge for en god ivaretagelse av pasientenes medisinske behov og sykepleie- og omsorgsbehov, vil derfor være en viktig utfordring for kommunene i tiden fremover.

1.2 Problemstillinger

På bakgrunn av dette fikk SINTEF Unimed i oppdrag av Norsk Sykepleierforbund å gjennomføre en undersøkelse som skal bidra til å kartlegge og belyse sider ved kvaliteten på helsetjenestene i kommunene. Undersøkelsen skal særlig belyse omfang av pasienter med medisinske og sykepleiefaglige behov innenfor sykehjem og hjemmesykepleien. Videre skal prosjektet innhente sykepleieres vurdering av kvaliteten på tjenestene, og de organisatoriske faktorer som synes å ha størst betydning for sykepleiernes muligheter for å ivareta pasientene på en kvalitetsmessig og faglig forsvarlig måte.

Undersøkelsen skal belyse følgende tre problemstillinger:

1. *Hva kjennetegner pasientens helsetilstand, og i hvilken grad har pasienter i sykehjem og hjemmesykepleien behov som krever medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse?*
2. *I hvilken grad mener sykepleierne at pasienter i sykehjem og hjemmesykepleien ivaretas på en kvalitetsmessig og faglig forsvarlig måte?*

Dette inkluderer:

- I hvilken grad finner sykepleierne at kvaliteten på tjenestetilbudet til pasientene *generelt* er å betrakte som tilfredsstillende, ut fra pasientenes behov?
- I hvilken grad opplever sykepleiere at de har muligheter for å følge opp pasienter med spesielle problemer av medisinsk og sykepleiefaglig karakter på en kvalitetsmessig og faglig forsvarlig måte?

3. *Hvilke organisatoriske faktorer mener sykepleierne har betydning for å sikre en kvalitetsmessig og faglig forsvarlig oppfølging av pasienter i sykehjem og hjemmesykepleien?*

Dette omhandler faktorer som:

- Grunnbemanning
- Arbeidsdeling og sammensetning av personalgruppens kompetanse
- Sykepleierdekning
- Legetjenesten
- Ledelse, dokumentasjon- og rapporteringssystemer, og fagutvikling
- Samarbeid med sykehus
- Annet som sykepleierne fremhever

Avslutningsvis vil prosjektet peke på noen av de konsekvenser funnene kan ha for organisering av sykehjem og hjemmesykepleien i tiden fremover.

1.3 Perspektiver og begreper

1.3.1 Behov for medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse

Dette prosjektet skal se på pasientenes helsetilstand i sykehjem og hjemmesykepleie, og deres behov for medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse. Innfallsvinkelen i undersøkelsen innebærer at vi i større grad enn vanlig vil studere pleie- og omsorgstjenesten i kommunene ut fra et *helsetjenesteperspektiv*. I følge KOSTRA kan helsetjenester defineres som tjenester som *"forebygger at sykdommer oppstår, og å behandle, trene opp, samt hindre videreutvikling når sykdommer oppstår. Ved siden av forebyggende og miljørettet helsevern innebærer dette diagnose, behandling og rehabilitering av personer med helseproblemer."*

Det synes vanskelig å avgrense pasientenes behov for medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse til et snevert medisinsk behandlingsperspektiv. Siden hovedgruppene av pasientene i kommunehelsetjenesten utgjøres av personer med funksjonshemning og store pleie- og omsorgsbehov, vil pasientenes medisinske behov i stor grad integreres i disse. Sykepleiefaglig kompetanse vil derfor være av betydning for pasientens problemstillinger også på andre områder enn rent medisinske oppgaver.

I undersøkelsen vil vi derfor undersøke pasientens behov i vid forstand når vi skal studere deres medisinske og sykepleiefaglige behov. For å belyse omfanget av sykkelighet hos pasientene tar vi utgangspunkt i aktive medisinske diagnoser. Dette gjøres fordi diagnosene utgjør en fortettet informasjon av pasientens medisinske tilstand, og fordi diagnosene gir sykepleiefaglige implikasjoner for pasientene. En hjertediagnose vil for eksempel si noe om hva sykepleieren skal observere, hvilke tiltak som bør settes i verk mm. Samtidig vil vi også se på pasientens behov for grunnleggende sykepleie gjennom en kartlegging av deres problemer med å ivareta grunnleggende behov, som for eksempel ivaretagelse av personlig hygiene, ernæring, motorisk aktivitet og psykososiale behov. Videre vil vi inkludere problemer der kvaliteten på tjenestene særlig har vært diskutert, som smerter og terminal pleie. Også spørsmålet om riktig type tjeneste berøres. Får pasienten tilstrekkelig hjelp innenfor den tjenesten som er tilbudt vedkommende, eller mener sykepleierne at pasientene burde fått annen type hjelp, eventuelt på et annet tjenestenivå?

På bakgrunn av undersøkelsens helsetjenesteperspektiv benytter vi i stor grad betegnelsen "pasient", men vil også benytte begrepene "beboer" i sykehjem og "bruker" av hjemmesykepleien, i samsvar med måten sykepleierne varierte betegnelse på pasientene sine.

Behov for videre forskning om pasienters medisinske og sykepleiefaglige behov

I følge KOSTRA, SSB og fylkeslegene finnes det i dag ikke statistikk som kan si noe om brukernes medisinske og sykepleiefaglige behov innenfor kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Eksisterende pleie- og omsorgsstatistikk i SSB og i SHD omhandler i hovedsak tjenestetilbud og personellopplysninger i grove trekk. Data om pleie- og omsorgspasiente og deres tilstand inngår i Gerix-statistikkene, men omfatter da kun rehabiliterings- og funksjonsnivå. SSB er for øvrig nå i ferd med å utvide datagrunnlaget gjennom den planlagte nye IPLOS- statistikken.

Det gjøres i disse dager forsøk på å få bedre oversikt over pasientenes behov for helsetjenester i kommunene. Legeforeningen har i sine utredninger vist til egne og andres undersøkelser som bekrefter behov for helsetjenester innenfor hjemmebaserte tjenester og sykehjem. Videre har Diakonhjemmets forskningsavdeling kartlagt helsebehov hos eldre over 80 år i hjemmetjenesten og i omsorgsboliger, gjennom RAI- instrumentet¹ (Grue & Sørbye 1998, Grue 2000). Dette er et amerikansk utredningsinstrument som gir et minimum datasett for hjemmesykepleie, og som nå prøves ut og videreutvikles for norske forhold.

¹ Med RAI menes "The Resident Assessment Instrument".

Undersøkelsen av pasientenes helsetilstand og problemer i dette prosjektet kan dermed bidra til å øke kunnskapen om pasientens helsetilstand innenfor kommunene i dag.

1.3.2 Sykepleieres funksjon og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleie

På samme vis som vi har valgt å beholde et vidt perspektiv på pasientenes behov for helsetjenester for å fange opp deres medisinske og sykepleiefaglige behov, vil vi også i begrepet "sykepleiefaglig kompetanse" legge til grunn en vid forståelse av sykepleiernes funksjon og kompetanse i kommunehelsetjenesten.

I følge rammeplanen for sykepleiere av 2000 skal sykepleieres kompetanse og arbeidsoppgaver i kommunehelsetjenesten bestå av kunnskaper og ferdigheter i forhold til direkte pasientrettede områder (Norgesnettrådet 2000). Disse områdene er grunnleggende sykepleie, klinisk sykepleie innen medisin, kirurgi, psykiatri, kliniske sykepleieprosedyrer og farmakologi. Dette innebærer også kommunikasjons- og relasjonskompetanse, og kunnskap om personer i sorg, krise og død. I tillegg skal sykepleieren ha kunnskap om indirekte pasientrettet virksomhet som ledelse, administrasjon og undervisning.

For å vurdere behovet for sykepleierkompetanse vil vi benytte et skille mellom grunnleggende sykepleieferdigheter som overlapper med hjelpepleiere og omsorgsarbeideres kompetanse, og en mer spesialisert, medisinsk og klinisk sykepleierkompetanse som går utover den grunnleggende sykepleien. Denne utvidede kompetansen er sentral i skillet mellom sykepleiernes kompetanse og kompetansen hos de andre yrkesgruppene innen pleie og omsorg.

1.3.3 Kvalitet og faglig forsvarlighet

I undersøkelsen vil vi se på sykepleiernes vurderinger av kvalitet og faglig forsvarlighet i tjenesten. Begrepet kvalitet er imidlertid ikke et entydig begrep. Innenfor helsevesenet er det vanskelig å komme fram til felles definisjoner og mål på kvalitet (St.meld. nr 28 (1999-2000)). Dette henger sammen med at kvalitet ofte har betydningsfulle kontekstuelle aspekter (Slagsvold 1994, 1999b)

Lov om helsetjenesten i kommunene inneholder få spesifikke krav til standard på tjenestene. Det er imidlertid nedfelt en rett til helsehjelp, og krav om at tilbudet skal være faglig forsvarlig (NSF 2001). I begrepet "faglig forsvarlighet" ligger det "en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan den enkeltes yrkesutøvelse bør være i ulike sammenhenger". Dette knyttes til vedkommendes kvalifikasjoner (NSF 2001). Dette omhandler både individ- og systemansvar, og er knyttet til rammebetingelser for utøvelsen. De øvrige og viktigste definerte kvalitetskrav til tjenestene er å finne i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (SHD 1997).

Kvalitetsforskrifter vil ikke kunne framsette allmenngyldige, standardiserte krav til kvalitet. Som Borgenhammar (1993) påpeker, vil definisjonen av kvalitet variere ut fra den enkeltes posisjon i systemet. Politikere, ledere, profesjonelle og brukere vil derfor ha ulike oppfatninger om de viktigste kvalitetsaspektene i tjenesten. Spørsmålet om kvalitet vil derfor utkrystalliseres gjennom den pågående diskursen mellom aktørene i feltet til enhver tid.

I denne undersøkelsen har vi valgt å belyse kvalitetsspørsmålet i kommunene fra ledelsen og de profesjonelles posisjon i systemet. Dette er gjort ved å innhente subjektive vurderinger fra leger og sykepleiere. Leger og sykepleierne representerer sentrale yrkesgrupper i tjenestene, og kan ut fra sine profesjonelle kvalitetsstandarder gi viktige bidrag til kvalitetsvurderinger. Dette er ikke

minst viktig i sykehjemmene, der pasientenes mentale svekkelse kan vanskeliggjøre brukerperspektivet. På den andre siden vil legenes og sykepleiernes vurderinger kun representere ett perspektiv av mange mulige. Andre yrkesgrupper kan ha andre vurderinger av kvaliteten på tjenestene. Ulike undersøkelser viser også at sykepleierne i mindre grad enn de selv antar har kunnskap om pasientenes og pårørendes opplevelser av oppholdet (Svensson 1998). Denne undersøkelsen vil derfor bare representere ett av mange ulike bidrag til en helhetlig kvalitetsvurdering av tjenestene i sykehjem og hjemmesykepleie.

Et annet aspekt ved tjenestenes kvalitet, og som også vil bli tatt opp i undersøkelsen, omhandler tjenesten som arbeidssted. Tjenestens kvalitet i et arbeidstakerperspektiv representerer en erklært verdi i seg selv, samtidig som dette på flere måter også innvirker på tjenestens kvalitet for pasientene (St.meld. nr.28 (1999-2000)/ Moland 1999, St.meld. nr. 31 (2001-02)/Agenda 2000). Dette er av særlig betydning i pleie- og omsorgstjenester der det har framkommet at ledere og ansatte sliter med store belastninger (St.meld. nr.28 (1999-2000), St.meld. nr. 34 (1999-2000), Moland 1999). Videre har det vært en stor utfordring for pleie- og omsorgstjenestene å rekruttere og beholde tilstrekkelig og kvalifisert personell (St.meld. nr.28 (1999-2000), St.meld. nr. 34 (1999-2000)).

1.4 Gjennomføring av undersøkelsen

Undersøkelsen er i sin helhet utført av SINTEF Unimed.

Undersøkelsen har i tillegg hatt en referansegruppe bestående av to sykepleiere med lang erfaring fra henholdsvis sykehjem og hjemmesykepleie, en sykepleier med erfaring som bl.a. kommunal omsorgssjef, en førsteamanuensis ved Institutt for Sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo, og to representanter for oppdragsgiver. Referansegruppen har bidratt aktivt med innspill gjennom samarbeidsmøter og kontakt med SINTEF Unimed pr. telefon og post.

Det er i undersøkelsen benyttet en kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder. Det er gjennomført en kartleggingsundersøkelse av pasienter ved et sykehjem og et hjemmesykepleie-distrikt i tre kommuner. Videre er det foretatt dybdeintervjuer av ledelsen, leger og sykepleiere ved de samme stedene. Det er deretter foretatt en spørreskjemaundersøkelse blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien på landsbasis, for å kunne vurdere om forholdene i de tre kommunene representerer generelle tendenser i norske kommuner.

Undersøkelsen er ikke en sammenlignende evalueringsstudie, og har ikke hatt som mål å rangere den samlede kvaliteten på tjenestestedene. Derimot har det vært et mål å få data som gjenspeiler både likheter og variasjoner i sektoren, og ut fra dette belyse problemstillingene. Undersøkelsens problemstillinger tilsier da at det også vil måtte foretas sammenligninger mellom tjenestestedene mht ulike sider ved tjenestenes kvalitet. Når det pekes på utilfredsstillende kvalitet, understreker vi at dette er på grunnlag av vurderinger gjort av tjenestenes egne ansatte, og videre at dette ikke må tilskrives de enkeltes kompetanse eller innsats, men derimot utilstrekkelige rammevilkår og muligheter for god tjenestekvalitet.

1.5 Rapportens struktur

Undersøkelsens utvalg og metoder presenteres i kapittel 2. Resultatpresentasjonen som følger er todelt, og kan leses uavhengig av hverandre.

I kapittel 3, 4 og 5 framlegges resultater fra henholdsvis kartleggingsundersøkelsen, intervjuundersøkelsen og spørreskjemaundersøkelsen i sykehjem.

I kapittel 6, 7 og 8 følger resultater fra de tilsvarende undersøkelsene i hjemmesykepleien.

Rapportens kapittel 9 gir en samlet oppsummering av funnene i undersøkelsen og en avsluttende diskusjon om implikasjonene av funnene for utviklingen av tjenestene innenfor kommunene i tiden fremover, utformet som dilemmaer og utfordringer for tjenestene.

2 Utvalg og metode

Undersøkelsens tre delundersøkelser gjør bruk av ulike tilnæringsmåter, metoder og utvalg. I kapittelet presenteres først de kommunene og tjenestene som er representert i intervjuundersøkelsen og i kartleggingsundersøkelsen av pasienter, etterfulgt av beskrivelse av metodiske sider ved disse to delundersøkelsene. Deretter redegjøres det for utvalg og metoder i en spørreskjemaundersøkelsen.

2.1 Utvalg i kartleggingsundersøkelsen og intervjuundersøkelsen

De to første delundersøkelser består av en intervjuundersøkelse av helsepersonell i sykehjem og hjemmesykepleien, og en kartleggingsundersøkelse av brukeres helsetjenestebehov og innhold i de tjenestene de mottar. Til disse to delundersøkelsene ble det gjort et utvalg av seks case, bestående av tre sykehjem og tre hjemmesykepleietjenester. Det er valgt parvis et sykehjem og en hjemmesykepleietjeneste i samme kommune, slik at tre kommuner er representert. Vi valgte da å ha en storbykommune/bydel representert sammen med en mindre bykommune og en kommune uten by, og disse vil i rapporten bli omtalt som "Storeby", "Lilleby" og "Bygdeby". Storbyen er i utgangspunktet representert ved hjemmsykepleietjenesten i én av byens bydeler, men er i intervjuundersøkelsen supplert med ytterligere ett case, dvs. hjemmesykepleietjenesten i ytterligere en bydel, og som blir omtalt som "Storeby II". I valg av opprinnelig bydel i Storeby ble det etterstrebet at bydelens befolkningssammensetning i minst mulig grad skulle avvike fra et gjennomsnitt for byen mht alderssammensetning, andel uføre, inntektsnivå og boligstruktur. Den supplerende hjemmesykepleietjenesten i intervjuundersøkelsen representerer byens sentrumsområder, og ble også valgt som supplement av hensyn til at hjemmesykepleien i den først valgte bydelen uttrykte at deres tjeneste alene ville gi et urettmessig positivt bilde av hjemmesykepleietjenesten i byen. Tjenestenes vurdering av sin kapasitet til å delta i undersøkelsen ble medvirkende utvalgs-kriterium for begge bydelene.

Ved valg de to øvrige kommuner ble følgende hensyn vektlagt:

- Regional spredning.
- At kommunene ikke avviker sterkt fra landsgjennomsnitt mht. alderssammensetning i befolkningen, forholdstallet mellom andel barn/unge og eldre i befolkningen, og andel uførepensjonister i befolkningen.
- At den minste kommunen skulle ha en viss avstand til sykehus og sykepleierhøgskoler.
- Hvilke kommuner som stilte seg åpne for å delta i undersøkelsen.

2.1.1 Nærmere om utvalget i kartleggingsundersøkelsen

For å avgrense undersøkelsen valgte vi ved *sykehjemmene* å inkludere alle pasienter i korttidsavdelinger og ordinære sykehjemsavdelinger. Dette innebærer at pasienter ved spesialiserte avdelinger som f.eks. skjermede demensavdelinger ikke ble inkludert. Én avdeling i Storeby så seg ikke i stand til å gjennomføre registreringen pga. kapasitets-/ressursproblemer.

Pasientene i utvalget teller totalt 290 personer fordelt på 10 sykehjemsavdelinger. Følgende tabell viser pasientenes fordeling på de te sykehjemmene.

Tabell 2.1. Pasientutvalg fordelt på sykehjem. Antall og prosent.

Kommune/bydel	Antall	Prosent av utvalget
Tettsted; Bygdeby	76	26
Liten by; Lilleby	76	26
Stor by; Storeby	138	48
Totalt	290	100

I *hjemmesykepleien* ble det inkludert kun brukere som mottar hjelp fra *hjemmesykepleien*, altså hvor et vedtak om hjemmesykepleie foreligger. (Dette er primært av betydning i Lilleby, hvor hjemmehjelp og hjemmesykepleie er organisert i én tjeneste.) Blant disse tilstrebet vi en størst mulig andel av pasientene ved de tre tjenestestedene.

Da registreringen av hver enkelt pasient er omfattende og tidkrevende, så kun én av de hjemmebaserte tjenestene seg i stand til å registrere alle pasienter med sykepleievedtak. Tabell 2.2 viser pasientutvalget. Andelen de registrerte pasientene utgjør av alle med sykepleievedtak i tjenesten er omtrentlig fordi antall blir ikke registrert fortløpende og derfor ikke foreligger for et hvert tidspunkt, samt at antallet også endret seg noe i registreringsperioden.

Tabell 2.2. Pasientutvalg i hjemmesykepleien. Antall og prosent.

Kommune/bydel	Antall	Andel av pasienter med sykepleievedtak. Prosent
Bygdeby	142	100
Lilleby	89	40
Storeby	171	63
Totalt utvalg	402	
Tilfeldig utvalg	384	

Som vi ser er alle pasienter i Bygdeby med i kartleggingen. I Lilleby er utvalget gjort tilfeldig. I Storeby var det i registreringsperioden totalt ca 270 pasienter med sykepleievedtak registrert i tjenesten. Av disse ble 36 av pasientene valgt ut for å sikre følgende grupper av pasienter i undersøkelsesutvalget: 1) Pasienter hvis sykepleievedtak er basert på oppfølging etter sykehusopphold (15 pasienter), 2) brukere som får oppfølging av hjemmesykepleien 2 ganger pr. dag eller mer (15 pasienter), og 3) døende/terminalpleiepasienter (6 pasienter, dvs. alle terminalpleiepasientene i registreringsperioden.) De øvrige 135 pasientene, dvs tilnærmet 50 prosent av det totale antallet pasienter med sykepleievedtak, er tilfeldig valgt blant de resterende ca 234 pasientene. Siden det allerede er trukket ut 36 pasienter ut fra de nevnte kriteriene, vil disse da ikke inngå i den gruppen det tilfeldige utvalget er trukket fra, og det tilfeldig valgte utvalget blir dermed ukorrekt. For å korrigere for dette i et samlet *strategisk tilfeldig utvalg* i undersøkelsen, er en andel av disse tilfeldig plukket ut og inkludert i dette utvalget. Med dette har vi ekskludert 18 pasienter fra Storeby fra det tilfeldige utvalget i kartleggingsundersøkelsen, som da har blitt redusert til 384 pasienter. Der de ekskluderte 18 pasientene trekkes inn i analysene vil dette bli bemerket i resultatpresentasjonen, og omtalt som "totalt utvalg".

Utvalget av pasienter både i sykehjem og hjemmesykepleien har sine begrensninger med hensyn til representativitet. For det første er utvalgene relativt små. For det andre er det i hjemmesykepleien brukt ulike utvalgsmetoder ved de tre tjenestestedene. Vi antar at utvalgene ved de tre stedene er representative hver for seg, men man kan ikke se bort fra at de ulike utvalgsmetodene vil kunne ha betydning for analyseresultatene.

2.1.2 Informantene i intervjuundersøkelsen

Totalt ble det gjennomført 41 semistrukturerte dybdeintervjuer med ansatte i 3 sykehjem og 4 hjemmesykepleietjenester. Av disse er 4 leger med tilknytning til de utvalgte sykehjemmene, og hvor alle med unntak av én også har kontakt med hjemmesykepleietjenesten gjennom sitt virke som primærlege for beboerne i kommunen. De resterende intervjuede er sykepleiere, med unntak av en med annen fagbakgrunn som ble intervjuet i kraft av sin lederstilling. (Av praktiske grunner vil vedkommende bli omtalt som "sykepleier" der vi refererer til de to yrkesgruppene av informanter.) Siden undersøkelsens problemstillinger inneholder ulike aspekter som berører flere nivåer i tjenestene, ble det valgt å intervju sykepleiere på ulike stillingsnivåer. Av de intervjuede sykepleierne er 7 institusjonsledere i sykehjem eller tilsvarende enhetsledere i hjemmebaserte tjenester. Videre er 10 av sykepleierne avdelingssykepleiere eller tilsvarende, med faglig og/eller administrativt lederansvar. De resterende er øvrige sykepleiere i klinisk virksomhet.

De intervjuede sykepleierne i sykehjem er tilknyttet korttidsavdelinger og ordinære langtidsavdelinger, i tråd med utvalget av pasienter i kartleggingsundersøkelsen, og totalt er sykepleiere fra 11 sykehjemsavdelinger representert. Foruten dette utvalgskriteriet baserer utvalget av de intervjuede seg i all hovedsak på tilfeldighet, i tillegg til ett sentralt praktisk forhold: Hvem som var på arbeid de dagene vi besøkte de ulike tjenestestedene.

2.2 Utvalg i spørreskjemaundersøkelsen

Spørreskjemaundersøkelsen baserer seg på svar fra totalt 1069 sykepleiere, fordelt på 561 i sykehjem og 508 i hjemmesykepleien. Et inklusjonskriterium for sykepleierne i sykehjem var at de arbeidet ved en ordinær korttids- eller langtidsavdeling. Sykepleiere ved spesialavdelinger ble altså ekskludert, jf utvalget i de to andre delundersøkelsene. Bruttoutvalget er stratifisert på grunnlag av kommunestørrelser, og proposjonert i forhold til innbyggertall. Det vil si at Norges kommuner ble inndelt i fire strata etter kommunestørrelse, og at antall sykepleiere innen hvert stratum gjenspeiler stratumets relative andel av Norges befolkning. Innen hvert stratum ble utvalget av *tjenestesteder* trukket ut fra hensyn til geografisk spredning, men for øvrig i prinsippet trukket tilfeldig. "Tilfeldig" modifiseres her av det praktiske forhold at ikke alle tjenestestedenes adresser var like lette å framskaffe, men dette synes ikke å representere noen fare for systematisk utvalgsfeil. Distribusjonen av spørreskjemaene måtte av praktiske årsaker gjøres via tjenestestedene. Disse ble skriftlig instruert om videre fordeling som skulle sikre et tilfeldig utvalg blant sykepleierne ved det enkelte sted. Nettoutvalget i undersøkelsen utgjør 35,6 % av bruttoutvalget, og avviker fordelingsmessig ikke statistisk signifikant fra det stratifiserte bruttoutvalget hverken for sykepleiere i sykehjem eller hjemmesykepleien. Nettoutvalget omfatter sykepleiere i sykehjem i 125 av landets 434 kommuner, og sykepleiere i hjemmesykepleien fra 108 kommuner. Den geografiske spredningen i utvalget er god, og fordelingen i utvalget avviker samtidig ikke fra fordeling av befolkning på landets fem helseregioner hverken for sykepleiere i sykehjem eller hjemmesykepleien².

Når det gjelder antallet sykepleiere i undersøkelsen, altså 561 i sykehjem og 508 i hjemmesykepleien, kan det til sammenligning vises til at det i 2001 ble utført 9121 årsverk av sykepleiere i de kommunale alders- og sykehjemmene, og 6756 årsverk i hjemmebaserte tjenester (jf SSB på direkte henvendelse).

² Testet med bruk av "Mantel-Haenszel overall chi-square with continuity correction", dvs. en stratifisert kjikvadratstest.

2.3 Gjennomføring av delundersøkelsene

Den følgende redegjørelsen for gjennomføring av delundersøkelsene vil inneholde metodiske vurderinger, og også knytte gjennomføring til perspektiver bak metodevalg. Delundersøkelsene har det felles at informantene består av sykepleiere, men unntak av 5 av informantene i intervjuundersøkelsen. Det er med andre ord i all hovedsak sykepleieres opplevelser og vurderinger studien bygger på.

2.3.1 Kartleggingsundersøkelsen

Kartleggingen av pasientene ble gjennomført av sykepleiere ved de respektive tjenestestedene, fortrinnsvis pasientenes primærsykepleier eller andre med god kjennskap til pasienten, i form av avkryssing blant lukkede svarkategorier på et dertil utarbeidet skjema (se vedlegg). I arbeidet med kartleggingsskjemaet har referansegruppen vært en viktig bidragsyter. Skjemaet er omfattende og detaljert, og krever en viss innsats å fylle ut. For å redusere muligheten for misforståelser vedrørende utfyllingen etterstrebet prosjektmedarbeiderne å treffe så mange som mulig av sykepleierne som deltok i kartleggingen, samt å holde kontakt med tjenestestedene i kartleggingsperioden for å kunne supplere skriftlig instruksjon om utfyllingen av skjema. Både for å muliggjøre innhenting av en så stor mengde informasjon om pasientene, og for å øke nøyaktigheten i utfyllingen av skjemaene, ble skjemaene bygget opp med utgangspunkt i sykepleiefaglig tenkning og arbeidsprosess. Både omfanget av registrerte pasienter og tilbakemeldinger fra sykepleierne tyder på at dette har fungert godt. I oppbygningen av skjemaet er spørsmålet om pasientenes funksjonsnivå, inkludert ADL-funksjoner, forsøkt ivare tatt gjennom kartlegging av pasientenes problemer og tilknyttede tiltak, og da særlig problemer med fysisk aktivitet og ivaretagelse av personlig hygiene.

Kartleggingen inneholder også vurderinger av tiltakene som er iverksatt overfor pasientene og omfanget av disse. Slike vurderinger må nødvendigvis ha et subjektivt element. Samtidig må man kunne basere seg på at de som fagpersoner har internalisert visse felles faglige standarder. Det er samtidig grunn til å være oppmerksom på muligheten for "lokale standarder", bla som resultat av en tilpasning til lokale rammevilkår. Derfor bør variasjoner mellom tjenestestedene behandles med forbehold når det gjelder hvilke slutninger man kan trekke om *faktiske* forskjeller i tjenestekvalitet. Det er heller ikke metodisk helt uproblematisk at sykepleierne med dette også delvis skal evaluere den jobben de selv har gjort. Det er vel rimelig å anta at utilfredsstillende pasientivaretagelse ikke vil bli overrapportert. Når det gjelder kartlegging av pasientenes sykdommer og problemer, tyder tilbakemeldingen fra sykepleierne på at omfanget av disse heller er under- enn overrapportert. Dette henger sammen med at sykepleierne ikke nødvendigvis husket alle pasientens problemer, og at dette ikke alltid var lett tilgjengelig informasjon.

Kartleggingsskjemaene ble lest maskinelt, og analysen av tallmaterialet har i hovedsak bestått av frekvensanalyser og bivariate analyser.

I resultatpresentasjonen vil sykepleiernes vurderinger, representert gjennom tallbeskrivelser, i hovedsak presenteres deskriptivt og dermed i stor grad "tale for seg", og samtidig utgjøre et grunnlag for resultatpresentasjonen av de to andre delundersøkelsene og etterfølgende diskusjoner.

2.3.2 Intervjuundersøkelsen

Intervjuene var til dels strukturerte, men hadde samtidig en delvis eksplorerende karakter med hensyn til spørsmålet om hvilke forhold som påvirker kvaliteten på tjenesten (jf problemstilling 3). Under en prosess av flere intervjuer vil også de gjennomførte intervjuene påvirke innholdet i

de videre intervjuene, noe som er et trekk ved denne type kvalitative studier hvor datainnsamling og analyser vil overlappe hverandre i tid og veves inn i hverandre i arbeidsprosessen (Grønmo 1985).

Av intervjuene ble 3 foretatt over telefon, og de resterende 38 ved direkte møter. Hvert intervju varte i ca 1-1 ½ time, og det ble gjort lydopptak av intervjuene. I tillegg til intervjuene har vi også benyttet oss av muligheten til å kontakte de som ble intervjuet og øvrige informanter ved tjenestestedene for supplerende caseinformasjon og vurderinger.

Intervjuene ga et stort datamateriale som ble analysert i henhold til sentrale tema i problemstillingene, og rundt mønster som etterhvert framkom i datamaterialet. Informantenes utsagn ble også vurdert i lys av forhold ved det konkrete tjenestestedet for å kontekstualisere deres opplevelser i så stor grad som mulig. I resultatpresentasjonen har vi benyttet oss av sitater som både synes sentrale og representative for hovedtendenser i materialet. Kvalitative analyser er imidlertid særlig åpne for fortolkninger, og vi preges av den forutforståelse man nærmer seg informantenes fortellinger med. Vi har derfor i framstillingen forsøkt å redegjøre for hovedtendensene på en eksplisitt måte, slik at leseren har mulighet for å trekke andre konklusjoner enn det vi gjør.

2.3.3 Spørreskjemaundersøkelsen

Hovedhensikten med spørreskjemaundersøkelsen har vært å teste ut generaliserbarheten av funnene fra undersøkelsene i Bygdeby, Lilleby og Storeby. Spørreskjemaundersøkelsen fulgte derfor etter de to andre delundersøkelsene, noe som også ga en mulighet til å innhente data om forhold som ikke er belyst i særlig grad i de to første delundersøkelsene.

Etter å ha utarbeidet et foreløpig spørreskjema i samarbeid med referansegruppa, ble dette pilottestet blant 24 sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien og deretter korrigert i forhold til tilbakemeldinger. Spørreskjemaet består i all hovedsak av spørsmål med lukkede svaralternativer. Skjemaene ble maskinelt lest. Dataanalysen av tallmaterialet har bestått av frekvensanalyser og bivariate analyser.

I resultatpresentasjonen av denne delundersøkelsen har hovedsiktemålet vært å få frem hvordan resultatene i denne delundersøkelsen understøtter eller utfordrer resultatene fra de to foregående delundersøkelsene.

3 Kartleggingsundersøkelsen i sykehjem

For å gi et bilde av pasientgruppen i de ordinære langtids- og korttidsavdelingene ved sykehjemmene, og i hvilken grad de har tilstander som krever medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse, vil vi i dette kapittelet framlegge resultater fra kartleggingsundersøkelsen blant pasientene i de utvalgte sykehjemsavdelingene. (For utvalg og fordeling se kapittel 2.1). Videre vil denne resultatpresentasjonen bidra til å besvare spørsmålet om hvorvidt sykepleierne opplever at pasientene blir fulgt opp på en kvalitetsmessig og faglig forsvarlig måte i sykehjemmene.

I den grad det foreligger større variasjoner mellom pasientgruppene i Bygdeby, Lilleby og Storeby, vil dette bli kommentert i resultatpresentasjonen. I presentasjonen vil det også gjøres sammenligninger mellom korttids- og langtidsavdelingene. Samtidig må det legges til at korttidsavdelingene har noe ulike funksjoner ved de ulike sykehjemmene. De er f.eks. ulike med hensyn til hvorvidt de er ressursmessig styrket for å ivareta rehabiliteringsoppgaver. For presentasjon av sykehjemmene, se kapittel 4.1.

I resultatpresentasjonen viser vi oftest til prosentandeler av det totale antall kartlagte pasienter, dvs $N=290$. Der prosentandelene er beregnet ut fra et annet utvalg, f.eks. kun pasienter i korttidsavdeling, vil denne utvalgsstørrelsen (N) oppgis spesielt. Det samme gjelder der utvalget er redusert som følge av manglende opplysninger i kartleggingskjemaet, dvs manglende svar. Alternativt oppgis det faktiske antallet prosentandelene viser til (n), der dette synes mer relevant.

3.1 Om pasientgruppen

I den samlede gruppen av 290 pasienter finner vi 72 % kvinner og 28 % menn.

Pasientene fordeler seg som følgende på **type avdeling**:

Korttidsavdeling: 23 % (n=66)
 Langtidsavdeling: 74 % (n=214)
 Ikke oppgitt: 3 % (n=10)

Andelen pasienter i korttidsavdeling er størst i Bygdeby og minst i Storeby. Også *antallet* registrerte pasienter i korttidsavdeling er større i Bygdeby, enn i Storeby og Lilleby. Vi minner om at det i Storeby ikke er en egen korttidsavdeling, men en kombinert korttids- og langtidsavdeling. Pasienter inne til korttidsopphold ble oppgitt som korttidspasienter, og derfor også i undersøkelsen medregnet blant pasienter i korttidsavdeling.

Oppholdets status

Hensikten med pasientenes opphold ved sykehjemmet gir en viss indikasjon på pasientgruppens behov. Følgende tabell viser fordelingen av status for oppholdet blant pasientene i *korttidsavdelingene*.

Tabell 3.1 Oppholdets status. Prosent av pasienter i korttidsavdeling ($N=66$)

Status	Prosent	Antall (n)
Avlastning	36	24
Rehabilitering	20	13
Oppfølging etter sykehusopphold	17	11
Opphold for utredning	9	6
I påvente av plass på sykehus	3	2
Annet	23	15

I tillegg ble 6 % av pasientene (dvs. 4 pasienter) i korttidsavdelingene oppgitt å ha fast plass ved sykehjemmet.

Det var her mulighet til å oppgi flere svaralternativer for hver pasient. Blant de pasientene som er ved sykehjemmet for rehabilitering, vil det f.eks. for nærmere halvparten av disse dreie seg om oppfølging etter sykehusopphold. Dette betyr også at andelen av pasienter som er innlagt for avlastning er større enn den andelen som er innlagt for rehabilitering eller (annen) oppfølging etter sykehusopphold. Tallmaterialet er her svært lite, men dersom vi gjør sammenligninger mellom sykehjemmene finner vi ikke at andelen rehabiliteringspasienter er lavere i korttidsavdelingen i Storeby, som ikke har forsterkede ressurser for rehabilitering, enn hva den er i Lilleby og Bygdeby. Når det gjelder den relativt store andelen av pasientene hvor det er oppgitt "Annet" for oppholdets status, framkom det gjennom intervjuundersøkelsen at dette bla. inkluderer pasienter som venter på plass i annen avdeling ved sykehjemmet.

Blant pasientene i *langtidsavdelingene* hadde alle pasientene fast plass ved sykehjemmet, med unntak av én.

Alder

Gjennomsnittsalderen blant pasientene var 83,9 år (SD=8,2). Kun 5 % av pasientene var under 70 år, 77% var 80 år eller eldre, 50 % var 85 år eller eldre, mens 22 % var 90 år eller eldre.

I *langtidsavdelingene* var gjennomsnittsalderen 84,4 år (SD=8,5). Den yngste pasienten var 30 år, men kun 3 % var under 67 år. I disse avdelingene var 22 % av pasientene under 80 år, 54 % var 85 år eller eldre, mens 26 % var 90 år eller eldre.

Gjennomsnittsalderen blant pasientene i *korttidsavdelingene* var 81,8 år³. Ingen av pasientene var under 65 år. Her var 8 % av pasientene under 70 år, 37 % var 85 år eller eldre, mens 9 % var 90 år eller eldre.

Både i korttids- og langtidsavdelingene må altså pasientenes alder sies å være høy. Ser vi på andelen pasienter som er 80 år eller mer, som er 77 %, finner vi at denne er litt høyere enn landsgjennomsnittet for beboere i institusjoner for eldre og funksjonshemmede i 2001, som var på 75,2 % (SSB 2002). Av samme statistikk framgår for øvrig at andelen over 80 år har vært økende i disse institusjonene de siste årene.

Tid ved sykehjemmet

Pasientene i *langtidsavdelingene* hadde i gjennomsnitt bodd på sykehjemmet i 2 år og 7 måneder. 18 % hadde vært der i inntil 6 måneder. Halvparten hadde vært der i inntil 2 år, mens 25 % hadde vært der i 4 år eller mer.

I *korttidsavdelingene* finner vi at pasientene i gjennomsnitt hadde vært i avdelingen i 5,8 måneder. Nesten halvparten hadde vært der i mindre enn 2 måneder, mens 11 % hadde vært der i et år eller mer.

3.2 Sykdomsdiagnoser

Sykdomsdiagnoser vil, dersom dette er aktive diagnoser, være en relativt sterk indikator på pasientenes helsetilstand og behov for medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse. Gjennom kartleggingsundersøkelsen får vi kartlagt omfanget av et utvalg av diagnoser som er forventet å finnes i pasientgruppen, samt utbredelsen av multidiagnoser.

³ Standardavvik: 7,0 år.

3.2.1 Utvalgte diagnoser

De følgende tabellene viser andel pasienter med sykdom som er diagnostisert av lege *og* som er under behandling eller krever spesiell oppmerksomhet fra helsepersonell. Tabellene gir dermed informasjon om utbredelsen av et utvalg *aktive* diagnoser. Vi minner om at den følgende listen over diagnoser ikke er uttømmende, og at en større andel av pasientene vil ha sykdommer innenfor de ulike kategoriene enn det som framkommer her. Diagnosene er oppgitt i diagnosekategorier etter type lidelser. I den øverste linjen i hver tabell oppgis (med uthevet skrift) diagnosekategori og den prosentandelen av pasientene som har minst én *av de listede* diagnosene innenfor denne diagnosekategorien.

Tabell 3.2. Sykdomskategorier og diagnoser. Prosent av N (290).

Sykdomskategori/ diagnose	Prosent	Sykdomskategori/ diagnose	Prosent
Hjerte/kar	68	Nevrologisk	57
Cerebro-vaskulær skade (inkl. slag)	30	Demens	38
Hjertesvikt	20	Hodeskade	4
Arteriosklerotisk hjertesykdom	14	Parkinsons	6
Dyp venetrombose	7	Afasi	7
Hypertensjon	20	Epilepsi	6
Arytmi	4	Multippel sklerose	1
Perifer karsykdom	6	(Annen) progred. nevrol. lidelse	2
Muskel og skjelett	46	Fordøyelse og endokrinologisk system	28
Artritt el. andre revmatiske lidelser	17	Ulcussykdommer	6
Kronisk muskelsmertesyndromer	3	Bet.i fordøyelseskanalen	3
Lårhalsbrudd	17	Leversvikt	1
Andre frakturer	10	Diabetes	17
Osteoporose	11	Hyper- eller hypotyreose	8
Respirasjon	11	Nyrer, urinveier og gynekologiske plager	19
Emfysem	4	Nyresvikt	3
Kronisk bronkitt	3	Urinveisinfeksjon	16
Astma	6	Underlivsinfeksjon	1
Pneumoni	2	Nedsunken livmor	1
Psykiske lidelser	31⁴	Annet	
Utviklingshemming	0	Kreft	10
Autisme	0	Allergier	3
Depresjon	16	Glaukom	6
Angstlidelser	11	Psoriasis	3
Schizofreni og andre psykotiske lidelser	6	Herpes zoster	1
Øvrige psykiatriske diagnoser	5	Infeksjoner som ikke er tatt med over	2

Vi ser av tabellen at 68 % av pasientene har minst én aktiv diagnose blant de listede diagnosene innen kategorien hjerte-/karsykdommer, at tilsvarende andel innen nevrologiske lidelser er 57 % osv. Disse to nevnte diagnosegruppene er også de som omfatter flest pasienter. Andelen pasienter med cerebro-vaskulær skade og demens er stor, og omfatter henholdsvis 30 og 38 % av utvalget. Særlig med hensyn til demens er det viktig å huske at dette omfatter kun diagnostisert demens. Vi minner også om at pasienter ved sykehjemmenes avdelinger for demente ikke er inkludert i

⁴ Da kategorien inneholder rubrikken "Øvrige psykiatriske diagnoser", vil andelen med psykiske lidelser bli uforholdsmessig stor sammenlignet med de øvrige diagnosekategoriene.

undersøkelsen. Innenfor kategorien av muskel- og skjelettlidelser ser vi at artritt eller andre revmatiske lidelser, samt lårhalsbrudd, utgjør de mest utbredte av de utvalgte diagnosene. Ikke uventet er diabetes en relativt hyppig diagnose.

Siden listen av diagnoser innen hver kategori ikke er uttømmende, kan vi med dette f.eks si at *minst* 68 % av pasientene hadde en aktiv, diagnostisert hjerte-/karlidelse. Det tilsvarende gjelder for de øvrige sykdomskategoriene, med unntak av psykiske lidelser, hvor også "Øvrige psykiatriske diagnoser" er registrert. Denne kategorien vil altså favne flere diagnoser enn de andre diagnosekategoriene.

Over 30 % av pasientene har en diagnostisert psykisk lidelse som krever behandling og/eller spesiell oppmerksomhet fra helsepersonell. Dette vil altså si nærmere 1 av 3 pasienter. Innen kategorien er depresjon og angstlidelser de klart hyppigste, og vi ser at 16 % av pasientene har diagnostisert depresjon. Andelen med diagnostisert schizofreni eller annen psykotisk lidelse er på 6 %.

En kreftdiagnose er til stede hos nærmere 10 % av pasientene. Andel pasienter med én eller flere respirasjonslidelser er på til sammen 11 %, og relativt jevnt fordelt mellom emfysem, kronisk bronkitt, astma og pneumoni. Videre ser vi at nærmere 16 % av pasientene hadde en underlivsinfeksjon.

Dersom vi sammenligner de tre sykehjemmene, finner vi at andelen pasienter som har én eller flere av de listede diagnostiserte lidelsene innenfor de ulike diagnosekategoriene er relativt lik.

Det ville vært rimelig å forvente en viss forskjell mellom pasientene i henholdsvis korttids- og langtidsavdelinger mht til dette utvalget av diagnoser. Ut fra diagnoseutvalget og det begrensede antall pasienter vi her har i utvalget (med kun 66 pasienter i korttidsavdelinger), finner vi imidlertid å kunne fastslå få forskjeller med en viss grad av statistisk sikkerhet når vi sammenligner andel pasienter med de enkelte diagnosene. Vi ser imidlertid at andelen med cerebrovasculær skade (inkl. slag) er noe mindre blant pasientene i korttidsavdelingene, og at andelen med hypertensjon og astma er noe høyere. Andelen med minst én av de nevnte respirasjonslidelsene er noe høyere i korttidsavdelingene, mens andelen med en av de listede nevrologiske lidelsene er noe lavere. (Ser vi kun på de 12 pasientene som er på sykehjemmet for oppfølging etter sykehusopphold, og hvor 11 er i korttidsavdeling, hadde 6 av disse en aktiv hjerte-/kardiagnose, 4 en aktiv kreftdiagnose, 3 en fraktur og 2 nyresvikt.)

3.2.2 S sammensatt sykdomsbilde

I pasientgrupper som i stor grad består av eldre, øker også sjansen for at mange har et sammensatte sykdomsbilde. Flere samtidige sykdommer vil ofte forsterke hverandres symptomer og komplisere behandlingen (Romøren 2001). S sammensatte sykdomsbilder vil derfor *oftere* medføre et større behov for oppfølging fra helsepersonell med en viss medisinsk kompetanse.

I tillegg til de sykdomsdiagnosene som er listet over, ble det for 35 % av pasientene oppgitt at de hadde én eller flere *andre*, uspesifiserte, diagnostiserte lidelser som er under behandling eller som krever spesiell oppmerksomhet fra helsepersonell. Tar vi med disse diagnosene, er det kun 1 pasient i utvalget som ikke har en slik aktiv diagnose. Hele 75 % av pasientene hadde 3 eller flere slike aktive diagnoser, mens 30 % hadde 5 eller flere.

Når vi inkluderer de uspesifiserte diagnosene, og teller dem som én diagnose for de det gjelder, finner vi at det *gjennomsnittlige antall diagnoser* per pasient er 3,9. Antall diagnoser per pasient

er noe større i Lilleby hvor det 4,5, mens det i Bygdeby og Storeby er 3,7. Siden hver pasient kan ha flere enn én uspesifisert diagnose, kan vi anta at disse tallene er for lave, heller enn for høye.

3.3 Medisinering og medisinsk behandling

Bruk av medisiner og medisinske tjenester bidrar også til bildet av pasientene.

Tabell 3.3 Medisinering og forsterket medisinsk behandling. Prosent av N

Behov/tiltak	Prosent	(N)
Får medisiner daglig	97	(290)
Trenger hjelp til å ta medisiner	73	(288)
Har vært innlagt i sykehus i løpet av siste måned	5	(285)
Har hatt ø-hjelp (legetilsyn el. legevakt) i løpet av siste måned	20	(286)

Vi ser at andelen som bruker medisiner daglig er 97 %. Dette gir en viss indikasjon på omfang av sykdom og plager. Det var ingen forskjell mellom pasientene i henholdsvis korttids- og langtidsavdelinger. Videre ser vi at nærmere 3 av 4 pasienter trenger hjelp til å ta medisiner. Heller ikke her framkom det noen forskjell mellom pasienter i korttids- og langtidsavdeling.

Andelen som har vært innlagt på sykehus i løpet av siste måned er samlet sett 5 %, men er klart høyere blant de i korttidsavdelingene enn de i langtidsavdelinger. I korttidsavdelingene gjaldt det 12 %, dvs. 8 av pasientene, og disse er i stor grad blant de som er innlagt nettopp for oppfølging etter sykehusopphold, jf tabell 3.1. I langtidsavdelingene hadde kun 3 %, dvs 7 av pasientene, vært innlagt på sykehus i løpet av den siste måneden.

Å ha hatt behov for ø-hjelp (øyeblikkelig hjelp) indikerer ikke bare sykdommers alvorlighetsgrad, men også skiftende tilstander. Andelen som har hatt behov for ø-hjelp i form av legetilsyn eller legevakt i løpet av den siste måneden var da også noe større blant pasientene i korttidsavdeling (26 %, n=17) enn de i langtidsavdelingene. Det er her imidlertid grunn til å bemerke at hva som defineres som ø-hjelp i form av legetilsyn ikke nødvendigvis er helt entydig. Behovet for ø-hjelp vil for øvrig kunne avhenge av omfang av fast legetilsyn. Det framkommer også at 6 % av pasientene (17 pasienter) hadde hatt daglig tilsyn av lege i løpet av den siste måneden. Når det gjelder fast legetilsyn, hadde også 21 % av pasientene hatt fast legetilsyn ukentlig eller oftere i løpet av den siste måneden. Denne andelen var på over 40 % (N=66) blant pasientene i korttidsavdelingene. På den annen side hadde over halvparten av alle pasientene hatt fast legetilsyn hver 4. uke eller sjeldnere. I korttidsavdelingene er denne andelen 26 % (N=66).

Både omfanget av laboratorieprøver og andelen positive prøver indikerer et behov for medisinsk oppfølging. Når det gjelder andel pasienter som *har hatt unormale laboratorieprøver i løpet av siste måned*, fordeler svarene seg slik : Ja: 20 % Nei: 44 % Prøver ikke tatt: 35 % (N=285)

Andelen med unormale laboratorieprøver er klart større blant pasientene i korttids- enn i langtidsavdelingene, samtidig som andelen det er tatt prøver av ikke er nevneverdig forskjellig. At det ikke er tatt laboratorieprøver av 35 % av pasientene må primært tolkes som at dette ikke har vært vurdert som et behov. I tillegg til at det gir en indikasjon på pasientenes tilstand, reflekterer det imidlertid også en praksis i forhold til prøvetaking. I hvilket omfang laboratorieprøver tas, kan også sees som et resultat av avveininger mellom pasientenes medisinske tilstand og faren for et for stort sykdoms- og medikaliseringfokus.

3.4 Problemer og tiltak

For å utvide bildet av pasientenes helsetilstand og pleie- og behandlingsbehov ble pasientene kartlagt i forhold til ulike problemer, samlet i "Problemområder". Følgende tabell gir en oversikt over hvor stor andel av pasientene som oppgis å ha problemer innenfor hvert av disse problemområdene, og hvor mange dette utgjør i antall.

Tabell 3.4. Problemområdene. Prosent av N (290) og antall (n)

Problemområde	Prosent	Antall
Personlig hygiene og eliminasjon	97	281
Aktivitet, motoriske og sensoriske funksjoner	89	259
Psykiske og sosiale problemer	82	237
Ernæring	57	166
Sirkulasjon	48	138
Smerteproblematikk	47	136
Hud og infeksjoner	38	111
Respirasjon	25	72
Døende/ terminalstadier ⁵	3	9

Ut fra tabellen ser vi at 97 % av pasientene oppgis å ha problemer med ivaretagelse av personlig hygiene og/eller eliminasjon. I tillegg er andelen med problemer knyttet til "Aktivitet, motoriske og sensoriske funksjoner" på 89 %. Dette skulle indikere et relativt stort pleiebehov i pasientgruppen. Særlig i forbindelse med disse to problemkategoriene, samt ernæringsproblematikk, er det viktig å påpeke at disse tallene kun inkluderer de pasientene hvor et problem allerede er til stede. Dvs at de ikke viser i hvilken grad det hos pasientene eksisterer en potensiell fare for utvikling av de ulike problemene, med følgende behov for oppmerksomhet og tiltak rundt dette.

Vi ser at andelen med psykiske og/eller sosiale problemer er på over 80 %, altså en langt større andel enn pasienter med diagnostiserte psykiske lidelser, som vi tidligere har sett er på drøyt 30%.

Vi har i tabell 3.2 sett at 68 % av pasientene ble oppgitt å ha en aktiv diagnose innen kategorien hjerte-/karsykdommer. I lys av dette må andelen pasienter som er oppgitt å ha problemer knyttet til sirkulasjon, altså 48 %, sies å være overraskende liten. Både for pasienter med diagnosene cerebrovaskulær skade (inkl. slag), hjertesvikt og arteriosklerotisk hjertesykdom finner vi at en stor andel av disse ikke oppgis å ha et sirkulasjonsproblem. (Dette gjelder for alle tre sykehjemmene.) Det synes vanskelig å forklare at pasienter med disse diagnosene, når de er aktive i den forstand at de er under behandling eller krever spesiell oppmerksomhet fra helsepersonell, ikke oppgis å ha et sirkulasjonsproblem. Dette reiser spørsmål om oppmerksomheten rundt sykdommene er relativt liten. (Vi kan her legge til at dette forholdet, dvs at pasienter oppgis å ha aktive lidelser men ikke problemer under tilsvarende problemkategori, bare unntaksvis gjelder for pasienter med psykiske lidelser og respirasjonslidelser, som er kategorier som lar seg sammenligne slik registreringskjemaet er bygd opp.)

Når vi sammenligner de tre sykehjemmene, ser vi at andelen pasienter med problemer innen de ulike kategoriene er relativt lik. Den største variasjonen finner vi under kategorien smerteproblematikk, hvor andelen varierer fra 37 til 66 %.

Antall pasienter innen hvert problemområde vil i kapittel 3.4.1. utgjøre grunnlag for prosentberegninger innenfor de enkelte problemområdene.

⁵ Basert på antall pasienter tilhørende tiltak er iverksatt overfor, og ikke oppgitt problematikk, som tilfellet er for de andre kategoriene. Se evt. kartleggingskjemaet i vedlegg 1.

3.4.1 Problemområdene

Over de følgende sider framlegges tabeller som viser hvor stor del av pasientene som har de ulike problemene som er registrert innenfor hvert problemområde. På denne måten presenteres det også hvordan problemområdene er satt sammen i undersøkelsen. Det kan legges til at innenfor hvert problemområde vil pasientene ofte ha flere av de listede problemene. I kartleggingsundersøkelsen ble det også registrert hvorvidt problemene forelå i stor, middels eller mindre grad hos den enkelte pasient. For de problemene som er kommentert i teksten, vil det her også bli påpekt dersom det er særlig mange som har problemene i stor grad. I kommentarene til tabellene vil vi også vise til et utvalg av tiltak som er iverksatt overfor problemene innenfor hvert område. Dette gir også en indikasjon på problemenes omfang og hvilken type kompetanse det synes å være behov for overfor pasientene. I 3.1 foreligger utfyllende oversikt over registrerte tiltak for hvert problemområde, sykepleiernes vurdering av utføringen av disse, samt sykepleieres deltakelse i forhold til tiltakene. Når det gjelder informasjon, veiledning og motivasjon iverksatt som tiltak overfor pasienter med de ulike problemene, vil dette i all hovedsak bli presentert samlet etter at hver av problemkategoriene er presentert. Det samme gjelder observasjon i forhold til de ulike problemene. De enkelte problemområdene er presentert i henhold til hvor mange av pasientene som hadde problemer innenfor de ulike problemområdene, startende med problemområdet som omfattet flest.

Tabell 3.5 Personlig hygiene og eliminasjon. Prosent av N (290) og antall

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Nedsatt evne til av- og påkledning og/eller kroppsvask	94	272
Nedsatt evne til toalettbesøk grunnet fysisk immobilitet	81	234
Nedsatt evne til munnhygiene	77	222
Inkontinens (Urin el. avføring)	69	200
Obstipasjon	43	125
Diaré	19	54
Annet vannlatingsbesvær	12	34
Andre problemer	2	6

Vi ser her at det klart hyppigste registrerte problemet i denne kategorien er "Nedsatt evne til av- og påkledning og/eller kroppsvask", som gjelder 94 % av alle pasientene. For de aller fleste av disse pasientene ble også omfanget av dette problemet vurdert som stort. Sammen med ernæringsproblemer (se under) viser dette at de fleste pasientene har problemer med ivaretagelse av basale behov. Dette tilsier et stort behov for grunnleggende stell og sykepleie. Samtidig kan problemer som obstipasjon, diaré og vannlatingsbesvær indikere behov for hjelp med mer utvidet sykepleierkompetanse.

Hele 95 % av alle pasientene hadde fått hjelp til personlig hygiene i løpet av den siste hele uken. Av pasientene med problemer knyttet til personlig hygiene og eliminasjon hadde 62 % blitt medisinerert for dette i perioden. Det tilsvarende tallet for dialysebehandling var 2 %, stomistell 3 % og kateterisering/-stell eller blæreskylling 8 %. (N=281 for disse prosentandelene.⁶) Kateterisering/-stell eller blæreskylling var utført på en større andel pasienter i korttidsavdelingene enn i langtidsavdelingene.

⁶ N for hvert problemområde, altså antall pasienter innen hvert problemområde, framgår av tabell 3.4.

Tabell 3.6. Aktivitet, motoriske og sensoriske funksjoner. Prosent av N (290) og antall

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Nedsatt mobilitet	65	188
Ustøhet/falltendens	47	137
Søvnforstyrrelser	29	84
Nedsatt syn	28	81
Nedsatt hørsel	25	73
Kontrakturer	23	66
Andre problemer	4	12

Vi ser her at nedsatt mobilitet er et problem for 65 % av pasientene. Ustøhet/falltendens er også et problem for nærmere halvparten av pasientene. Omfanget av disse problemene vurderes også å være stort hos de fleste av pasientene dette gjelder. Dette gjenspeiles også i andelen pasienter med lårhalsbrudd eller andre frakturer, som ut fra de oppgitte diagnosene viser seg å være 25 % av pasientene. Andelen pasienter med kontrakturer er litt større i langtidsavdelingene enn i korttidsavdelingene.

”Informasjon/veiledning/motivasjon” er det tiltaket som er iverksatt hyppigst i forhold til disse problemene, nærmere bestemt 68 % (N=259) av dem. For 24 % (N=259) av pasientene ble det benyttet løfteheis, dvs for 21 % av alle pasientene.

Tabell 3.7. Psykiske og sosiale problemer. Prosent av N (290) og antall.

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Nedsatt hukommelse	56	161
Nedstemthet	39	113
Forvirring	38	111
Uro/vandring	25	73
Sosial isolasjon/ ensomhet	20	57
Aggresjon/vold/utagerende atferd	17	50
Sorg eller krisereaksjoner	11	31
Annen sosialt avvikende atferd	7	19
I konflikt med familie eller øvrig nettverk	5	15
Rusmisbruk	2	7
Andre problemer	2	6

Tabellen viser at nedsatt hukommelse, nedstemthet og forvirring er de mest vanlige av de psykiske og sosiale problemene. Disse problemene er samtidig oppgitt å være tilstede i stor grad blant de fleste av de pasientene det gjelder. Andelen forvirrede er imidlertid ikke høyere enn andelen som er oppgitt å være diagnostisert demente. Det er verd å merke seg at 20 % av pasientene oppgis å være sosialt isolerte eller ensomme. At 17 % vurderes som aggressive eller utagerende representerer for øvrig en særskilt problematikk overfor de øvrige pasientene og overfor personalet.

”Informasjon/veiledning/psykisk støtte” er det tiltaket som oppgis å være iverksatt overfor flest av disse problemene, dvs overfor 76 % (N=237), og dermed overfor 62 % av alle pasientene.

Medisinering for de aktuelle problemene er iverksatt ovenfor 59 % (N=237), dvs. 48 % av alle pasientene. Hjelp til å komme seg ut ble oppgitt som tiltak overfor 27 % (N=237), dvs overfor 33 % av alle pasientene.⁷ For halvparten av pasientene med disse problemene ble det oppgitt at samtaler med pårørende hadde vært et gjennomført tiltak.

Tabell 3.8. Ernæring. Prosent av N (290) og antall.

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Nedsatt appetitt eller underernæring	33	96
Dehydrering	15	42
Fedme/overvekt	15	43
Svelgpareser	9	27
Kvalme og/eller oppkast	14	40
Andre problemer	11	31

Av tabellen kan vi lese at 33 % av alle pasientene oppgis å ha problemer i form av nedsatt appetitt eller underernæring. Vi ser videre at "Nedsatt appetitt og underernæring" er det problemet som er hyppigst registrert i denne problemkategorien. Samtidig er det 11 % av pasientene som oppgis å ha andre problemer knyttet til ernæringstilstand.

Andelen pasienter med de enkelte problemene er tilnærmet lik i henholdsvis korttids- og langtidsavdelingene.

Når det gjelder tiltak rettet mot ernæringsproblemer i løpet av den siste hele uken før registrering, finner vi at 43 % (N=57) av disse pasientene hadde fått fysisk hjelp til å spise eller drikke. Dette utgjør 26 % av alle pasientene. Denne andelen er lavere i korttidsavdelingene enn i langtidsavdelingene, og er i sistnevnte på 30 %. Det vil si at nærmere 1 av 3 pasienter i langtidsavdelingene trenger fysisk hjelp til å spise eller drikke.

Sondeernæring var iverksatt for 7 % (N=166) av de med ernæringsproblemer, dvs 4 % av alle pasienter. Intravenøs væsketilførsel eller TPN var iverksatt overfor 4 % (N=166) av pasientene med oppgitt ernæringsproblematikk, dvs. 2 % av pasientene.

I forhold til ernæringsproblematikk kan vi også minne om at 17 % av pasientene ble oppgitt å ha diabetes (jf tabell 3.2). Overfor nærmere 90 % (N=48) av disse ble det gjennomført insulin- og blodsukkerkontroll i løpet av siste 7 dager.

Tabell 3.9. Sirkulasjon. Prosent av N (290) og antall.

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Hypo- eller hypertensjon	20	58
Ødemer	28	81
Stuvning/ lungeødem	1	3
Andre problemer	8	22

Av pasienter med de to mest utbredte av de listede problemene innen dette problemområdet, ødemer og hypo- eller hypertensjon, finner vi en klart større andel i korttids- enn i langtidsavdelingene.

⁷ Det kan her bemerkes at registreringen fant sted i juni måned.

Medisinering var iverksatt overfor 67 % (N=138) av de i denne problemkategorien, dvs. at medisinering for sirkulasjonsproblematikk var iverksatt for 32 % av alle pasientene. Overfor 42 % (N=138) av de med sirkulasjonsproblemer ble det gjennomført blodtrykk- og puls kontroll. Overfor 2 pasienter var det gjennomført CVK-stell.

Tabell 3.10. Smerteproblematikk. Prosent av N (290) og antall.

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Kroniske smerter	29	85
Akutte smerter	10	29
Smerter som lar seg vanskelig kontrollere	13	38
Ikke-utredede/udiagnostiserte smerter	7	19

Tabellen viser at 29 % av alle de registrerte pasientene ble oppgitt å ha kroniske smerter. Akutte smerter, smerter som lar seg vanskelig kontrollere og ikke-utredede smerter representerer imidlertid ofte en større utfordring for pleiere og behandlere. Vi ser at dette var oppgitt å gjelde henholdsvis 10, 13 og 7 % av alle pasientene. Bak disse tallene ligger det også at 14 % (N=136) av de som hadde smerter, ikke var utredet eller diagnostisert for dette. Andelen pasienter med smerter var større i langtids- enn i korttidsavdelingene. Dette gjelder også for hver enkelt av de ulike typer smerter; kroniske, akutte og smerter som vanskelig lar seg kontrollere.

Sett på bakgrunn av at nærmere halvparten av pasienten oppgis å ha smerter, at 10 % har hatt akutte smerter og 13 % har smerter som vanskelig lar seg kontrollere, synes behovet for smertebehandling, inkludert observasjon og vurdering av behandlingseffekter, å være stort.

Smertestillende per os (gjennom munnen) var det tiltaket som var iverksatt overfor flest av de med smerter, nærmere bestemt overfor 96 % (N=136) av dem. Dette utgjør 43 % av alle pasientene. Totalt 4 % av alle pasientene (dvs 12 pasienter) hadde fått opioid behandling. De følgende tiltakene var utført overfor mindre enn totalt 5 pasienter (dvs max 1,4 % av pasientene) i perioden: Intravenøs behandling, epidural smertelindring/morfinpumpe, oppfølging av cytostatika- eller strålebehandling. I dette begrensede tallmaterialet kan vi vise til en *tendens* til at disse tiltakene er utført i noe større grad i korttids- enn i langtidsavdelingene, men forskjellen er *ikke* statistisk signifikant.

Tabell 3.11. Hud og infeksjoner. Prosent av N (290) og antall.

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Arterielle eller venøse sår	9	25
Eksem el. andre utslett	13	37
Fistler	1	4
Hudinfeksjoner	4	11
Andre infeksjoner	2	5
Feber	1	3
Andre problemer	12	34

Vi ser at eksem eller andre utslett utgjør de hyppigst registrerte hudproblemene, etterfulgt av arterielle og venøse sår. Andelen med infeksjoner er relativt liten. Videre ser vi at andelen med andre hudproblemer er relativt stor (12 % av pasientene).

Medisinering var iverksatt overfor 41 % (N=111) av de med hud- og infeksjonsproblemer, dvs overfor 16 % av alle pasientene. Sårstell ble utført på 51 % (N=111), dvs 20 % av alle pasientene.

Smitteregime var iverksatt overfor 9 % (N=111), dvs 3 % av alle pasientene, og alle disse pasientene bodde i langtidsavdelinger.

Andelen pasienter med ett eller flere problemer i denne problemkategorien er noe større i korttids- enn i langtidsavdelingene. Kun for pasienter med feber er andelen større i korttidsavdelingene, og som vi ser av tabellen gjelder dette for kun 3 pasienter.

Tabell 3.12. Respirasjon. Prosent av N (290) og antall.

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Dyspné (inkl. i anfall)	9	27
Slim/ekspektorat	12	34
Hoste	13	39
Andre problemer	3	10

Innenfor dette problemområdet ser vi at 9 % av pasientene er oppgitt å ha dyspné, og mange av disse hadde stor grad av dyspné.

Det framkommer ikke noen forskjell mellom korttids- og langtidsavdelingene mht andel pasienter med de enkelte av disse problemene.

Registreringen viser at halvparten av pasientene med respirasjonsproblemer var medisinert for dette, dvs 12 % av alle pasientene. Hverken respiratorbehandling, tracheostomi eller suging ble oppgitt som tiltak overfor mer enn 1 pasient i hele utvalget. O₂- eller ventilatorbehandling ble utført overfor henholdsvis 4 og 5 pasienter (altså mindre enn 2 %).

Døende/terminalstadier (3 % av pasientene)

Denne kategorien har ikke spesifisert problematikk. Antallet pasienter er her kun 9. Overfor 8 av disse var det iverksatt terminalomsorg/palliativ behandling. Overfor 6 var det iverksatt kontinuerlig overvåking. Ivaretagelse av pårørende inngikk også overfor 6 pasienter. Av de 9 pasientene bodde 7 i langtidsavdelinger, mens 2 var innlagt i korttidsavdeling.

3.4.2 På tvers av problemkategoriene

Innenfor hvert av problemområdene (med unntak av døende/terminalstadier), er det registrert hvorvidt det har vært iverksatt tiltak i form av *informasjon, veiledning og motivasjon eller psykisk støtte*. Selv om dette varierer noe mellom problemkategoriene (fra drøyt 40 % overfor de med sirkulasjonsproblematikk til nærmere 80 % overfor de med psykiske og sosiale problemer), er dette tiltak som oppgis å være utført overfor omtrentlig 55-65 % av pasientene med problemer innen de ulike problemområdene. Vi minner om at dette gjelder den siste hele uken.

Når det gjelder *observasjon* som systematisk gjennomført tiltak, oppgis dette for 60 til drøyt 70 % av pasientene innenfor de forskjellige problemkategoriene. Det er innenfor området smerteproblematikk at observasjon oppgis som iverksatt overfor minst andel av pasientene. Det kan legges til at andelen som får medisiner i tilknytning til de ulike typer av problematikk ikke er så veldig mye lavere enn de som observasjon er et tiltak overfor.

Når vi ser på iverksatte tiltak innenfor problemområdene samlet sett, ser vi at tiltak som vanligvis anses som sykepleieroppgaver, slik som kateterisering og sårbehandling, synes å være relativt utbredt. Når det gjelder omfanget av mer spesialiserte medisinske sykepleieprosedyrer, kan dette illustreres ved å lage en samlekategori av slike prosedyrer og behandlingstiltak som dette kan

knyttet til. Viser da på følgende: Sondeernæring, intravenøs væsketilførsel eller TPN, stomistell, dialysebehandling, O₂-behandling, respirator, ventilator, suging, tracheostomi, CVK-stell, smitteregime, TNS, intravenøs smertebehandling, epidural smertelindring/morfinpumpe og oppfølging av cytostatika- og strålebehandling. Vi finner da at ett eller flere av disse tiltakene er iverksatt overfor 13 % (N=290) av alle pasientene i løpet av de siste 7 dagene. Denne andelen er imidlertid større blant pasientene i korttidsavdeling, hvor dette gjaldt for 17 % (N=66) av pasientene. Til denne gruppen av prosedyrer kan man evt. også medregne kateterisering, som også fordrer en viss utvidet kompetanse. Andelen pasienter denne gruppen av prosedyrer ble iverksatt overfor blir da 16 % blant alle pasientene, og 23 % blant pasientene i korttidsavdelingene.

For øvrig kan det legges til at det er en gjennomgående tendens til at de listede tiltakene er iverksatt overfor færre av pasientene med problemer innenfor hvert problemområde i Storeby enn i Lilleby og Bygdeby. Unntakene her er medisinerer innenfor de ulike problemområdene, samt de ulike tiltakene mot smerter. De tiltakene som omhandler observasjon av pasientene, er oppgitt å være iverksatt i klart mindre grad i Storeby, men også her finner vi et unntak når det gjelder smerteproblematikk. Hvorvidt dette kun gjenspeiler ulike behov i pasientgruppa i de tre sykehjemmene, er imidlertid vanskelig å vurdere.

3.5 Vurderinger av tjenestetilbudet

Når vi nå skal se på sykepleiernes vurderinger av ulike sider ved kvaliteten på tjenestetilbudet, vil vi også trekke inn ytterligere opplysninger om tiltakenes omfang. Vi minner også om supplerende informasjon i vedlegg 3.1.

3.5.1 Vurderinger av tiltakene

Sykepleierne ble bedt om å vurdere hvorvidt de iverksatte tiltakene overfor de ulike kategorier av problemer var *tilstrekkelige* for å ivareta pasientens behov på dette området på en tilfredsstillende måte. Det framkom da at det er innenfor områdene "Personlig hygiene og eliminasjon" og "Aktivitet, motoriske og sensoriske funksjoner" tiltakene vurderes som mest tilstrekkelige. Minst tilstrekkelig vurderes tiltakene i forhold til ernæring og psykiske og sosiale problemer.

Dersom vi ser på sykepleiernes vurdering av hvordan ulike iverksatte tiltak innenfor hvert problemområde *faglig sett er utført*, utmerker områdene ernærings- og smerteproblematikk seg i negativ forstand. Sykepleierne vurderer altså tiltakene innenfor disse to problemområdene å være minst tilfredsstillende utført. Her kan man også legge til tiltak overfor døende/pasienter i terminalstadier, men vi må da minne om at antallet pasienter her er lite.

Ser vi på sykepleiernes vurdering av hvordan de ulike typer tiltak er utført på tvers av problemkategoriene, framkommer følgende bilde:

Tiltak for ivaretagelse av *grunnleggende fysiske behov* i form av hjelp til personlig hygiene og toalettbesøk vurderes å bli relativt sett godt faglig utført. Dette gjelder imidlertid ikke for fysisk hjelp til å drikke og spise (mating), oppfølging av diett, drikkeliste og/eller diuresemåling og vektmåling. Mht hjelp til å drikke og spise, vurderes dette som faglig tilfredsstillende utført overfor 60 % av pasientene som får denne hjelpen (dvs. for 45 av 75 pasienter). Når det gjelder oppfølging av diett, drikkeliste og/eller diuresemåling og vektmåling er utføringen av disse tiltakene vurdert som enda mindre tilfredsstillende utført. Blant tiltak rettet mot pasientenes problemer med ivaretagelse av grunnleggende fysiske behov, framstår altså tiltak overfor ernæringsproblematikk som minst tilfredsstillende utført.

Når det gjelder *medisinering* finner vi at dette er tiltak som sykepleierne mener er relativt godt utført innenfor problemområdene sirkulasjon og personlig hygiene og eliminasjon. Dette betyr at innenfor disse problemområdene vurderes medisineringsen å være tilfredsstillende utført overfor henholdsvis 84 og 83 % av pasientene med denne type problemer. Medisinering i forhold til psykiske problemer og respirasjonsproblemer vurderes noe dårligere ivaretatt, mens sykepleierne vurderer medisinering mot hudproblemer og/eller infeksjoner som minst godt utført av disse⁸. Selv om tallene her er lave, bør det bemerkes at det for inntil 14 % som ble medisinert for ulike problemer ble det ikke oppgitt at det hadde vært sykepleier direkte eller indirekte involvert i dette.

Blant tiltak iverksatt mot *smertes*, vurderes smertestillende per os som relativt godt utført, opioid behandling som bare delvis tilfredsstillende utført, mens annen smertebehandling (med unntak av veiledning og psykisk støtte) vurderes som heller utilfredsstillende utført. Disse tiltakene, som omfatter TNS, annen ikke-medikamentell smertebehandling, intravenøs behandling, epidural lindring/smertepumpe, og oppfølging av cytostatika- og strålebehandling gjelder imidlertid relativt få pasienter for hver type tiltak (mellom 3 og 17 pasienter av 290). Dette gjenspeiler et mønster som kommer til syne på tvers av de fleste problemkategoriene, nemlig at mer spesialiserte sykepleieprosedyrer vurderes som lite tilfredsstillende faglig utført. I tillegg til de nevnte tiltakene mot smerter, omfatter dette sondeernæring, intravenøs væsketilførsel eller TNP, stomistell, dialysebehandling og CVK-stell. (Et unntak her er denne type tiltak iverksatt mot respirasjonsproblemer.) Blant de svært små andelene av pasienter disse tiltakene er utført overfor er det vanskelig å se noe mønster i form av forskjeller mellom korttids- og langtidsavdelingene når det gjelder utføring av de ulike tiltakene. Det som imidlertid framkommer, er at for svært mange av denne type tiltak er det ikke oppgitt at sykepleier har vært involvert i løpet av de siste 7 dagene. Dette gjelder særlig sondeernæring, intravenøs væsketilførsel og -behandling, TNS, stomistell, dialysebehandling, CVK-stell, smitteregime og epidural smertelindring. Både blant disse og andre tiltak som oftest regnes som sykepleieroppgaver, er det samtidig en klar tendens til at tiltakene er vurdert som bedre utført når sykepleiere oppgis å ha vært involvert.

En rekke tiltak som er utført overfor en relativt stor andel pasienter, f.eks. såstell, vurderes samlet sett som relativt tilfredsstillende utført.

Observasjon av pasientenes problemer vurderes tilfredsstillende ivaretatt overfor omtrentlig 70 til 80 % av pasientene innen hvert av problemområdene. Best vurdert er observasjon av problemene innen kategoriene personlig hygiene og aktivitet, motoriske og sensoriske problemer. Minst tilfredsstillende vurdert er observasjoner i forhold til respirasjonsproblemer, ernæringsproblemer, psykiske og sosiale problemer.

Informasjon, veiledning og motivasjon eller psykisk støtte vurderes som faglig tilfredsstillende utført overfor ikke mer enn mellom ca 50 til 70 % av pasientene innen de ulike problemområdene. Samtidig er vurderingen her ofte "Delvis tilfredsstillende", og heller sjelden helt utilfredsstillende. Det er svært mulig at dette gjenspeiler disse tiltakenes karakter, da de kan være relativt vanskelig å vurdere både mht egen og andres utføring. Det kan legges til at det er i tilknytning til psykiske og sosiale problemer at denne type tiltak vurderes som minst tilfredsstillende utført.

Når det gjelder variasjoner sykehjemmene i mellom, så er det et gjennomgående trekk at sykepleierne i Storeby vurderer tiltakene *Observasjon* og *Informasjon, veiledning og motivasjon eller psykisk støtte* som mindre tilfredsstillende utført enn det sykepleierne i Bygdeby og Lilleby gjør.

⁸ Ikke alle problemkategoriene inneholdt medisinering som tiltak.

Vi minner om at tiltakene som sykepleierne har blitt bedt om å vurdere den faglige utførelsen av, ikke er en uttømmende liste av mulige tiltak overfor pasientene. Likevel inneholder den mange av de vanligste tiltakene overfor de ulike kategoriene av problemer. Listen inneholder imidlertid få tiltak som er av eksplisitt forebyggende art, og gir derfor mindre grunnlag for å vurdere gjennomføringen av forebyggende tiltak. Som en metodisk kommentar kan det også legges til at sykepleierne i sine vurderinger av tiltakene hadde mulighet til å svare "Vet ikke". De som har manglet informasjon eller vært usikker, kan antas å ha benyttet seg av denne rubrikken. Dette styrker tilliten til vurderingsgrunnlaget bak svarene som er avgitt.

3.5.2 Tilfredsstillende legetjeneste?

Omfanget av legetilsyn beskrives i kapittel 3.4, men vi kan minne om at 21 % av pasientene hadde hatt legetilsyn ukentlig eller oftere i løpet av den siste måneden, mens over halvparten av alle pasientene hadde hatt fast legetilsyn hver 4. uke eller sjeldnere. På spørsmål om omfanget av legetilsyn var tilstrekkelig, vurderte sykepleierne at dette var tilfelle for 78 % av pasientene

Samlet sett vurderer sykepleierne at 26 % av pasientene hadde *behov for medisinsk utredning*, eller ytterligere medisinsk utredning i forhold til det de har fått. Det er innenfor problemområdene "Smerteproblematikk", "Psykiske og sosiale problemer" og "Aktivitet, motoriske og sensoriske funksjoner" at behovet for medisinsk utredning hyppigst vurderes å være til stede. Blant pasienter med disse problemene finner vi at henholdsvis 27, 15 og 10 % vurderes å ha behov for medisinsk utredning. I antall (n) er dette henholdsvis 36, 36, og 27 pasienter.

Andelen pasienter som oppgis å ha behov for (mer) medisinsk utredning er noe lavere i Bygdeby enn i Storeby og Lilleby.

3.5.3 Behov for annet tjenestetilbud?

Sykepleierne ble også bedt om å vurdere hvorvidt hver enkelt registrerte pasient heller burde ha fått tilbud om annen tjeneste eller omsorg på annet tjenestenivå. På dette spørsmålet ble svaret "nei" for 72 % (N=273) av pasientene. Blant de man mente burde ha fått et slikt tilbud, sto et mindretall, 8 %, på venteliste. Skjermet sykehjemsavdeling var det alternativet som ble vurdert best egnet for flest av pasientene med behov for et annet tilbud. Disse utgjør 9 % av alle pasientene, dvs. 26 pasienter.

3.6 Oppsummering

Kartleggingsundersøkelsen i Bygdeby, Lilleby og Storeby har vist at pasientgruppen i all hovedsak består av eldre og gamle, og at det blant disse ser ut til å finnes et relativt stort omfang av sykdom og plager. Praktisk talt alle pasientene har en diagnostisert lidelse som er under behandling eller som krever spesiell oppmerksomhet fra helsepersonell, og hele 74 % av pasientene har 3 eller flere. En aktiv hjerte-/karlidelse er tilstede blant et stort flertall, og en tilsvarende nevrologisk lidelse oppgis hos over halvparten. Blant disse er 38 % diagnostisert demente. Vi minner om at registreringen ikke omfattet sykehjemmenes demensavdelinger. Hos 10 % er det oppgitt en aktiv kreftdiagnose, og 31 % av pasientene hadde en aktiv psykisk lidelse. Tilnærmet alle pasientene får medisiner daglig, og 73 % trenger hjelp til å ta medisiner. Det var 20 % av pasientene som hadde hatt behov for øyeblikkelig legehjelp (ø-hjelp), i løpet av den siste måneden.

Over halvparten av pasientene oppgis å ha et ernæringsproblem. De aller fleste pasientene har nedsatt fysisk funksjonsevne og behov for hjelp til ivaretagelse av grunnleggende fysiske behov

som vask, stell og toalettbesøk. Nærmere halvparten av pasientene oppgis å ha smerter, hvorav de fleste er kroniske.

Sykepleieprosedyrer som kateterisering og sårbehandling synes å være relativt utbredt. Spekteret av tiltak som har vært iverksatt overfor smerteproblematikk er relativt stort. Også på andre områder er det iverksatt mer spesialiserte prosedyrer som fordrer medisinsk klinisk sykepleiekompetanse. Likevel synes det ikke som om denne type tiltak iverksettes i vesentlig større grad i sykehjemmene enn i hjemmesykepleien. Omfanget av denne type tiltak er imidlertid større i korttidsavdelingene. Det er samtidig slik at gjennomføring av denne type tiltak vurderes som relativt lite tilfredsstillende. Særlig er dette tilfelle når det ikke oppgis at sykepleiere har vært involvert, og dette er faktisk tilfelle i overraskende stor grad for denne type tiltak. (Vi må legge til at det her er en viss variasjon mellom sykehjemmene.) For øvrig er det innenfor områdene ernærings- og smerteproblematikk at de ulike iverksatte tiltakene vurderes som minst tilfredsstillende utført, og omfanget av tiltak i forhold til ernæringsproblematikk vurderes også som utilstrekkelig. Psykiske og sosiale problemer synes også vanskelig å imøtekomme i tilfredsstillende omfang. Grunnleggende pasienthygiene (og eliminasjon) vurderes som godt ivaretatt, og det samme gjelder medisinerer.

Det synes å være et visst utilfredsstilt behov for medisinsk utredning og legetilsyn blant pasientene. Behov for et annet tjenestetilbud enn det de nå får vurderes å være til stede for 23 % av pasientene, og behovet synes størst for plass i skjermet sykehjemsavdeling.

4 Intervjuundersøkelsen i sykehjem

I dette kapitlet skal vi utdype spørsmålene om pasientenes (også kalt beboerne) helsetilstand og kvalitet på tjenestene. Til grunn for diskusjonen ligger dybdeintervju med sykepleiere, ledere og leger innenfor 10 utvalgte avdelinger/grupper i tre sykehjem i kommunene. I fremstillingen vil vi også inkludere en avdeling fra Storeby som ikke hadde anledning til å delta i kartleggingsundersøkelsen. Avdelingen hadde stor sykepleiermangel og generelt vanskelige arbeidsforhold på den tiden undersøkelsen foregikk.

Vi vil innledningsvis gi en generell beskrivelse av sykehjemmene, før vi går mer detaljert inn på helsetilstanden til pasientene, kvaliteten på tjenestene og organisatoriske faktorer som synes å ha betydning for dette.

4.1 Generell beskrivelse av sykehjemmene og avdelingene

Sykepleierne i undersøkelsen oppga at de trivdes i arbeidet ved sykehjemmene. Mange trivdes med eldreomsorg, og opplevde det positivt å kjenne beboerne over tid. De mer erfarne og "voksne" sykepleierne syntes det var godt å slippe det maset som ofte er i sykehusavdelingene. Nærheten og relasjonen til beboerne var en viktig kilde til arbeidsglede. Positive tilbakemeldinger fra beboerne, mulighet til å gi velvære til pasientene og til å gjøre en god jobb med dem var også av stor betydning. I mange avdelinger var det godt kollegialt arbeidsmiljø, noe som hadde stor betydning for trivsel. Manglende muligheter for å gjøre arbeidet på en faglig tilfredsstillende måte, var på den annen side en viktig årsak til misnøye og frustrasjon. Andre faktorer som påvirket arbeidsforholdene i negativ retning, var det å gå alene som sykepleier på vakt, lite fagfelleskap og manglende muligheter til å utøve ledelse. Disse faktorene påvirket ønsket om å fortsette å arbeide ved sykehjemmene.

Alle avdelingene i undersøkelsen har en tradisjonell organisering av sykepleien. Ingen har valgt en "sykepleierpool-ordning", der sykepleierne er trukket ut av avdelingen, eller andre alternative organisasjonsmodeller for sykepleie (jf Harsvik mfl 2002). Det er generelt en bedre sykepleierdekning i korttidsavdelingene enn i langtidsavdelingene.

Sykehjemmet i Storeby er et stort sykehjem fra midten av 1970-tallet. Den eldste delen ble rehabilitert for kort tid tilbake. Sykehjemmet har totalt over 200 beboere fordelt på 10 avdelinger og et dagsenter. Det er både langtidsavdeling, blandet korttids- og langtidsavdeling og skjermet avdeling på sykehjemmet. Korttidsavdelingen har ikke rehabiliteringsplasser. Langtidsavdelingene består hovedsakelig av 30 senger, med 10 enkeltrom og 10 dobbeltrom. En rehabiliteringsavdeling har plass til 20 pasienter på enerom. Det er tradisjonell kjøkkendrift, og ingen kjøkkenassistent ved avdelingene. De største avdelingene er inndelt i tre grupper, mens den minste er delt i to. Sykehjemmet har en kjerne av fast personale, men har hatt rekrutteringsproblemer både når det gjelder sykepleiere og hjelpepleiere. Sykepleiermangelen er forsøkt løst ved å ansette 13 utenlandske sykepleiere. Det er forskjeller i sykepleierdekning mellom avdelingene. Det benyttes ufaglærte i stort omfang, mange av de ufaglærte er fra andre kulturer, og stedet er preget av den flerkulturelle personalsammensetningen. Grunnbemanningen, og særlig sykepleierbemanningen, er den laveste blant de tre sykehjemmene. Avdelingene har ikke primærsykepleie, men gruppesykepleie. Hver avdeling blir ledet av avdelingssykepleier. Denne har både personalansvar og faglig ansvar. Det er ansatt en tilsynslege på sykehjemmet i full stilling. I tillegg betjener andre leger fra bydelen noen avdelinger.

Arbeidsforholdene og kvaliteten på tjenestene synes å variere mellom avdelingene, men det er også variasjoner over tid. Man finner alt fra forholdsvis gode forhold på den minste

langtidsavdelingen, til svært dårlige forhold på den mest nedslitte langtidsavdelingen i utvalget. I de fleste avdelingene, bortsett fra én, oppgis det at avdelingene mestrer en viss minstestandard. Det oppgis samtidig, både av leger og sykepleiere at den faglige forsvarligheten ofte er marginal og til dels uforsvarlig. Dette er i motsetning til de andre sykehjemmene. Marginaliteten er forklart med problemer i bemanningssituasjonen.

Sykehjemmet i Lilleby er et mindre og nytt sykehjem og har kun vært i drift i noen måneder. Det består av 120 beboere, og har i tillegg til ordinær langtidsavdeling også en aldersdemensavdeling og en korttidsavdeling. Korttidsavdelingen har 20 pasienter, inkludert fire rehabiliteringsplasser. Avdelingen er delt inn i to grupper. Langtidsavdelingen består av 56 pasienter og er delt inn i fire grupper med 14 beboere på hver gruppe. Begge avdelinger har en blanding av tomannsrom og enerom, men med flest tomannsrom. Kjøkkentjenester er lagt til avdelingene. Dette oppleves positivt for beboerne, men medfører frustrasjoner hos personalet, fordi husholdningsoppgavene tar tid fra pleieoppgavene. I forbindelse med nybygget er grunnbemanningen og andel sykepleierstillinger vesentlig bedret. Det er nå god dekning av sykepleiere og hjelpepleiere. Det er ikke rekrutteringsproblemer og man har stabilt personale. Det benyttes ufaglærte daglig, men i mindre omfang enn i Storeby. Ledelsen består av en avdelingsleder som har personalansvar og administrativt ansvar for begge avdelinger, og fagansvarlige sykepleiere. Legetjenesten utgjør over ett årsverk og er fordelt på flere leger.

Kommunen har generelt stort press på hjemmebaserte tjenester og sykehjem. Dette forklares med en økning i andelen eldre i kommunen. Det oppgis likevel at kvaliteten generelt er god ved sykehjemmet, selv om det kan forekomme enkelte mangler. Blant annet savner man skjermingsplasser. De ansatte ved sykehjemmet synes at arbeidsforholdene og kvaliteten på tjenestene er bedret på grunn av nybygget og bemanningssituasjonen. Det oppgis at arbeidsmiljøet er overveiende godt ved alle avdelinger i undersøkelsen.

Sykehjemmet i Bygdeby er over 30 år gammelt. I tillegg til en aldershjemsavdeling med plass til 20 beboere, har institusjonene 86 sykehjemsplasser fordelt på en korttidsavdeling og fire langtidsavdelinger, hvorav en demensavdeling. Hver langtidsavdeling har 16 beboere fordelt på to grupper. Korttidsavdelingen har 22 pasienter fordelt på to grupper og har også rehabilitering. Alle langtidsavdelinger har enerom, mens korttidsavdelingen har tosengsrom. Både sykepleier- og hjelpepleierstillingene er besatt, men ledelsen erfarer at det har vært færre eksterne søkere de siste to årene. Det er jevnlig flere sykepleiere i permisjon. Det er også omfattende bruk av deltidsstillinger for sykepleiere og hjelpepleiere. Ufaglærte benyttes daglig, men i mindre omfang enn i Storeby. Det oppgis at kompetansen i personalgruppen er god, men grunnbemanningen er for liten. Ved hver avdeling er det en avdelingsykepleier som skal delta aktivt i stedet. Tilsynslegefunksjonen ved sykehjemmet deles av to leger i mindre stillinger. I forbindelse med en omorganisering til mindre enheter for tre år siden ble det også opprettet en demensavdeling. Dette har bidratt til å bedre forholdene ved sykehjemmet. Kjøkkentjenesten er også her flyttet til avdelingene, og sykehjemmet har gjort samme erfaringer som i Lilleby, nemlig at dette tar tid fra pleieoppgavene.

I likhet med de hjemmebaserte tjenestene i kommunen, opplever man at pågang på sykehjemmene har økt. Dette forklares også her med at andelen eldre i kommunen har økt. Arbeidsmiljø og kvaliteten på tjenesten oppgis som overveiende god, tross visse mangler. Samtidig oppgis det også her, som i de andre sykehjemmene, at kvaliteten på sykepleien forringes på kveld og i helgene.

4.2 Beboernes helsetilstand

Det generelle bildet som ble tegnet ved alle sykehjemmene er at pasientene i ordinære langtidsavdelinger har blitt eldre og har mer omfattende fysiske og mentale svekkelser enn

tidligere. Dette forklares med at flere nå bor lenger hjemme før de kommer til sykehjemmet. Dette innebærer også at det er færre som sendes hjem etter det som er planlagt å være et tidsbegrenset avlastningsopphold. Pasientene beskrives også som sykere enn tidligere, og sykdomsbildet er mer sammensatt. Andelen demente oppleves å ha steget, og mange av beboerne oppleves som mer mentalt reduserte enn tidligere. Dette til tross for at det er opprettet egne demensavdelinger. Ved ett sykehjem ble det antatt at 80 % av beboerne er demente i lettere eller alvorligere grad.

Ved de fleste langtidsavdelingene i sykehjemmene ble pasientgruppen generelt beskrevet som tungt pleietrengende; *"Mange virkelig pleietrengende, som nesten ikke kan utføre noe egenomsorg selv."* Mange er heis- og rullestolbrukere, og noen er sengeliggende hele eller store deler av døgnet. Mange av pasientene trenger to personal når de skal forflyttes, og mange må helt eller delvis mates. I noen avdelinger ble det oppgitt at omtrent halvparten av beboerne trenger å mates.

Sykepleierne beskrev at det er sjelden de har pasienter som er noe mer selvhjulpne, selv om dette kan forekomme, og særlig i Lilleby. I Storeby har den minste avdelingen et stort antall "spreke" pasienter i forhold til resten av sykehjemmet. Dette forklares med at enerommene medfører store avstander. Det er dermed umulig å ha svært pleietrengende beboere i avdelingen.

Den store andelen av pleietrengende pasienter med omfattende funksjonstap gjør at virksomheten i avdelingene er rettet mot stell, ernæring og aktivisering. Hovedfokuset er derfor rettet mot den grunnleggende sykepleien. Videre fører beboernes funksjonstap til at en stor del av sykepleien er rettet mot forebygging. *"Det er jo tiltak, men det går altså ikke på forbedring i det hele tatt (...), Det er for opprettholdelse. Forebygge forverret tilstand."* Dette kan være forebygging av sår, av vekttap eller fall i motoriske eller psykiske funksjoner.

Selv om pasientene ved langtidsavdelingene ble beskrevet som *"bare gamle og pleietrengende, med sterkt nedsatt funksjonsevne"*, viste samtidig sykepleierne også til at *"De fleste er hardt rammet av sykdom"*. De viste særlig til at beboerne har sammensatte og kroniske sykdommer. Dette bekrefter kartleggingsundersøkelsen. Det er et stort antall slagpasienter og demente, og flere har atferdsproblemer. Kreft og parkinsons er andre lidelser som blir trukket fram, sammen med diabetes, revmatiske lidelser, hjertesvikt og ulike lungesykdommer. I tillegg har mange sår. Det er også pasienter med psykososiale problemer, eller med alvorlige psykiske lidelse. Videre ble det oppgitt et forholdsvis stort antall døende, og at dødsfall gjerne kommer i perioder.

Sykepleierne oppga at de på vaktene forholdsvis ofte blir tilkalt for akutte tilstander. Dette kan være hjerteinfarkt, for lavt blodsukker, pasienter som er døende, pasienter som har høy feber eller "surkling"⁹ som skal vurderes. Videre er det mange pårørende som skal følges opp.

De fleste pasientene ved sykehjemmene får medisiner, og i likhet med hjemmesykepleien, tar det å sette og dele ut medisiner en stor del av sykepleiernes tid. Dette gjelder både på dagvakt og på kveldsvakter når sykepleierne har ansvar for flere avdelinger.

Korttidsavdelingene ved sykehjemmene er noe forskjellig i utforming, men har også mange likhetstrekk. Alle avdelingene har en sammensatt gruppe pasienter. Mange er tungt pleietrengende, selv om det er flere mer selvhjulpne pasienter enn i langtidsavdelingene. Pasientene kommer ofte fra hjemmesykepleien. Disse pasientene er inne til avlastning eller venter på fast plass på sykehjem. Her er gruppen demente med behov for kontinuerlig tilsyn størst, men det finnes også pasienter med alvorlige psykiske lidelser. I Bygdeby fungerte korttidsavdelingen som en akuttavdeling der pasienter legges inn til kortvarig observasjon. En stor andel pasienter kommer fra sykehusene for å få oppfølgende behandling. Dette er i hovedsak pasienter med

⁹ Kan skyldes alvorlig hjertesvikt, eller infeksjon.

somatisk sykdommer som hjerneslag, hjertesvikt, lungesykdommer, demens, og kreft. I tillegg oppgis det at det kommer inn et forholdsvis stort antall terminale pasienter. I Lilleby og Bygdeby drives også rehabilitering, særlig av pasienter med hjerneslag og lårhalsbrudd. I Storeby har man prinsipielt ikke rehabiliteringsplasser på grunn av manglende kompetanse, men de har i praksis også mange pasienter med slag og lårhalsbrudd. Også her er det mange pårørende som trenger oppfølging.

Pasientene som kommer fra sykehus er ofte svært syke og har behov for flere sykepleieprosedyrer. *"Og vi merker jo at de som kommer fra sykehuset er mye mer krevende enn de som kommer hjemmefra. De har jo vært lagt inn på sykehuset for eksempel akutt hjertesvikt, slag og lårbeinsbrudd. Det er mer å følge opp hos de som kommer fra sykehus enn de som kommer hjemmefra. De har mer demensproblematikk."*

Sykepleierne på både langtids- og korttidsavdelingene oppga at omfanget av behandlingsoppgaver og mer spesialiserte sykepleieprosedyrer har økt. Dette forklares med endringene i spesialisthelsetjenesten. *"Det blir ofte nevnt at brukeren er mye dårligere enn hva de var før. De som er på aldershjemmet i dag var sykehjemmets tidligere beboere. Det har vært en dreining, og i etasjene her så drives det nå et "minisykehus". Vi har dialyse, svært kompliserte sår og stomier. Det er helt klart at det krever masse sykepleierressurser (...) Det var utenkelig på et sykehjem for noen år siden. Da var de helt klart sykehuspasienter."* Sykepleierne fortalte at de møter sykdomstilfeller og utfører tiltak som de tidligere forbandt med sykehuspasienter. *"Det er rene indremedisinske avdeling her til tider."* Flere pasienter har behov for sykepleiefaglige prosedyrer som f.eks. ulike typer kateterisering, O₂-behandling, sondeernæring, tracheostomistell, CVK. Det gies også intravenøst om sykepleierdekningen er tilstrekkelig. Sykepleierne mente at denne utviklingen stiller større faglige krav enn tidligere, også i pleien av pasientene.

Det ser altså ut til at endringene i spesialisthelsetjenesten påvirker utformingen av korttidsavdelingene, og også langtidsavdelingene, mot mer aktiv behandling og et større omfang av mer spesialiserte sykepleieprosedyrer. Det er *mulig* at omfanget av mer spesialiserte medisinske sykepleieprosedyrer er større i korttidsavdelingene enn i langtidsavdelingene. Samtidig er det en tendens til at mer spesialiserte sykdomstilstander og sykepleieprosedyrer også innlemmes i langtidsavdelingenes arbeid.

4.3 Kvalitet på tjenestene i sykehjem

Som vist i den generelle beskrivelsen av kommunene, synes kvaliteten å variere både mellom kommunene og mellom avdelingene i hvert sykehjem. I Lilleby og Bygdeby ble forholdene generelt beskrevet som gode: *"Pasientene her har det bra. De får dekket de viktigste behovene."* Variasjonene i totalvurderingene som gis av sykepleierne kan imidlertid variere fra *"kjempebra"* og *"høy standard"*, til *"det mest grunnleggende, men på noen områder en minstestandard"*.

Det er særlig avdelinger i Storeby som har problemer med kvalitet på tjenestene. Både sykepleiere og leger der beskriver avdelinger som er like over eller på grensen til faglig forsvarlighet. *"Jeg mener at det er forsvarlig, men det balanserer veldig, det gjør det."* Dette er avdelinger som bare til dels makter å ivareta pasienten i forhold til grunnleggende pleie, men der den faglige forsvarligheten kan beskrives som *"marginal"*. Denne marginaliteten øker sårbarheten for at det gjøres alvorlige feil og mangler.

På den mest nedslitte avdelingen i Storeby, beskrives forholdene som spesielt uforsvarlig. Denne avdelingen er ikke representativ for utvalget som helhet. *"Jeg synes rett og slett faglig, så er det ikke ansvarlig."* De omfattende problemene i avdelingen fører til at kvaliteten senkes gjennomgående på de fleste områder. Dette gjelder stort omfang av trykksår, men også:

"Ernæringsmessig kan du tenke deg... det er hygienen på avdelingen. Plutselig så er det fem, seks, på bare én gruppe, som får urinveisinfeksjon. Ikke sant. Det går på, liksom... Du ser til slutt at folk er kledd på en uansvarlig måte. Det går på.. De skifter ikke bleier. Du ser at beboerne ikke blir dusjet. Du ser at beboerne... Det er i alle, altså, i alle retninger." I denne avdelingen beskrives det problemer med å ivareta kvaliteten på det grunnleggende stellet. Det er også vanskelig å opprettholde en god kommunikasjon og positive holdninger til pasientene. I tillegg oppstår det feilmedisinering. Også smitteprosedyrer ivaretas dårlig. For eksempel ble det benyttet skitten stellefrakk og smittehansker fra en pasient med gule stafylokokker på kjøkkenet, og smitemadrasser ble dratt gjennom avdelingen uten tildekning.

Grunnleggende stell og ernæring

Sykepleierne ved avdelingene beskriver at den generelle pleien og stellet i hovedsak blir ivaretatt godt på dagtid på hverdagens. Kvaliteten på pleien til pasientene er beskrevet som generelt dårligere på kveldstid og i helgene. Dette skyldes for dårlig bemanning og økt innslag av ufaglært personell. De minst fungerende avdelingene har også et problem med å ivareta kvaliteten på den grunnleggende pleien til pasientene på hverdager.

Hovedinntrykket er at den grunnleggende pleien og stellet generelt sett er bra, men det kan skorte på tid, slik at man *"kun får tatt det mest nødvendige"*. Pasientene kommer i hovedsak opp av sengene på dagtid, men dette kan være et problem i helgene i noen avdelinger. Samtidig vises det til at man noen ganger må ty til løsninger som at noen pasienter må legge seg tidligere enn de ønsker, eller de må få frokost på senga fordi det ikke er nok pleiere til å hjelpe dem opp før frokosten. Videre er det vanskelig å tilby dusj når pasientene ønsker det. Tidsmangelen kan også føre til at stellet foregår for raskt og overfladisk. Sykepleierne får dermed ikke tid til å gjøre verdifulle observasjoner og vurderinger i stellet, og samtidig benytte situasjonen til å ivareta pasientenes behov for sosial stimulering.

Ivaretakelse av pasientenes *ernæringsbehov* synes å ha stor oppmerksomhet i de fleste avdelingene. Samtidig var dette det området der flest sykepleiere var bekymret over kvaliteten. Dette samsvarer med kartleggingsundersøkelsen. Årsaken til at kvaliteten på ernæringsområdet kan bli redusert, er at disse tiltakene ofte er svært tid- og personellkrevende. Dette gjelder særlig dersom pasienten må mates. For de mest svekkede pasientene kan matingen ta inntil en time dersom dette skal gjøres tilfredsstillende. Dette problemet forsterkes ved at en forholdsvis stor andel av pasientene må mates, samtidig som de kan ha dårlig appetitt eller svelgpareser. I Storeby utgjør kveldsbemanningen én ansatt på 10 pasienter. Sykepleierne fortalte at halvparten av pasientene trenger å mates, og dette fører til et stort kapasitetsproblem. Det beskrives løsninger som at man enten må redusere omfang av mat, eller mate flere pasienter samtidig. Selv om pasienten får mat, kan likevel kvaliteten på spisesituasjonen bli lav, for eksempel ved at personalet bare deler ut maten og så forlater beboerne. I de dårligst fungerende avdelingene er det også vanskelig å få ivaretatt behov for drikke mellom måltider, og det kan være vanskelig å gjennomføre ordninger med mellommåltider eller føring av drikkelister.

Ivaretakelse av psykososiale behov

Det synes å være en generell oppfatning blant sykepleierne at psykososiale behov hos pasientene er blant de behovene som er vanskeligst å ivareta godt i hverdagen. Disse behovene prioriteres ned til fordel for ivaretakelse av stell og fysiske behov. Til psykososiale behov regnes både det å få ivaretatt angst og uro hos pasientene, så vel som et mer generelt behov for samtaler, hygge og stimulerende aktiviteter. Ved flere steder oppga sykepleierne også at det var vanskelig å finne tid til å ta pasientene ut for spaserturer eller andre sosiale aktiviteter. Aktivitørene ble derfor sett på som svært viktige ressurspersoner.

Dårlig tid er hovedårsaken til at psykososiale behov blir mangelfullt ivaretatt. Andre forklaringer på manglene er innstillingen blant pleiepersonalet i avdelingen, og i mindre grad personalets kompetanse. En avdelingssykepleier beskriver dette slik: *"Ja. Jeg opplever forskjellige situasjoner, blant annet her en dag så gikk jeg forbi en stue (det var en gruppe jeg ikke var på selv den dagen) der sitter en pasient å hyler og skriker. Også sitter det 3 pleiere rundt et bord og leser ukeblad og da måtte jeg gå bort å spørre om ikke noen av de kunne ha sittet med henne eller tatt pasienten med ut i stedet for å sitte her. Det er ikke for noe nytte for brukerne som sitter her. De gjorde det, men jeg lurer på om det var for å tilfredsstille meg eller hva det var for..."*. Problemet kan også bli forsterket ved at pasienten er generelt mentalt svekket, noe som vanskeliggjør sosial omgang. Et godt sosialt miljø utformes i avdelingen som helhet. Ivaretakelsen av de psykososiale behovene utgjør derfor helt spesielle utfordringer når det gjelder utformingen av det psykososiale miljøet i avdelingen på systemnivå.

Fysisk aktivitet og stimulering

Selv om fysisk stimulering for pasientene synes å bli oppfattet som en mer konkret oppgave og derfor lettere å gripe tak i enn psykisk og sosial stimulering, trekkes dette også fram som et problemområde. I stor grad forklares dette med at det er mangel på tid og kompetanse til å integrere fysisk egenaktivitet, f.eks. i stellet, men også mangel på tid til å drive fysisk aktivitet i form av gåtreening, øvelser og turer ute.

I kartleggingsundersøkelsen framkom ikke dette som et område hvor sykepleierne var spesielt utilfredse når det gjaldt gjennomføringen av tiltak, men aktiviseringstiltak inngikk heller ikke i kartleggingen. I intervjuene fremstilles dette området som et av de områdene i sykehjemmene man er minst fornøyd med. Spesielt gjelder dette på langtidsavdelingene. I likhet med ivaretakelsen av psykososiale behov, etterspørres en mer bevisst holdning til å iverksette tiltak rundt dette i avdelingene.

Trykksår

I de fleste avdelingene ble det oppgitt at forebygging av trykksår er en viktig oppgave, spesielt fordi pasientene er fysisk svekket. Det synes som at sår og sårstell er en hyppig forekommende oppgave i alle avdelinger, noe som altså skyldes pasientenes allmenntilstand. Det kan samtidig synes som at det er et samsvar mellom avdelingsforholdene og omfang og utvikling av trykksår. I den minst fungerende avdelingen ble det oppgitt at det var et langt større omfang av trykksår enn ved de andre avdelingene. *"I det siste har vi hatt masse, masse trykksår, som vi ikke har hatt på mange år"*. I denne avdelingen klarte man heller ikke å ivareta sår med smitte eller forebygge forverring av sår generelt.

Videre ble det oppgitt at bemanningsproblemet forsterket faren for sår, fordi flere pasienter trengte to personale for å snues. Det kunne derfor være vanskelig å få snudd sengeliggende pasienter, som for eksempel slagpasienter, ofte nok.

Psykiske lidelser og demens

Som nevnt i kapittel 4.2 har både langtidsavdelingene og korttidsavdelingene et stort omfang av personer med demens. Demente pasienter kan være vanskelig å håndtere på grunn av forvirring, uro, eller atferdsproblemer. Dette ble særlig påpekt i Storeby, som har store avdelinger. En sykepleier fra korttidsavdelingen sier her: *"...pasienter som er veldig demente, som er urolige og engstelige, skaper mye uro i avdelingen. Vi er for dårlige bemannet til å ivareta de på en forsvarlig måte. Vi har ikke tid til de rett og slett, det er at for store avdelinger til demente urolige pasienter. Også har vi en del som er helt klare, og de takler ikke dette å ligge på samme rom som en veldig dement pasient. Den demente roter i nattbordskuffen, tisser i kroker og forstyrrer om natten. Det er kanskje den kategorien vi har vanskeligst for å ivareta, vi har ikke tid nok for de. De burde ha vært på små skjermede avdelinger og slike plasser er det alt for få av."*

Både i Storeby og Lilleby etterspørres det derfor flere skjermede enheter til demente. Flere sykepleiere fremhever også problemet med bruk av tvang overfor disse pasientene. Det hender pasientene må bindes fast til stolene e.l. for å unngå at de skader seg. Tilsynslegen i Storeby fortalte også at det er nødvendig å bruke mer beroligende medisiner til urolige demente på grunn av den lave bemanningen.

Det synes også som aggresjon og atferdsproblemer hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser kan være vanskelig å håndtere for avdelingene. Dette henger sammen med avdelingenes fysiske miljø og personalets kompetanse. Disse funnene kan til en viss grad forklare ønsket om flere alderspsykiatriske poster i spørreskjemaundersøkelsen (jf kapittel 5.1.4).

Terminal pleie

Ivaretakelsen av døende pasienter beskrives som en krevende og kompleks oppgave, men samtidig er dette prioritert. Sykepleierne synes i all hovedsak å være tilfreds med avdelingenes ivaretagelse av denne oppgaven. Det framheves at avdelingene er villige til å sette inn ekstra ressurser i form av rokering av personale og ekstra bemanning. *"Det blir voldsomt prioritert, jeg synes folk er kjempeflink både med pasienten, og bruker mye tid med pårørende. Vi hadde en i forrige uke som ikke kunne skryte nok for de synes de ble så godt ivaretatt i perioden der og det synes jeg at folk er kjempe flinke til. Det som er problemet her at noen er to på et rom og for å få den biten til å gå opp. Vi har et rom som brukes til terminal rom, men det er et problem at vi ikke kan kjøre seng inn dit. Da må den dårlige pasienten over på en bære og bli flyttet igjen over til sengen. Det holder vi igjen på lengst mulig, men da er det problemet med at en annen deler rommet. Det er det eneste jeg synes er dårlig, men med det vi gjør blir prioritert og vi leier inn ekstra folk hvis det er behov for det."*

Som det framkommer i dette sitatet, fører omfanget av tomannsrom, både i korttids- og langtidsavdelinger, til at det blir vanskelig å ivareta pasientene og pårørende på den beste måten. Et annet forhold som trekkes fram, er at det kan være vanskelig å skaffe bemanning til fastvakter.

Ivaretakelsen av pårørende

Ivaretakelsen av pårørende vil ofte være en integrert del av ivaretakelsen av pasienten. Selv om denne ble beskrevet som *"noe flyktig noen ganger"*, ble den stort sett beskrevet som god og uproblematisk. Positive tilbakemeldinger fra pårørende var langt vanligere enn klager og konflikter. Samtidig er det her et metodisk problem knyttet til underrapporteringer. Andre undersøkelser viser at pårørende i liten grad klager, til tross for at de er misfornøyde, bl.a. av redsel for sanksjoner fra personalet.

Andre sykdommer og medisinsk behandling

Sykepleierne fortalte at den medisinske sykepleien til pasientene stort sett ble fulgt opp på en tilfredsstillende måte, men at det kunne forekomme mangelfulle observasjoner og mangler i oppfølging av spesialiserte tiltak og sykepleieprosedyrer som kateter, sprøytesetting og sårstell. De største problemene var knyttet til akutte situasjoner. Det syntes imidlertid vanskelig å få utdypende svar fra sykepleierne på dette området, noe som også var tilfelle i hjemmesykepleien. Dette synes å stå i motsetning til rapporteringen av omfanget av medisinske diagnoser i kartleggingsundersøkelsen og i intervjuene. Denne motsetningen kan skyldes flere forhold. En årsak kan være at den mer spesialiserte sykepleien i stor grad integreres i den grunnleggende pleien, og dermed i liten grad gjøres som et eksplisitt tema for pleiepersonalet. En annen årsak kan være at fokuset i sykehjemmet er på grunnleggende sykepleie, og at sykepleierne derfor snakker lettere om dette. Dette er naturlig fordi kommunehelsetjenesten har ansvar for generelle pleie- og omsorgstjenester. Det åpner imidlertid for faren for at viktige medisinske problemstillinger og tiltak underfokuseres. Pasienter som sendes tidlig ut fra spesialisthelsetjenesten kan dermed få en

dårligere oppfølging enn de ville fått i spesialisthelsetjenesten. Dette kan for eksempel gjelde slagpasienter og hjerte- og lungesyke.

Ved de fleste avdelingene er det vanlig praksis at sykepleiere doserer og deler ut medisiner og vurderer eventuelt medisiner når det er sykepleier på jobb i avdelingen eller gruppen. Når det ikke er sykepleier til stede, blir oppgaven med utdeling av medisiner oftest delegert til hjelpepleiere med medisinkurs.

Ved de fleste avdelingene forteller sykepleierne at rutinene rundt medisiner og medisin-
håndtering er gode og blir etterfulgt, men at faren for feilmedisinering øker ved tidspress. Dette
skjer spesielt der sykepleiere må gå vakter på avdelinger der de ikke kjenner pasientene. I
avdelinger der medisinering og medisinbehandling ivaretas godt, blir det likevel stilt spørsmål om
man burde foretatt en vurdering av hver enkelt pasients medisinering oftere, med tanke på mulig
seponering av unødvendige medisiner. *"Vi kunne sikkert gått igjennom medisiner og kanskje tatt
bort noen. Det er ting som ikke blir prioritert."* Ved flere avdelinger oppgis det at det er *"noe
feilmedisinering"*, men at dette er ikke et omfattende problem. Feilmedisinering kan imidlertid
skje. Det hender at det blir gitt feil medisin, og det kan bli gitt medisin til feil person. Dette
problemet er størst i de minst fungerende avdelingene. *"De får den medisinen de skal ha, men
ikke alltid til den tiden de skal ha den, det opplever jeg ofte. Noen ganger får man "aha"-
opplevelser hvor ikke medisiner skal taes sammen med mat.(...) Rutinene er tilstede, men jeg
opplever også mye feil pga. tidspresset.(...) Og ukjente mennesker som gir og at det blir til feil
person. Innimellom har jeg inntrykk av at det er ganske mange feil som ikke blir rapportert, men
skjult. Men det kan man ikke sjekke, det er det som er så vanskelig."*

Observasjoner, vurderinger og kontinuerlig oversikt

I intervjuene fremhevet både legene og sykepleierne at det er nødvendig å foreta observasjoner for
å ivareta pasientene på en kvalitetsmessig og faglig forsvarlig måte. Det synes imidlertid å være et
gjennomgående og grunnleggende problem ved flere avdelinger at sykepleierne ikke får gjort
tilstrekkelig observasjoner av pasientene. Dette problemet er klart forverret på avdelinger med få
sykepleiere. Det er også et problem på kveld og helg fordi sykepleierne da har ansvar for flere
avdelinger. Dette kan i verste fall føre til at tilstander ikke blir fanget opp tidlig nok og derfor
forverres. *"Da jeg endelig fikk ordentlig rapport og så på såret, så var det for sent: Det var
spredning og..."*

Det synes som observasjon, rapportering og iverksetting av tiltak er en kjernevirksomhet i det
kliniske arbeidet, der yrkesgruppene gjensidig bygger på og er avhengig av hverandre. Tilsyns-
legene fortalte at de er helt avhengig av sykepleiernes observasjoner. *"Jeg går etter de
vurderingene sykepleierne gjør, om hva de ønsker å ta opp, og om de ønsker at jeg skal vurdere.
Jeg er avhengig av de observasjonene de gjør og de ønskene de har om vurdering."* Mangel på
sykepleiere og annet fagutdannet personell fører derfor til at legene bekymrer seg over om viktige
sider ved pasientens tilstand blir observert og videreformidlet. *"Det blir overbelastning på
sykepleierne. Så skal de rapportere hvordan ting fungerer, og så skal de nå fram til meg som lege.
Sviker dette så er jeg usikker på om jeg får den informasjonen som jeg trenger og om de blir fulgt
opp. Når ikke informasjonen når fram til meg så kan jeg ikke ta stilling til problemene. Det er en
ubehagelig følelse å være utrygg på om rapporteringsrutinene fungerer. Vi har hatt klagesak på
hendelser som forsterker denne usikkerheten min."*

Sykepleierne framhevet også at det er behov for observasjoner og oversikt over pasientene for å
ivareta pasientens behandlings- og pleiebehov på en god måte. En viktig forutsetning for å kunne
gjøre gode vurderinger av pasienten var at de hadde god kjennskap til pasientene, deres utvikling
og endring i tilstand. Det var derfor viktig for de fleste sykepleierne å delta i stell av pasientene.
På kveld, natt og i helgene når de er få sykepleiere, er de helt avhengig av det øvrige pleie-

personalets observasjoner og tilbakemelding. På alle sykehjemsavdelingene, og også i hjemmesykepleien, påpeker sykepleierne at et av hovedproblemene med mange ufaglærte er at disse ikke har kompetanse til å gjøre nødvendige og viktige observasjoner av pasientene, og å videreformidle disse til sykepleieren.

På avdelinger med hjelpepleiere er dette problemet redusert. Sykepleierne er helt avhengige av flinke hjelpepleiere for å ivareta kvaliteten på sykepleien når sykepleierne ikke selv kan være tilstede, og også for å følge opp det ufaglærte personalet. *"Det kommer an på hjelpepleierne som er på vakt, vi er heldig som har flinke hjelpepleiere som gir god tilbakemelding på slike ting."* Flere sykepleiere fremhevet allikevel at hjelpepleiernes kompetanse er for lav til å gjøre sentrale observasjoner ved medisinske tilstander hos pasientene, fordi de har kortere utdanning enn sykepleierne: *"Det tar en tid før ting blir oppdaget, ikke fordi hjelpepleierne er for dårlige, men de har ikke den faglige kompetansen som sykepleierne har."*

Selv om grunnleggende sykepleie er hovedfokuset i sykehjemmene, mente noen sykepleiere også at økningen av sykdom blant pasientene og et økt behov for medisinsk behandling har økt behovet for personell med vurderingskompetanse ut over grunnleggende pleie. Dette gjelder særlig i mer akutte situasjoner. *"For eksempel farlighetsgraden i situasjonen. Jeg har opplevd at de har latt folk ligge bleke og klamme for lenge for at de ikke skal bry den sykepleieren som har bakvakt fra en annen avdeling¹⁰. Og så er det en hjertesyk pasient som må legges inn, det har jeg opplevd, hvor de ikke skjønner faren i situasjonen. De klarer ikke å vurdere? (intervjuer) Nei, de kan ikke vurdere alvorlighetstilstanden og det er det mye av på sykehjem. Her har du gamle dårlige folk og det er livsfarlig med et sykehjem uten sykepleiere."*

Det ble også fremhevet at mer omfattende sykepleiefaglig kunnskap er nødvendig for å ivareta pasientens psykososiale behov på en tilfredsstillende måte. Særlig gjelder dette i sorg og krise: *"Det er så kompleks for meg, det er vanskelig å konkretisere det, men jeg synes sykepleierne er mer tålmodige fordi de har mer kunnskaper og vet mer hvorfor pasienten oppfører seg som han gjør. Ikke sant, hjelpepleierne kan komme å si at "Uff, nei han er så vanskelig jeg orker ikke å gå inn til vedkommende". Og så må jeg forklare at pasienten akkurat har kommet, han er full av angst og han er utrygg og at det er derfor han blir opplevet vanskelig."*

Observasjoner og oversikt over pasientenes tilstand synes å være en sentral side av det kliniske arbeidet. Dette må sikres for å ivareta kvaliteten på sykepleien til pasientene.

4.4 Organisatoriske forhold som påvirker kvaliteten på tjenesten

De mest sentrale faktorer som ble oppfattet å påvirke kvaliteten, er grunnbemanning, sykepleierbemanning og kompetanse, herunder også bruk av ufaglærte. I tillegg synes størrelse på avdelingen, legetjenesten, samarbeid med sykehus, avdelingsledelse, dokumentasjon og mulighet for faglig utvikling å stå sentralt.

Et kjennetegn ved disse faktorene er at de synes å samvirke og gjensidig forsterke hverandre i et komplekst samspill (Slagsvold 1994). På de best fungerende avdelingene var flere av disse faktorene ivaretatt på en god måte. Dette førte til "gode sirkler" med god kvalitet på sykepleien og et godt arbeidsmiljø. Den mest nedslitte avdelingen var derimot kjennetegnet av svikt i de fleste faktorene, noe som ikke bare påvirket kvaliteten på tjenestene, men også arbeidsmiljøet og arbeidsforholdene, også for ufaglærte. *"Det er mange som opplever at de ikke klarer å ivareta beboernes behov i det hele tatt. (...) De kommer og sier: "Jeg har ikke hatt tid." Hvis f.eks. det er en beboer som trenger å drikke og som ikke klarer å drikke selv. Og man ser at det er behov der,*

¹⁰ Kan være tegn på alvorlig hjertetilstand eller sjokk.

og vi satte inn drikke...Og så kommer personene og sier :”Nå har jeg hatt tid til å gi pasienten bare to glass vann.” (...) Nå ser vi jo at alle, eller nesten alle, personene er fortvilet over situasjonen. Det går utover hverandre. Jeg ser ofte at det blir sånne personlige konflikter, som egentlig ikke er noen direkte konflikt mellom personene. Og at f.eks. den ene mener at jeg har gjort nok, og hvorfor har ikke du gjort det? Forstår du? Det blir sånne ting. Det blir dårlig samarbeid kanskje...Dårlig kommunikasjon mellom personalet. De orker ikke å ta opp ting. Det nytter ikke. Hverdagen blir tyngre og tyngre. (...) Jeg hører at det har vært konflikt og ser at vedkommende ringer og er syk. Jeg ser det klart.”

Ved avdelinger som var kjennetegnet av marginalitet i kvaliteten på tjenestene, var personalressursene i avdelingen også svært marginale og avdelingene var sårbare for endringer i bemanningssituasjon. En avdelingssykepleier i en slik avdeling hadde arbeidet hardt for å bedre forholdene. På bakgrunn av tidligere erfaringer med å ha vært alene sykepleier i avdelingen over lengre tid, var hun bevisst på at den bedre situasjonen i avdelingen fort kan snu: *”Nei, jeg synes ikke vi klarer helt å få dekket det (kvaliteten) heller, spesielt i helgene når vi har mange ufaglærte, kanskje også med språkproblemer. Og det med å ivareta hygiene og holdninger ovenfor de gamle. Nei, vi har ikke bemanning og tid for ivareta de oppgavene som vi er satt til å ivareta. Nå er jeg så heldig at jeg har fire sykepleiere i avdelingen. Plutselig kan jeg stå alene, kanskje om ett år. Og hva da, vi har hatt folk med peritonealdialyse, stomier, kateter, pluss at jeg har masse administrativt som avdelingssykepleier og får bare mer og mer. Og gruer meg, kanskje om et år så går jeg kanskje alene som avdelingssykepleier og skal også ivareta de oppgavene her i avdelingen. Nei, jeg synes ikke vi har tid eller fagpersonale nok til å ivareta den daglige pleie og omsorg på en full forsvarlig måte.”*

For å bedre forholdene i disse avdelingene synes det nødvendig å styrke flere av de strukturelle faktorene samtidig.

4.4.1 Grunnbemanning og sykepleierbemanning

Et hovedinntrykk fra både sykehjem og hjemmesykepleien er at pleie og omsorg fremtrer som en svært personellintensiv sektor, der personalet utgjør en av de viktigste ressursene for å ivareta kvaliteten på sykepleien. Faktorer som ble framhevet av ledelsen, legene og sykepleiere ved alle sykehjemmene var betydningen av tilfredsstillende grunnbemanning og tilstrekkelig kompetanse i personalgruppen. *”Hvis grunnbemanningen er lav, så blir det flikking og liming uansett”*. Den lave grunnbemanningen fører til et tidspress i avdelingene. Sykepleierne og det øvrige pleiepersonalet får ikke tid til å ivareta pasienten på en tilfredsstillende måte. I tillegg fører lav grunnbemanning til at avdelingene brukte uforholdsmessig mye tid til å skaffe ekstravakter. Derfor var det et generelt ønske om å styrke grunnbemanningen ved alle avdelingene. Det ble imidlertid påpekt at bemanningen og kompetansen hos personalet spesielt var for lav på kveld og i helger, og særlig manglet det sykepleiere. Samtidig synes det å være forskjeller i opplevelsen av mangel på personale. Avdelingene i Lilleby og Bygdeby var generelt mer fornøyd med grunnbemanningen enn i Storeby. Disse forskjellene i opplevelse samsvarer med variasjoner i den faktiske bemanningssituasjon, særlig på sykepleiersiden. I Storeby var det for eksempel kun 3 personale og en ”halv” sykepleier på 30 beboere på kvelden, mens det i Bygdeby var 3 personale på 16 beboere inkludert sykepleier. Til sammenligning var det også i Storeby 6-8 personale på 30 beboere på dagtid, mens det i Lilleby var 4-5 personale på 14 beboere på dagtid.

Variasjonene i sykepleierbemanningen var enda større. I Storeby var det på hverdager 1 sykepleier på 15 beboere, men ofte var det 1 sykepleier på 30 beboere. Ved to avdelinger var avdelingssykepleier eneste sykepleier ved avdelingen i lange perioder. På kveld og helg er det normalt med 1 sykepleier på 60 beboere, men det kan ofte være 1 sykepleier på 120 beboere. Selv om det skjer sjelden, hender det også at det er 1 sykepleier på 180 pasienter, fordelt på 6

avdelinger. Det kan også skje at nattsykepleier er alene sykepleier for over 200 beboere. Det er ansatt flere sykepleiere i avdelingene ved å rekruttere utenlandske sykepleiere. Disse sykepleierne kan imidlertid ikke snakke norsk, og har ikke autorisasjon. Dette gjør at de besitter sykepleierstillingene, men går i praksis i hjelpepleierstilling og kan ikke avlaste de andre sykepleierne særlig. Flere av disse sykepleierne har gått slik i nesten ett år.

I Lilleby er sykepleierbemanningen vesentlig bedre enn i Storeby. På hverdager er det 1-2 sykepleiere på 14 beboere, og ofte er det 2 sykepleiere. På kveld og helg er det 1 sykepleier på 14 beboere, evt. 2 til 3 sykepleiere på 56 beboere, eller 1 sykepleier på 28 beboere. Det kan forekomme at det er 1 sykepleier på 56 beboere om kvelden, dersom det er sykdom eller ferie, men dette er sjelden.

I Bygdeby er det også klart bedre sykepleierbemanning enn i Storeby. Det er her 1 avdelingssykepleier og minimum 2 sykepleiere på 16 beboere. På kveld og helg er det 1 sykepleier på 16 beboere. I helgen har sykepleierne også ansvar for aldersavdelingen. Det oppgis samtidig av en sykepleier at hun ofte har gått som eneste sykepleier på 86 beboere på kvelden på grunn av sykdom og permisjoner. Et stort omfang av deltidsstillinger oppgis som et problem ved dette sykehjemmet.

Ved alle stedene synes det dermed som om den reelle grunnbemanningen og sykepleierbemanningen er mindre enn det som oppgis i antall stillinger, enten på grunn av permisjoner eller sykefravær. Det er den reelle bemanningen som sliter på sykepleierne og det øvrige pleiepersonalet over tid, særlig på kveld og i helg hvor grunnbemanningen og sykepleierdekningen er lavest.

I Lilleby hadde de fleste av sykepleierne før det nye sykehjemmet ble bygget vært i en personell-situasjon med likheter til Storeby, da sykepleierne kunne ha ansvar for 120 beboere. Styrkingen av grunnbemanningen og sykepleierdekningen i forbindelse med det nye sykehjemmet har ført til at sykepleierne sjeldnere må forlate egen avdeling eller gruppe. Dette ble beskrevet som en viktig grunn til at sykehjemmet nå var fornøyd med kvaliteten på pleien og arbeidsmiljøet. Selv om sykepleierne fortsatt ønsket bedre sykepleierdekning på kveld og i helg, var de godt fornøyd med den utvikling som hadde skjedd. Det er de markante forskjellene i sykepleierdekningen som kan bidra til å forklare forskjellene i sykepleierne opplevelser av arbeidssituasjon, og deres muligheter for å gjøre faglig forsvarlig sykepleie.

Når det gjelder den øvrige bemanningen, skal de resterende stillingene i utgangspunktet være hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere. I praksis var det imidlertid i alle sykehjemmene pleieassistenter både på hverdag, kveld og særlig i helger. Det synes derfor som det er en markant forskjell i bemanning og kompetansesammensetning i personalgruppen på hverdag, kveld og i helg. Det var generelt et ønske om flere hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i sykehjemmene. I avdelinger med god sykepleierdekning ble det også fremholdt at de heller ønsket flere hjelpepleiere enn sykepleiere slik situasjonen var nå.

De ufaglærte varierte fra å være erfarne og dyktige pleieassistenter med lang pleierfaring til pleieassistenter uten erfaring og som kun tok mer sporadiske vakter. Det er mer bruk av uerfarne pleieassistenter i Storeby enn i de andre kommunene, og disse går i vikariater til hjelpepleierstillinger.

4.4.2 Kompetanse og bruk av ufaglærte i avdelingene

Som nevnt foran oppga sykepleierne at manglende kompetanse på grunnleggende og medisinsk sykepleie i personalgruppen er en annen hovedårsak til at de ikke fikk ivaretatt beboerne på en kvalitetsmessig eller faglig forsvarlig måte. Dette skyldtes både mangel på sykepleiere,

hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Dette fører til utstrakt bruk av ufaglærte, særlig på kveld og i helger. I de avdelinger som hadde høyest andel sykepleiere og hjelpepleiere, og pleieassistenter med lang erfaring, var sykepleierne mer tilfreds med kvaliteten på pleien og arbeidsmiljøet enn i avdelinger med mindre kompetent personale.

Sykepleierne i undersøkelsen fremhevet betydningen av hjelpepleiere for å ivareta beboerne på en faglig tilfredsstillende måte. Det synes samtidig som forholdet mellom sykepleiere og hjelpepleiere ved alle tre sykehjemmene fortsatt er kjennetegnet av tradisjonelle spenninger og ambivalens, men dette hadde ikke ført til omfattende konflikter i avdelingene. På den ene siden fremholdt sykepleierne at de er avhengige av hjelpepleierne, på den andre siden fører yrkesgruppens forskjellige, men overlappende, funksjoner til diskusjoner om arbeidsdeling og ansvar i personalgruppen.

Det største problemet for sykepleierne i sykehjemmene er imidlertid det store omfanget av ufaglært og ustabil personale. Dette sammenfaller med det sykepleierne i hjemmesykepleien forteller. Vi presiserer imidlertid at en rekke sykepleiere fremholdt at de har mange pleieassistenter som er dyktige og godt personlig egnet til arbeidet. Ufaglærte består dermed av en rekke forskjellige arbeidstakere med ulik kunnskap, erfaring og innstilling til arbeidet.

At ufaglærte likevel blir et problem knyttes til flere forhold. For det første fremhevet flere sykepleiere, særlig i Storeby, at mange ufaglærte ikke har erfaring med pleie og omsorg for eldre fra tidligere. De har ikke kunnskaper om hvordan man skal gjennomføre stell på en tilfredsstillende måte. I tillegg har mange ufaglærte ikke kompetanse til å gjøre nødvendige og viktige observasjoner av pasientene og formidle disse videre til sykepleieren.

Selv om pleieassistenter får tre dagers opplæring, er dette langt fra tilfredsstillende for at den grunnleggende pleien skal bli ivaretatt på en tilstrekkelig god måte. Det er derfor helt nødvendig med kontinuerlig ettersyn og veiledning i *utførelsen* av sykepleien til beboerne. I tillegg synes behovene for undervisning og veiledning i sykehjemmene å være så omfattende at det er vanskelig for sykepleierne å ivareta dette på en god måte. Dette gjelder særlig i Storeby. Dette problemet forsterkes kraftig når det ikke er hjelpepleiere i avdelingen som kan samvirke med sykepleierne overfor de ufaglærte. Den høye andelen ufaglærte fører derfor til økt arbeidsbelastning for sykepleierne, for at de skal kunne ivareta kvaliteten. *"Det blir en veldig arbeidsbelastning for oss som er fagutdannet. Da må vi jo ha øynene inne på alle rommene på en gang, ellers vet vi ikke hva som skjer. Jeg synes det er uforsvarlig."*

På avdelinger der sykepleierne går alene, og derfor i større grad er tatt ut av virksomheten i avdelingen eller forlater avdelingen for å betjene en annen post, er det umulig å holde oversikt over virksomheten. Dette vanskeliggjør sykepleiernes muligheter for å kvalitetssikre arbeidet i avdelingene gjennom kontroll og veiledning. *"Ja, når jeg er på kveldsvakt og har 2 avdelinger synes jeg det. Det ligger et ganske stort ansvar på meg der, i og med at det kanskje er mange ekstravakter på en avdeling hvor du ikke er kjent. Du får ikke sett nok, du får ikke sett på hvilke feil de kan gjøre mange ganger."* Problemene med tilsyn, korrigerende og veiledning blir forsterket når den faglige uforsvarlige virksomheten skjer i avdelinger som sykepleieren ikke tilhører. Dette kan også føre til en psykisk belastning for sykepleierne.

Sykepleierne mente at en situasjon med mange ufaglærte ofte førte til problemer med dårlige holdninger og dårlig kommunikasjon med beboerne. For sykepleierne var det viktige skiller mellom ufaglært og fagutdannet personale. *"Jeg tror at holdningene til denne personen og kommunikasjonen ville vært annerledes. Det grunnleggende stell lærer en pleieassistent også, men klart, hvordan man utfører det og hvordan man ser den pasienten som ligger der, det er annerledes. Kan du gi et eksempel? (Intervjuer) Ja, for eksempel hvor hardt du tar i pasienten,*

hvordan du titulerer pasienten og hvordan kommunikasjonen er. At man ikke snakker til eldre som om de var barn. Jeg husker fra min utdanning dette med kommunikasjon."

I Storeby fremhevet mange, tross omfattende tiltak for å skape et godt flerkulturelt miljø ved sykehjemmet, at det er et problem når man har mange pleieassistenter som ikke snakker norsk. Dette blir ekstra vanskelig i en type arbeid som i stor grad er preget av relasjoner og behov for god informasjonsflyt. Dette gir kommunikasjonsproblemer med pasienter og pårørende. Det vanskeliggjør samtidig også veiledning og opplæring av ufaglærte. I tillegg fører det til problemer med dokumentasjon, rapportskrivning og annen informasjonsflyt internt i sykehjemmet. Også utveksling av informasjon med hjemmesykepleien, sykehus og legevakt blir vanskeligere. Dette problemet gjelder også når det er sykepleiere som ikke kan norsk.

Som nevnt fremhevet flere sykepleiere at det er forskjell på pleieassistenter. Spesielt de som kun er inne for sporadiske ekstravakter er i mindre grad hengitt til arbeidet med beboerne. I tillegg har disse også mindre tilknytning til avdelingen, noe som senker "arbeidsmoralen" i avdelingen. Det synes generelt som at den profesjonelle fagutdanningen, også for hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, bidrar til en bestemt type arbeidsmotivasjon og innstilling til arbeidet som virker kvalitetsfremmende (Torgersen 1981).

Noen sykepleiere fremholdt også at mangelen på personell i avdelingen er så akutt at det ved enkelte avdelinger blir vanskelig å stille krav til personalet som ansettes. *"Det er ikke noen som vil, og da tar de inn hva som helst."* En avdelingssykepleier understreker derfor viktigheten av å være bevisst på å sette strengere krav til alle former for personale ved ansettelser, for å bedre kvaliteten i avdelingen. *"Og kommer det søkere som jeg mener ikke er kompetente til avdelingen sier jeg "Nei dessverre". Jeg tar ikke inn alt som er ufaglært, jeg gjør ikke det. Heller ikke sykepleiere eller hjelpepleiere."*

4.4.3 Avdelingenes størrelse

I beskrivelsene syntes det som om størrelse på avdelingene har betydning for kvaliteten på tjenestene. I Lilleby og Bygdeby var man generelt tilfreds med å ha små avdelinger, bortsett fra at de kunne oppleve at kjøkkentjenesten i avdelingen tar for mye tid bort fra pleieoppgavene. I Storeby var man mest tilfreds med kvaliteten på den minste avdelingen. Her ble størrelsen på de store avdelingene oppgitt som et problem både av ledelsen, leger og sykepleierne i avdelingene. De store avdelingene er uoversiktlige, og dette gjør det særlig vanskelig å tilrettelegge for et godt psykososialt miljø for beboerne, særlig for demente og forvirrede pasienter

4.4.4 Ledelse, dokumentasjon og fagutvikling

I undersøkelsen var alle ledere på avdelingsnivå utdannet sykepleiere. Det var kun noen få som hadde videreutdanning i ledelse og administrasjon. Avdelingssykepleierne var noe delt i synet på egen kompetanse. Noen opplevde seg kompetente til lederskap, mens andre savnet kunnskap og kompetanse på flere områder.

Organiseringen av avdelingsledelsen var noe forskjellig ved sykehjemmene. I Lilleby var avdelingsledelsen delt i fagansvarlig og personalansvarlig ledelse. De fagansvarlige sykepleierne hadde hovedansvar for sykepleiefaglige spørsmål og veiledning, men erfarte at de i økende grad fikk administrative oppgaver. I Storeby og Bygdeby hadde avdelingssykepleier både personalansvar og faglig ansvar. I tillegg var det i Bygdeby en uttalt målsetting at avdelingssykepleier skulle delta i stell.

Avdelingssykepleierne hadde noe ulike oppfatninger om sine muligheter for å drive god ledelse. Dette var påvirket av de andre oppgavene som skulle gjøres. Dette gjaldt særlig i Storeby og i Lilleby. I Lilleby førte den vide funksjonen til at avdelingslederne får stort arbeidspress, og en avdelingssykepleier hadde sagt opp da det ble for lite tid til ledelse innenfor en slik organisasjonsstruktur. I Storeby var det noe ulike arbeidsbetingelser for ledere i avdelingene. I den minste avdelingen hadde avdelingsleder mest tid til ledelse. I noen av de største avdelingene førte sykepleiermangelen til at avdelingssykepleieren også fikk ansvaret for de medisinske og sykepleiefaglige prosedyrene. De kunne også delta i stell eller, som på den mest nedslitte avdelingen, i andre husholdningsoppgaver.

Det synes som avdelingssykepleierne, og da særlig i Storeby, har for liten tid og mulighet til å utføre ledelse som en selvstendig oppgave. På den mest nedslitte avdelingen ble de manglende mulighetene til å konsentrere seg om lederoppgaver forsterket av de andre problemene. Behovet for endring av avdelingens virksomhet var stor. I denne avdelingen hadde også avdelingslederen problem med å få kontroll med de ansatte i avdelingen. *"De gjør som de vil"*. Dette problemet ble forsterket av at avdelingssykepleieren svært ofte var alene sykepleier i avdelingen. Avdelingen hadde også en stor gruppe ufaglærte, fordi mange erfarne hjelpepleiere var sluttet og de nyansatte unge hjelpepleierne var sykmeldte på grunn av arbeidsslitasten.

Et annet problem, som noen leger, sykepleiere og avdelingssykepleiere påpeker i sykehjemmene, er at det er vanskelig å få oppfølging eller respons fra ledelsesnivåene oppover i systemet og i kommuneadministrasjonen når de klager over kvaliteten på tjenestene. Dette er også et problem i hjemmebaserte tjenester. Det synes dermed som at avdelingsledelsen trenger sterkere støtte og oppfølging fra de overordnede ledelsesnivåene, for å kunne opprettholde eller videreutvikle kvaliteten på avdelings- og brukernivå.

I sykehjemmene ble det oppgitt at kvaliteten på dokumentasjons- og rapporteringssystemene var varierende. Ved enkelte avdelinger kan det ofte foreligge mangelfulle rapporter, særlig i Storeby, men også i Lilleby og Bygdeby, da sykepleierne prioriterte å være ute i avdelingen. Dette gjorde det vanskelig for sykepleiere å se til pasienter på andre avdelinger. Det synes imidlertid som om rapporteringssystemet fremstår som et større problem i hjemmesykepleien enn i sykehjemmene, noe som kan ha sammenheng med denne tjenestens spesielle karakter (se kapittel 8).

I de fleste sykehjemmene var det behov for å styrke opplæring og veiledning av ufaglærte. Dette problemet var størst i Storeby på grunn av omfanget av pleieassistenter, der det manglet regelmessig veiledning eller fast internundervisning for ufaglærte utover et tre-dagers introduksjonskurs.

Sykepleierne på sykehjemmene mente at de i hovedsak var kompetente til arbeidet. I likhet med sykepleiere i sykehus (Vareide mfl 2001), er muligheter for faglig fellesskap og egen fagutvikling en viktig kilde til arbeidsglede. De savnet derfor å arbeide tettere med andre sykepleiere, og å kunne hente råd og veiledning fra hverandre. Dette gjaldt spesielt i de lavest bemannede avdelingene. I tillegg fikk sykepleierne få tilbud om kurs og undervisning, og det var liten tradisjon eller aksept for å lese faglitteratur i arbeidstiden. Det synes derfor som at kompetanseoppbygging og fagutvikling bør styrkes ved alle sykehjemmene.

4.4.5 Legetjenesten

Som nevnt tidligere i kapittelet er samarbeidet mellom leger og sykepleierne i avdelingen sentralt for å ivareta den medisinske behandlingen på en tilfredsstillende måte. Det var forskjellige oppfatninger om både samarbeidet, organiseringen og kvaliteten på legetjenesten i de tre

sykehjemmene, samtidig som det framkom noe variasjon i omfang og organisering av legetilsynet.

Sykehjemmet i Storeby har fast ansatt tilsynslege på heltid, i tillegg til at sykehjemmet har knyttet til seg tilsynsleger i deltidsstilling. I Lilleby var legetjenesten litt over ett årsverk og fordelt på flere leger. I Bygdeby hadde også sykehjemmet tilknyttet seg tilsynsleger i deltidsstillinger.

I Storeby var de tidligere svært misfornøyd med legetjenesten ved sykehjemmet, men opplevde nå at legetilsynet og samarbeidet i hovedsak er godt etter at de har fått fast tilsatt lege. Ved langtidsavdelingene var det fast legevisitt en gang i uken. Lilleby har avtale om legetilsyn tre ganger i uken. Mange konsultasjoner foregikk likevel over telefon. Det var her noe misnøye med tidspunktene legene møtte i avdelingen på, for eksempel at legene møtte i vaktskiftet. I Bygdeby var tilsynslege tilstede en gang i uken ved langtidsavdelingene og samarbeidet var godt. I Storeby og Bygdeby var legevisitten økt til to ganger i uken ved korttidsavdelingene. I Lilleby savnet man bedre legetilsyn ved korttidsavdelingen.

Sykepleierne på avdelingene sa at sjeldnere legetilsyn vil føre til at de må prioritere hardere hvilke spørsmål de tar opp med legen. Lavere legedekning fører også til at sykepleierne får flere oppgaver og mer ansvar.

Sykepleiere i Lilleby og Bygdeby ønsket derfor en fast lege ved sykehjemmet. Dette begrunnes med at det da vil være lettere å ivareta akutte behov på dagtid, fordi legen er lettere tilgjengelig, men også fordi de blir bedre kjent med pasientene. Det var også et behov for å ivareta kontinuiteten i den medisinske behandlingen på en grundigere måte. *"Det er klart at det er ting som blir forsømt når legene ikke er mer her. Da tenker jeg på gjennomgang av medisinkardeks og journal, men medisinkardeks spesielt, kunne sikkert gått igjennom medisiner og kanskje tatt bort noen. Det er ting som ikke blir prioritert, man tar kun det viktigste. Det er noe vi skulle ønske at de bruker de mer til."*

På kveld og natt ble legevaktstjenesten benyttet. Erfaringene med legevaktstjenesten var blandet, og det var ulike erfaringer på tvers av avdelinger og sykehjem. Tilgangen til legevaktstjenesten varierte, og noen steder måtte man vente lenge før legevakten kom. Noen sykepleiere mente at sykehjemspasienter blir nedprioritert. Særlig gjelder dette behov for smertelindring og trygghet for pasienter i terminal fase.

4.4.6 Samarbeidet med sykehuset

Sykehjemmene samarbeidet ikke så mye med sykehuset som hjemmesykepleien gjør. Det er først og fremst korttidsavdelingene som har direkte kontakt med sykehusene, men også langtidsavdelingene har noe kontakt. Kontakten dreier seg i hovedsak om inn- og utskrivning av pasienter.

Avdelingene synes i en viss grad å ha mulighet til vurdere hvorvidt de er i stand til ta i mot pasienter fra sykehusene. De avviser pasienter dersom de opplever at tilstanden er for krevende. *"Når vi har vært forespurt om slike krevende oppgaver, så har vi sagt kontant og tydelig nei. Ikke for å vegre oss, men fordi at vi ser at det kan vi ikke ta ansvar for. Så det har vært greit. Det har vi blitt respektert for. (...) Det er klart det er litt drakamp og du må være bevisst den myndigheten du har. Du skal ikke ta i mot alt, for de prøver seg litt på sykehusene. Det gjør de. Vi vet jo at presset er stort på sykehusene også, men da må vi også tenke på pasienten."*

Ved to av sykehjemmene er det et gjentakende problem at informasjonen som følger med utskrevne pasienter fra sykehusene er for sparsom, og/eller at de ikke får meldt pasienten tidlig nok på forhånd.

Sykehusene synes for øvrig å fungere som en ressurs for sykehjemmene gjennom veiledning knyttet til enkeltpasienter som er utskrevet derfra, og som har spesielle behov for oppfølging, for eksempel dialysebehandling. Sykepleierne viser til at sykehusene er et sted de kan ringe for å innhente opplysninger om konkrete sykdommer og behandling. I Lilleby er det også en ordning med en ukes hospitering på sykehuset. Denne fungerer godt.

4.5 Oppsummering

Informantene ved sykehjemmet oppga i intervjuene at beboerne ved sykehjemmene er kjennetegnet ved å være eldre og med mer alvorlig fysisk og mental svekkelse enn tidligere. De fleste beboerne har omfattende pleiebehov og sammensatte diagnoser, noe som understøtter kartleggingsundersøkelsen. Sykepleierne mente at omfanget av syke pasienter, medisinsk behandling og sykepleieprosedyrer var økt ved sykehjemmet. Dette er påvirket av endringene i spesialisthelsetjenesten. Det gjaldt særlig korttidsavdelingene, men også langtidsavdelingene, og sykepleierne mente dette fører til behov for økt sykepleiefaglig kompetanse i sykehjemmet.

Det var store forskjeller på kvalitet mellom sykehjemmene, og også mellom avdelinger i det enkelte sykehjem. Sykehjemmene i Lilleby og Bygdeby ble beskrevet som å ha god kvalitet på tjenestene. Sykehjemmet i Storeby hadde størst mangler på kvalitet og faglig forsvarlighet, men også her varierte kvaliteten mellom avdelingene på en rekke områder, fra god til overveiende faglig uforsvarlig.

Sykepleierne oppga i hovedsak kvaliteten på den generelle sykepleien til å være god, men det var et generelt problem å ivareta kvaliteten på den grunnleggende sykepleien på kveld og i helger, spesielt i de dårligste avdelingene. Mangler i kvalitet omhandlet særlig områdene ernæring, aktivisering og psykososial omsorg. Dette bekrefter kartleggingsundersøkelsen. Sykepleierne hadde blandet erfaring når det gjaldt oppfølgingen av den medisinske siden ved sykepleien. Det var et problem at viktige observasjoner ikke ble gjort, og ikke rapportert tidsnok. Den lave sykepleierdekningen, spesielt i Storeby, førte til at sykepleierne kan ha vanskeligheter med å følge opp pasientene og de sykepleiefaglige prosedyrene i tilstrekkelig grad.

I dette kapittelet er det diskutert flere strukturelle faktorer som synes å ha betydning for kvaliteten på sykehjemmene. Særlig viktige faktorer ble oppgitt å være grunnbemanning og sykepleierbemanning, og mangel på kompetanse i avdelingen på grunn av mange ufaglærte. Det var store variasjoner i bemanningen, særlig når det gjaldt sykepleiere. De sykehjem som hadde best grunnbemanning og sykepleierbemanning var mest tilfredse med kvaliteten på pleien og med arbeidsmiljøet. Det var generelt dårlige muligheter for avdelingssykepleierne til å arbeide med ledelse i avdelingene. Legetilsynet ble beskrevet som rimelig godt, men i to kommuner var det ønske om å styrke legetilsynet. Avslutningsvis synes det som det var få muligheter for kurs og fagutvikling ved avdelingene, og sykepleierne ønsket bedre muligheter for dette.

5 Spørreskjemaundersøkelsen i sykehjem

Spørreskjemaundersøkelsen blant sykepleiere i sykehjem i 125 av landets kommuner gir et bredere bilde av hvordan sykepleiere rundt om i landet vurderer sider ved kvaliteten på tjenestene i sykehjemmet hvor de jobber, og hvilke faktorer som påvirker dette. Med dette får vi på flere områder et grunnlag for å vurdere hvorvidt det bildet som har framkommet i Bygdeby, Lilleby og Storeby synes å være gjeldende på et mer generelt nivå i sykehjemmene i Norge.

5.1 Kvalitetsvurderinger

Vi skal starte med å se på vurderinger av ivaretagelsen av et relativt bredt utvalg av oppgaver i sykehjemmene, før vi ser mer spesifikt på utvalgte forhold.

5.1.1 Noe er lettere å få ivaretatt enn annet...

Av den følgende tabellen framkommer det hvilke behov og oppgaver som vurderes som mest og minst tilfredsstillende ivaretatt i sykepleiernes avdelinger i sykehjemmene.

Tabell 5.1 Vurdering av oppgaveivaretagelse. Gjennomsnittscore fra svar avgitt på skala fra 1) "Faglig utilfredsstillende" til 5) "Faglig tilfredsstillende", standardavvik (SD) og N (antall svar).

	Gjennomsnitt	SD	N
Forebygging av sengeleiekomplikasjoner	4,2	0,9	554
Grunnleggende stell og pasienthygiene	4,1	0,8	555
Medisinering	4,1	0,8	556
Terminalpleie	4,1	0,9	537
Sårstell	4,1	0,8	556
Ernæringstilstand	4,0	0,8	554
Utvide respekt overfor pasientene	3,9	0,9	556
Medisinsk behandling (generelt)	3,9	0,7	555
Tekniske (sykepleie)prosedyrer	3,9	0,8	553
Pasientobservasjon og tilstandsvurderinger	3,8	0,8	555
Smerteproblematikk	3,7	0,8	547
Medisinsk utredning	3,6	0,9	549
Veiledning og info til pasientene	3,5	0,9	550
Veiledning, info og samtaler med pårørende	3,5	0,9	543
Cancerproblematikk	3,5	0,9	454
Informasjonsutveksling/kommunikasjon i avdelingen	3,4	1,0	558
Rapportering og dokumentasjon	3,4	0,9	558
Smitteregime	3,3	1,0	511
Samvær og tilsyn med pasientene	3,2	1,0	552
Demensproblematikk	3,2	1,1	548
Evaluerings av sykepleietiltakene	3,1	1,0	554
Holde seg faglig oppdatert	2,9	1,0	556
Psykososiale behov	2,7	1,0	548
Utarbeidelse av pleieplaner	2,7	1,1	550
Fysisk aktivitet	2,7	1,0	554
Psykiatriske lidelser	2,5	1,0	523

Av tabellen ser vi at de pasientbehov og oppgaver som vurderes som best ivaretatt er "Forebygging av sengeleiekomplikasjoner", "Grunnleggende stell og pasienthygiene", "Medisinering", "Terminalpleie" og "Sårstell". Også "Ernæringstilstand" vurderes som relativt godt ivaretatt.

De pasientproblemer og -behov som vurderes å bli ivaretatt i minst tilfredsstillende grad er "Psykiatriske lidelser", "Fysisk aktivitet", og "Psykososiale behov", men også demensproblematikk.

Av mer indirekte pasientivaretagelse ser vi at særlig "Utarbeidelse av pleieplaner" framstår som vanskelig å få ivaretatt godt.

Når vi sammenligner disse vurderingene med det som framkom av kartleggingsundersøkelsen (kap.3), ser vi at visse trekk sammenfaller. Særlig gjelder dette at grunnleggende stell og pasienthygiene vurderes som godt ivaretatt. Det samme gjelder sårstell. Når det gjelder terminalpleie, så understøttes ikke her de heller negative vurderingene av dette i kartleggingsundersøkelsen hvor sykepleierne vurderte gjennomføring av de enkelte tiltakene. Dette gjelder også for pasientenes ernæringstilstand. Disse områdene synes å ha det felles at de i intervjuundersøkelsen framstår som godt ivaretatt når de vurderes generelt, men at sykepleierne blir mer kritiske når de beskriver og vurderer behovene og tiltakene mer i detalj.

Både gjennom kartleggings- og intervjuundersøkelsen har vi sett at mange av pasientene har psykiske lidelser og andre psykiske problemer, og at sykepleierne finner det vanskelig å få ivaretatt disse pasientene på en tilfredsstillende måte. Behovet for fysisk aktivitet gjelder mer generelt for de fleste pasienter, og ivaretagelsen av dette behovet reflekteres i liten grad i den sykdoms- og problemorienterte kartleggingsundersøkelsen. At dette er et udekket behov framkommer imidlertid i intervjuundersøkelsen.

5.1.2 Faglig uforsvarlig pasientivaretagelse

På spørsmål om det hender at pasientbehov eller oppgaver ivaretas på en *faglig uforsvarlig måte* i avdelingen(e) hvor de jobber, framkom følgende svarfordeling blant sykepleierne.

Tabell 5.2. Faglig uforsvarlig pasientivaretagelse. Prosent. N=544.

Svar	Prosent	Antall (n)
Nei	23	124
Ja, det hender, men sjelden	60	326
Ja, det hender jevnlig	17	94

Det er altså kun 23 % som mener at det *ikke* skjer uforsvarlig ivaretagelse av pasientbehov og oppgaver i deres avdeling(er), og ikke så svært mange færre som mener at dette skjer jevnlig.

I tilbakemelding fra sykepleiere har det vist seg at mange fant det vanskelig å krysse av for at det skjer "jevnlig", da de med dette forstod "nærmest daglig". De svarte derfor "sjelden" samtidig som de da ikke syntes at dette var tilstrekkelig dekkende for omfanget av faglig uforsvarlighet. Disse tilbakemeldingene illustrerer også at "jevnlig" er et sterkt uttrykk.

På spørsmål om hvilke behov og oppgaver som ivaretas på en faglig uforsvarlig måte blant de som er listet i tabell 5.1, framkom "Psykiatriske lidelser", "Psykososiale behov", og "Fysisk aktivitet" som de hyppigst oppgitte svarene når det gjelder den direkte pasientivaretagelsen. Når det gjelder den mer indirekte pasientvirksomheten, gjaldt dette særlig "Utarbeidelse av pleieplaner" og "Rapportering og dokumentasjon". (For fullstendig oversikt, se vedlegg 3.2.)

For å konkretisere omfanget av dette, oppgir 39 % (N=544) av sykepleierne at det foregår faglig uforsvarlig ivaretagelse av "Psykiatriske lidelser". Det er da regnet med både de som oppga at

dette foregår "sjelden" og "jevnlig". Det er for øvrig 10 % av sykepleierne (N=544) som oppgir at dette skjer jevnlig.

5.1.3 Legetjenesten

På spørsmål om legetjenesten ved sykehjemmet er tilstrekkelig for å ivareta pasientenes behov for akutt medisinsk utredning mener 35 % (N=541) av sykepleierne at denne er ivaretatt i tilstrekkelig grad, mens 44 % mener at dette "Bare delvis" er tilfelle. Når 20 % mener at den ikke er ivaretatt i tilstrekkelig grad, er dette relativt sammenfallende med kartleggingsundersøkelsen, hvor 26 % av pasientene ble vurdert å ha et udekket behov for medisinsk utredning.

For øvrig framkommer det at sykepleierne er mindre tilfredse med ivaretakelsen av akutt medisinsk tilsyn, både fra sykehjemmets leger og ekstern legevakt, enn de er med kontinuerlig medisinsk tilsyn, som sykepleierne gir et noe bedre inntrykk av i spørreskjemaundersøkelsen enn i kartleggingsundersøkelsen. At ivaretakelsen av akutte medisinske behov vurderes som mindre tilfredsstillende ivaretatt, kan gjenspeile flere av de intervjuede sykepleiernes opplevelse av at sykehjemsbeboerne nedprioriteres ved akutte behov.

5.1.4 Behov for annet tjenestetilbud?

Fra spørreskjemaundersøkelsen finner vi at 83 % (N=561) av sykepleierne mener at det er pasienter i deres avdeling som burde hatt et annet omsorgs- eller behandlingstilbud, mens 17 % mener at dette ikke er tilfelle for noen i deres avdeling. Vi har her bedt om sykepleiernes faglig baserte vurdering ut fra hva hun eller han tror er det beste for pasienten, og uavhengig av hvilke tilbud som faktisk eksisterer.

De som mente at det var noen i deres avdeling som hadde behov for et annet omsorgs- eller behandlingstilbud, ble spurt om hvor mange dette gjaldt. Ser vi dette antallet pasienter i forhold til antall pasienter i sykepleierens avdeling, finner vi at halvparten av sykepleierne (N=402) mente at dette gjaldt 17 % eller mer av pasientene. Dette antallet kan illustreres som f.eks. 3 pasienter eller flere i en avdeling med 18 pasienter.

De omsorgs- eller behandlingstilbud som hyppigst framkom som bedre alternativer, er skjermet avdeling i sykehjem og psykiatrisk eller psykogeriatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten. Men også plass i omsorgsbolig framkom som et behov. Dette framkommer som svar på spørsmål om hvilke former for tilbud de aktuelle pasientene heller burde hatt, samlet sett. At plass i skjermet sykehusavdeling og psykiatriske avdelinger i utbredt grad framstår som et bedre alternativ enn ordinær sykehjemsavdeling gjenspeiler vurderingene av at de sistnevnte avdelingene har problemer med å ivareta demente og pasienter med psykiske problemer på en god måte. Svært få sykepleiere viste til somatiske sykehusavdelinger som ett av de 3 tilbudene det var særlig behov for, og heller ikke mange vurderte "sykehjemsavdeling med styrket kompetanse innen aktiv medisinsk behandling" som en av disse. Dette tyder på at det er andre pasientbehov som vurderes som vanskeligere å imøtekomme enn behovet for somatisk medisinske, når man ser hele pasientgruppen under ett.

5.2 Forhold av betydning for tjenestens kvalitet

I kapittel 4.4 har vi på bakgrunn av intervjuundersøkelsen sett på forhold som framstår som betydningsfulle for kvaliteten på den direkte og den mer indirekte pasientivaretakelsen. Gjennom spørreskjemaundersøkelsen får vi et bilde av hvilke faktorer et større antall sykepleiere vurderer som betydningsfulle.

5.2.1 I det store og hele

Sykepleierne ble i spørreskjemaundersøkelsen framlagt en rekke mulige negative forhold som kan bidra til at oppgaver ivaretas utilfredstillende i sykehjemmene. Den følgende tabellen viser andelen sykepleiere som vurderte de forskjellige forholdene som *svært eller ganske viktig årsak* til at behov og oppgaver ble mindre godt ivaretatt i avdelingen(e) hvor de jobber.

Tabell 5.3. Forhold som vurderes som "svært viktig" eller "ganske viktig" årsak til nedsatt kvalitet. Prosent og N (avgitte svar).

	Prosent	N
For liten tid til pasientene	86	528
For lav grunnbemanning på kveld og eller helg	84	530
For stor andel ufaglærte på kveld og/eller helg	79	515
For liten andel sykepleiere	67	519
For liten opplæring for pleieassistenter/ufaglærte	66	499
For lav grunnbemanning på andre vakter enn kveld og/eller helg	63	508
For liten andel hjelpepleiere	58	502
For stor andel ufaglærte på andre vakter enn kveld og/eller helg	58	515
Mangefull mulighet til faglig utvikling	54	496
For liten opplæring for nyansatte med fagutdanning	45	489
Utilstrekkelig info.flyt og dokumentasjon internt	42	484
Ustabilitet i personalgruppa	35	480
Utilstrekkelig veiledning og undervisning fra 2.linjetjeneste	34	477
Utilstrekkelig lederkompetanse i avdelingsledelsen	28	456
Utilstrekkelig samarbeid/koordinering med andre kommunale tjenester	27	483
Utilstrekkelig sykepleiefaglig kompetanse i avdelingsledelsen	20	471

Vi understreker at sykepleiernes vurdering er knyttet til sitt arbeidssted. Hvis vi f.eks. ser på faktoren "Stor andel ufaglærte på kveld og/eller helg", så betyr dette at 79 % mente at andelen ufaglærte på kveld/helg er stor der de jobber og at dette er en viktig årsak til at noen behov og oppgaver blir mindre godt ivaretatt. (Det er altså to elementer som skal være oppfylt her.) Dette er særlig viktig å merke seg når det gjelder forhold som ikke så mange har ment er viktige årsaker. Det betyr f.eks. at "ustabilitet i personalgruppa", som vurderes som en svært viktig årsak av "kun" 35 % av sykepleierene, kan være en svært viktig årsak der hvor man har en ustabil personalgruppe.

Når det gjelder forholdet som framstår som hyppigst vurdert som viktig årsak, "Liten tid til pasientene", kan man hevde at dette er et resultat av andre forhold, og ikke en årsak i seg selv. At så mange vurderer liten tid som en viktig faktor, sier samtidig mye om hvor utbredt denne opplevelsen er.

Samlet sett gir tabellen uttrykk for at forhold ved bemanning og bemanningssammensetning i utbredt grad betraktes som viktige årsaker til at behov og oppgaver ivaretas mindre godt. Særlig gjelder dette bemanningssituasjonen på kvelder og i helgene. Dette understøtter resultatene fra intervjuundersøkelsen. Det samme gjelder for mangelfull opplæring av pleieassistenter/ufaglærte. Vi ser også at både liten andel sykepleiere og hjelpepleiere kommer relativt høyt opp på listen av forhold som ansees som viktige årsaker. Dette gir grunnlag for å belyse kompetanse- og bemanningsforhold nærmere på bakgrunn av andre funn i spørreskjemaundersøkelsen. Man kan for øvrig merke seg at hverken utilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten eller samarbeid med andre kommunale tjenester framkommer som utbredte årsaker av stor betydning i dette store bildet..

5.2.2 Kompetanse og bemanningsforhold

Gjennom sykepleiernes vurderinger av personalets samlede kompetanse ved ulike typer vakter forsterkes inntrykket av at særlig helgebemanningen oppleves som utilstrekkelig.

Tabell 5.4. Tilstrekkelig kompetanse. Prosentandel "ja"-svar og N (antall avgitte svar).

Type vakt	Prosent	N
Dagvakter hverdager	89	550
Dagvakter helg	35	534
Kveldsvakter hverdager	65	543
Kveldsvakter helg	34	537
Nattvakter hverdager	73	505
Nattvakter helg	65	500

Mens 89 % av sykepleierne mente at personalets kompetanse er tilstrekkelig for å ivareta pasientenes behov på en god måte på dagvakter på hverdager, mente kun 35 % at dette er tilfelle på dagvakt i helgene. Vi ser også at kompetansen på kveldsvakter på hverdager vurderes som klart mindre tilfredsstillende enn dagvakter

Når det gjelder andel sykepleiere blant personalet, som vi i kapittel 5.2.1 så at mange vurderte å være for liten, så har vi ikke opplysninger om hva denne andelen faktisk er ved alle de forskjellige avdelingene. Men dersom vi ser på tall som uttrykker forholdet mellom antall sykepleiere og antall pasienter, så får vi et inntrykk av hvordan dette varierer mellom hverdager og helg. Blant de sykepleierne som har direkte *ansvar* for pasienter, har disse ansvar for gjennomsnittlig sett 21 pasienter på dagvakt i uka (N=499. SD=17,6. Median=17). Det tilsvarende antallet på dagvakt i helgene er 46 pasienter (N=386. SD=32,4. Median=40). Disse tallene kan i seg selv betraktes som høye. Variasjonen mellom sykepleierne er svært stor, men halvparten av sykepleierne har det sykepleiefaglige ansvaret for 40 pasienter eller mer på dagvakt i helgene. Videre har 16 % ansvar for 75 pasienter eller flere på disse vaktene, mens en nesten like stor del av sykepleierne har ansvaret for under 20 pasienter. Det kan også legges til at antallet pasienter per sykepleier er litt høyere på kveldstid i helgene. Både på dag- og kveldsvakter i helgene er det sykepleiere som oppgir å ha ansvar for over 200 pasienter. På dagvakter på ukedagene har 54 % av sykepleierne ansvar for under 20 pasienter, kun 7 % har da ansvar for 40 pasienter eller mer. Variasjonene i antall pasienter sykepleierne har ansvar for er altså stor mellom hverdager og helg, og sykepleierne i mellom. Sistnevnte må forstås som variasjon mellom sykehjemsavdelinger, ikke mellom enkeltsykepleiere. Antall pasienter man har ansvar for vil kunne gjenspeile ulike måter ansvarsforhold er fordelt ved sykehjemmene, og er nødvendigvis ikke et direkte uttrykk for antall pasienter per sykepleier. Samtidig må det sykepleiefaglige ansvaret betraktes som et omfattende og reelt direkte ansvar, og de forskjellene vi ser mellom hverdager og helg må derfor forstås å ha en relevans både for pasientivaretagelsen og sykepleiernes ansvarsbelastning. Sett i forhold til det omfanget av sykdom og problemer som det synes å være blant pasientene i sykehjemmene, må det også tas med i betraktningen at det vanligvis ikke er lege ved sykehjem i helgene.

Vi ba også sykepleierne om å vurdere den samlede kompetansen i avdelingen i forhold til ulike typer behov og oppgaver. Følgende tabell viser hvor stor del av sykepleierne som mente at avdelingens kompetanse var tilstrekkelig på de ulike områdene.

Tabell 5.5. Vurdert tilstrekkelig kompetanse i forhold til behov. Prosent og N (antall svar).

Behov/oppgaver	Prosent	N
Grunnleggende stell og ernæring	79	558
Helsetjenester ved sykdom	58	554
Kliniske prosedyrer	45	552
Psykososiale behov	18	555

Sammenfallende med vurderingen av hvilke oppgaver og behov som ivaretas tilfredsstillende (Kap.5.1.1), vurderes altså kompetansen i stor grad å være tilstrekkelig for ivaretagelse av grunnleggende stell og ernæring. Når vi tidligere har sett at psykososiale behov vurderes som mindre tilfredsstillende ivaretatt i sykehjemmene, knyttes dette gjennom disse svarene til kompetansen i personalgruppa. Andre forhold vil også kunne være medvirkende, og i ukjent grad. Selv om mange av sykepleierne oppga "Bare delvis" tilfredsstillende som svar på disse spørsmålene, er det grunn til å merke seg at det ikke er flere enn 45 % som mener at kompetansen er tilstrekkelig for ivareta kliniske prosedyrer, og tilsvarende 58 % for pasientenes behov for helsetjenester ved sykdom. Selv om vi tidligere har sett at sykepleierne vurderer at medisinsk behandling og tekniske sykepleieprosedyrer ivaretas relativt godt sammenlignet med mange andre pasientbehov og oppgaver, ser vi altså samtidig at det etterspørres mer kompetanse for å ivareta kliniske prosedyrer og helsetjenester ved sykdom i tilstrekkelig grad. Vi påpeker at "delvis tilfredsstillende" var et svaralternativ her, og at relativt mange benyttet denne. Kompetansen var altså ikke nødvendigvis helt utilstrekkelig, selv om sykepleierne ikke svarte "ja" på spørsmålet om tilstrekkelig kompetanse.

5.2.3 Samarbeidet med leger

Samarbeidet med lege må anses å være av betydning for kvaliteten på denne type tjenester. Uten at det gjennom spørreskjemaundersøkelsen framkommer i hvilken grad sykepleierne mener at dette har direkte eller indirekte betydning for pasientivaretagelsen, belyses likevel sider ved samarbeidet. Det synes da som om legene i relativt liten grad er deltagende i det faglige samarbeidet i personalgruppa. Et flertall av sykepleierne oppgir at legene ikke deltar i tverrfaglige møter i avdelingen, og der hvor det skjer er dette oftere sporadisk enn regelmessig. En av fem sykepleiere oppgir at legene driver organisert undervisning overfor personalet, men praktisk talt alle oppgir at dette skjer sporadisk. Det synes her som om det kan være et potensiale for styrking av etterlyst kompetanse i personalgruppa (jf kapittel 5.2.2) gjennom økt samarbeid og undervisning. At 29 % (N=550) av sykepleierne oppgir at legen(e) ikke veileder personalet i behandling og oppfølging av enkeltpasienter, understøtter absolutt dette.

5.2.4 Samarbeidet med sykehus

Betydningen av godt samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenestene påpekes fra helsepolitisk hold (f.eks. NOU 1999:15), og spesialisthelsetjenestene har også en veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten (jf spesialisthelsetjenesteloven § 6-3). Blant sykepleierne i spørreskjemaundersøkelsen hadde 17 % av sykepleierne i løpet av den siste måneden mottatt veiledning eller undervisning fra spesialisthelsetjenesten i tilknytning til enkeltpasienter eller en bestemt type problematikk. Samtidig kan vi av tabell 5.3 se at utilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten ikke framstår blant de faktorer som i størst grad vurderes som årsak til utilfredsstillende pasientivaretagelse.

I en vurdering av samarbeidet med sykehusene generelt sett, synes de fleste sykepleiere å være fornøyde med dette, om dog litt forbeholdent. Sykepleierne er svært ulikt fornøyd med sykehusene når det gjelder hvorvidt melding om utskriving av pasienter kommer i "rimelig tid", og

med informasjonen de får fra sykehusene når de mottar pasienter som er utskrevet derfra. Et flertall av sykepleierne opplever imidlertid at epikriser blir sendt fra sykehusene for lang tid etter utskriving. Nærmere bestemt sa 39 % seg "helt enig" og 24 % sa seg "nokså enig" i dette (N=554). Tallene samsvarer godt med funn Statens helsetilsyn har gjort (Statens helsetilsyn 2002).

5.3 Oppsummering

Gjennom den landsomfattende spørreskjemaundersøkelsen framkommer det at sykepleierne finner både pasientenes behov for grunnleggende stell og deres ernæringsstilstand å være blant de behov som sykehjemmene ivaretar relativt godt. Mht sistnevnte, så understøttes ikke her de heller negative vurderingene av ivaretagelse av ernæringsbehov i kartleggingsundersøkelsen, hvor sykepleierne vurderte gjennomføring av de enkelte tiltakene, og heller ikke den bekymringen som framkom i intervjuundersøkelsen. Godt ivaretatt vurderes også oppgaver som fordrer mer medisinskfaglig basert kompetanse og som er relativt utbredte i sykehjemmene; Medisinering, sårstell og forebygging av sengeleiekomplikasjoner. Tekniske sykepleieprosedyrer framstår heller ikke som spesielt vanskelig å ivareta bra. Pasientenes psykososiale behov og behov for fysisk aktivitet framkommer som mer utfordrende å få ivaretatt godt, sammen med psykiske lidelser og demensproblematikk. Indirekte sykepleieoppgaver vurderes også generelt sett som mindre tilfredsstillende ivaretatt, og i aller størst grad gjelder dette arbeidet med pleieplaner. Mens 77 % mener at det forekommer faglig uforsvarlig ivaretagelse av pasientenes behov, mener 17 % at dette forekommer jevnlig i sin avdeling. Dette gjelder da oftest i forhold til pasientenes psykososiale behov og behov for fysisk aktivitet, og overfor pasienter med psykiske lidelser.

Pasientenes behov for kontinuerlig medisinsk oppfølging vurderes som bedre ivaretatt enn akutte medisinske behov. Sistnevnte gjelder hjelp både fra sykehjemmets legetjeneste og ekstern legevakt. Ut fra sykepleiernes vurderinger synes behovet for et annet tjenestetilbud å være til stede for et relativt stort antall pasienter, dvs ofte flere i hver avdeling. Behovet synes størst for plasser i skjermet avdeling i sykehjem og i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Det synes å eksistere en sterk opplevelse av å ha for liten tid til hver pasient, og av at dette går ut over ivaretagelsen av pasientene. For lav grunnbemanning og for stor andel ufaglærte på kvelds- og helgetid er de hyppigst vurderte årsakene til at behov og oppgaver ikke blir ivaretatt så godt som de burde. For liten andel sykepleiere og for liten opplæring for de ufaglærte vurderes også av mange som viktige årsaker. Den samlede kompetansen i personalgruppa vurderes i stor grad som utilstrekkelig for å ivareta pasientene på en god måte i helgene, når også sykepleierne har ansvaret for et langt større antall pasienter. Antall pasienter sykepleierne har ansvar for varierer mye mellom hverdager og helg, og mellom sykepleierne i undersøkelsen. På dagvakter i helgene har halvparten av sykepleierne vanligvis det sykepleiefaglige ansvaret for 40 pasienter eller mer.

Det synes å være potensiale for tettere samarbeid mellom legene og sykepleierne i sykehjemmene. Samarbeidet med sykehusene er svært variert vurdert, men det framstår som en utbredt erfaring at epikriser sendes ut for sent ved utskriving av pasienter.

6 Kartleggingsundersøkelsen i hjemmesykepleien

På samme måte som for sykehjemmene, vil vi gjennom å framlegge resultater fra kartleggingsundersøkelsen blant et utvalg pasienter i hjemmesykepleien gi et bilde av denne pasientgruppen og i hvilken grad de har tilstander som krever medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse. Videre vil resultatpresentasjonen bidra til å besvare spørsmålet om hvorvidt sykepleierne opplever at pasientene blir fulgt opp på en kvalitetsmessig og faglig forsvarlig måte i hjemmesykepleien. Interessante variasjoner i pasientgruppen ved de tre hjemmesykepleietjenestene i henholdsvis Bygdeby, Lilleby og Storeby vil bli påpekt. For presentasjon av disse tjenestene, se kapittel 4.1.

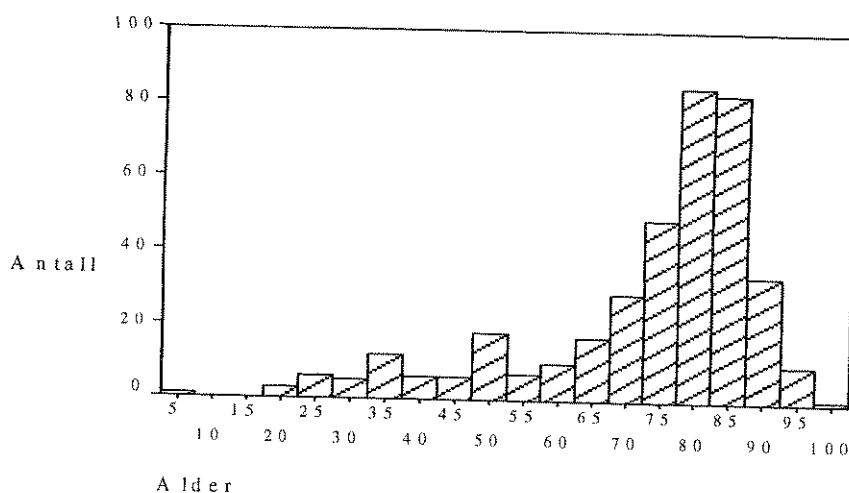
Som beskrevet i kapittelet 2.1.1 har vi i hjemmesykepleien et strategisk *tilfeldig* utvalg på 384 pasienter. Dette utvalget brukes som grunnlag for å beskrive pasientgruppen, og er dermed det utvalget kapittel 6.1 til 6.4 baserer seg på. I vurderingene av tjenestetilbudet (kapittel 6.5) trekkes også de selekterte pasientene med i det totale utvalget, slik at utvalget av pasienter her er 402.

Der prosentandelene er beregnet ut fra et annet utvalg, f.eks. spesielle grupper av pasienter, vil denne utvalgsstørrelsen (N) oppgis. Det samme gjelder der utvalget er redusert som følge av manglende opplysninger i kartleggings skjemaet, dvs manglende svar. Alternativt oppgis det faktiske antallet prosentandelene viser til (n), der det synes mer relevant.

6.1 Om pasientgruppen

I gruppen av brukere finner vi 66 % *kvinner* og 34 % *menn*. Selv om det var en viss aldersspredning i pasientgruppa, og den yngste var 6 år, var gjennomsnittsalderen 73,1 år. Hele 75 % var 70 år eller eldre. Andelen pasienter på 80 år eller eldre var på 47 %, mens 25 % var 85 år eller eldre. Når det gjelder andelen eldre over 80 år, så samsvarer denne relativt godt med landsgjennomsnittet for mottakere av hjemmetjenester samlet sett, men da inngår også brukere som kun får hjemmehjelpstjenester (SSB 2001).

Figur 6.1. Aldersfordeling



Pasientgruppen i Bygdeby er gjennomsnittlig sett noe yngre enn i Lilleby og Storeby, og det er her også noe større spredning i alderssammensetningen.

Når det gjelder pasientenes bostatus, så bodde 58 % alene, mens 31 % bodde sammen med barn og/eller ektefelle og 8 % bodde i service- eller omsorgsbolig. (Andel pasienter som bor i service- eller omsorgsbolig er klart høyere i Bygdeby enn i Storeby og Lilleby.)

I gjennomsnitt hadde pasientene vært brukere av hjemmesykepleien i 2 år og 8 måneder. Mens 11 % hadde vært brukere av tjenesten i 7 år eller mer, hadde 33 % vært brukere i mindre enn 1 år, 9 % i mindre enn 2 måneder, og 1 % hadde vært brukere i under 1 måned.

Følgende tabell viser hvilken status hjelpen hadde, eller med andre ord hvilken type hjelp det er snakk om.

Tabell 6.1 Oppholdet status. Prosent av N (384)

Status	Prosent	Antall (n)
Fast pleie/omsorg	66	253
Oppfølgende behandling eller pleie etter sykehusopphold	17	65
Antatt tidsbegrenset pleie/omsorg	9	36
Pleie/omsorg under påvente av sykehjemsplass	5	20
Utredning	1	4
Annet	14	54

Da svarene ikke er gjensidig utelukkende, vil den samlede summen av svarprosentene overstige 100.

Blant gruppen som mottok "fast pleie/omsorg" vil det ikke bare befinne seg kronisk syke, men også funksjonshemmede og skadede i alle aldre. Pasienter som får behandling eller pleie etter sykehusopphold kan antas å *oftere* ha behov for hjelp med medisinskfaglig basert kompetanse.

Det kan her legges til at de som er oppgitt å motta "Antatt tidsbegrenset pleie/omsorg" i liten grad er overlappende med gruppen som er oppgitt å få "oppfølgende behandling eller pleie etter sykehusopphold". Blant de sistnevnte er 43 % også oppgitt å motta "fast pleie/omsorg", noe som tyder på at dette er faste brukere som har hatt et sykehusopphold.

Også omfang og *hyppighet av hjelp* fra hjemmesykepleien indikerer pasientenes tilstand og behov. I gjennomsnitt hadde hver pasient mottatt hjelp fra hjemmesykepleien 7,8 ganger i løpet av den siste hele uken. Halvparten hadde mottatt hjelp 5 ganger eller mer, mens 10 % hadde mottatt hjelp 14 ganger eller mer, altså gjennomsnittlig 2 ganger daglig eller oftere. Videre hadde 5 % mottatt hjelp 28 ganger eller mer, altså tilsvarende minst 3 ganger daglig. Variasjonen mellom Bygdeby, Lilleby og Storeby er her stor, noe vi kommer tilbake til i kapittel 6.5.3.

6.2 Sykdomsdiagnoser

Sykdomsdiagnoser vil, dersom dette er aktive diagnoser, være en relativt sterk indikator på pasientenes helsetilstand og behov for medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse. Gjennom undersøkelsen får vi kartlagt omfanget av et utvalg av diagnoser som er forventet å finnes i pasientgruppen, samt utbredelsen av multidiagnoser.

6.2.1 Utvalgte diagnoser

De følgende tabellene viser andel pasienter med sykdom som er diagnostisert av lege *og* som er under behandling eller krever spesiell oppmerksomhet fra helsepersonell. Tabellene gir dermed informasjon om utbredelsen av et utvalg *aktive* diagnoser. Vi minner om at den følgende listen over diagnoser ikke er uttømmende, og at en større andel av pasientene vil ha sykdommer innenfor de ulike kategoriene enn det som framkommer her.

Diagnosene er oppgitt i diagnosekategorier etter type sykdom. I den øverste linjen i hver tabell oppgis (med uthevet skrift) diagnosekategori og den prosentandelen av pasientene som har minst én av de listede diagnosene innenfor denne diagnosekategorien.

Tabell 6.2. Sykdomskategori og diagnose. Prosent av N (384).

Sykdomskategori/ diagnose	Prosent	Sykdomskategori/ diagnose	Prosent
Hjerte/kar	46	Nevrologisk	25
Cerebro-vaskulær skade (inkl. slag)	18	Demens	13
Hjertesvikt	16	Hodeskade	2
Arteriosklerotisk hjertesykdom	12	Parkinsons	3
Dyp venetrombose	1	Afasi	2
Hypertensjon	12	Epilepsi	3
Arytmi	3	Multippel sklerose	1
Perifer karsykdom	7	(Annen) progr. nevrol. lidelse	5
Muskel og skjelett	28	Fordøyelse og endokrinologisk system	22
Artritt el. andre revmatiske lidelser	10	Ulcussykdommer	4
Kronisk muskelsmertesyndromer	3	Bet.i fordøyelseskanalen	2
Lårhalsbrudd	7	Leversvikt	1
Andre frakturer	6	Diabetes	14
Osteoporose	9	Hyper- eller hypotyreose	3
Respirasjon	12	Nyrer, urinveier og gynekologiske plager	8
Emfysem	3	Nyresvikt	2
Kronisk bronkitt	2	Urinveisinfeksjon	6
Astma	10	Underlivsinfeksjon	0
Pneumoni	2	Nedsunken livmor	0
Psykiske lidelser	31¹¹	Annet	
Utviklingshemming	1	Kreft	9
Autisme	0	Allergier	2
Depresjon	16	Glaukom	3
Angstlidelser	11	Psoriasis	1
Schizofreni og andre psykotiske lidelser	6	Herpes zoster	0
Øvrige psykiatriske diagnoser	9	Infeksjoner som ikke er tatt med over	2

Vi ser av tabellen at 46 % av pasientene har en aktiv diagnose blant de listede i kategorien hjerte-/karsykdommer. Cerebro-vaskulær skade (inkl. slag) og hjertesvikt er her de to hyppigst forekommende diagnosene. Det kan også legges til at 31 % av pasientene hadde minst én av disse to diagnosene eller begge.

Siden listen av hjerte-/karlidelser ikke er uttømmende, kan vi med dette si at *minst* 46 % av pasientene hadde en aktiv, diagnostisert hjerte-/karlidelse. Det tilsvarende gjelder for de øvrige sykdomskategoriene, med unntak av psykiske lidelser. (Se under.)

¹¹ Da kategorien inneholder rubrikken "Øvrige psykiatriske diagnoser", vil andelen med psykiske lidelser bli uforholdsmessig stor sammenlignet med de øvrige diagnosekategoriene.

Blant de nevrologiske lidelsene er demens den hyppigst forekommende, og omfatter 13 % av pasientene. Vi minner om at det her er registrert kun diagnostisert demens. Mange vil kunne ha demenssymptomer, og kunne vurderes som demente, uten at denne diagnosen er satt. Diagnosen er også omfattende å fastsette, og blir ofte fastsatt først under et institusjonsopphold. Variasjonen mellom tjenestestedene er relativt stor mht andel som er diagnostisert for demens, med størst andel i Storeby og minst i Lilleby. Det er vanskelig å vurdere om dette er knyttet til faktisk forekomst av demens i pasientgruppen, eller til andel diagnostiserte i forhold til udiagnostiserte.

Andelen med kreft er på 9 %, og utgjør dermed omtrent like mange som de med artritt eller andre revmatiske lidelser.

Videre ser vi at andelen pasienter med en psykisk lidelse (eller flere), er på 31 %, dvs altså nesten en tredel av pasientene. Angst og depresjon er her de hyppigst representerte lidelsene, men man kan også merke seg at 6 % av pasientene ble oppgitt å ha scizofreni eller andre psykotiske lidelser. Andelen pasienter som er oppgitt å ha en psykisk lidelse er klart høyere i Bygdeby, hvor det ikke finnes psykiatrisk behandlingstilbud i døgninstitusjon, enn hva den er i Lilleby og Storeby. Det er for øvrig verd å merke seg at det i denne kategorien er registrert "Øvrige psykiatriske diagnoser", slik at diagnosekategorien vil favne mer enn de andre diagnosekategoriene. Andelen med psykiske lidelser blir derfor urimelig stor i forhold til de andre diagnosekategoriene.

Når det gjelder andel pasienter med lårhalsbrudd og andre frakturer, bør det bemerkes at kartleggingen fant sted i juni måned og at disse problemene oppgis å være klart større om vinteren.

Noen av lidelsene som er listet vil *oftere* medføre et større behov for oppfølging av helsepersonell med en viss medisinskfaglig basert kompetanse. Om vi f.eks ser på andel pasienter med dyp venetrombose, lårhalsbrudd, andre frakturer, pneumoni, diabetes, kreft, infeksjoner (rubrikken "Infeksjoner som ikke er tatt med over"), urinveisinfeksjoner og underlivsinfeksjoner, finner vi at 39 % av pasientene har minst en av disse diagnosene.

Dersom vi ser på gruppen av pasienter som får hjemmesykepleie som oppfølgende behandling eller pleie etter sykehusopphold (jf tabell 6.1), så har 25 % (N=70)¹² av disse pasientene en kreftdiagnose og omtrent like mange har hjertesvikt. Andelen med cerebrovaskulær skade (inkl. slag) og frakturer var også noe større i denne gruppen.

Når vi ser på pasientene som er under 67 år, så er andelen med psykiske lidelser klart større i denne gruppen¹³. Det er også her relativt flere pasienter med hodeskader og epilepsi, mens andelen med hjerte-/karsykdommer og kreft er noe mindre.

Generelt kan man si at mange av lidelsene er svært kompetansekrevende når de er aktive, men at dette samtidig vil avhenge av alvorlighetsgrad. Sykepleiernes vurderinger av pasientenes problemer (under) vil gi supplerende informasjon om lidelsenes omfang. Hvilke tiltak som er iverksatt i forhold til problemene, vil også gi en viss indikasjon på dette. Samtidig kan vi ut fra diagnosekartleggingen fastslå at det finnes et visst omfang av sykелighet i pasientgruppen.

¹² Utvalget her baserer seg på det totale utvalget av 402 pasienter i undersøkelsen (Jf kap. 2.1.1)

¹³ Blant de med diagnostiserte psykiske lidelser er gjennomsnittsalderen 63, 8 år (std.avvik 20,0), 48 % var under 70 år og 24 % var under 50 år (N=123).

6.2.2 Sammensatt sykdomsbilde

Som nevnt i kapittel 3.3.1, vil man i pasientgrupper som i stor grad består av eldre kunne forvente at relativt mange har et sammensatt sykdomsbilde, og at dette ofte fører til at symptomene forsterker hverandre og behandlingen blir mer komplisert. Sammensatte sykdomsbilder vil derfor ofte medføre et større behov for oppfølging fra helsepersonell med en viss medisinsk faglig basert kompetanse.

I tillegg til de sykdomsdiagnosene som er listet over, hadde 29 % av pasientene i undersøkelsen én eller flere *andre*, uspesifiserte, diagnostiserte lidelser som er under behandling eller som krever spesiell oppmerksomhet fra helsepersonell. Tar vi med disse diagnosene, finner vi at kun 2 % av pasientene *ikke* hadde en aktiv diagnose som var under behandling eller som krevde spesiell oppmerksomhet fra helsepersonell, at 44 % av pasientene hadde 3 slike aktive diagnoser eller flere, og at 14 % hadde 5 eller flere.

Når vi inkluderer de uspesifiserte diagnosene, og teller dem som én diagnose for de det gjelder, finner vi at det gjennomsnittlige antall diagnoser per pasient er 2,7. Dette tallet er henholdsvis 2,9 og 2,8 i Bygdeby og Storeby, mens det i Lilleby er 2,0. Siden hver pasient kan ha flere enn én uspesifisert diagnose, kan vi anta at disse tallene er for lave, heller enn for høye.

6.3 Medisinering og medisinsk behandling

Bruk av medisiner og medisinske tjenester bidrar også til bildet av pasientene.

Tabell 6.3 Medisinering og forsterket medisinsk behandling. Prosent av N

Behov/tiltak	Prosent	(N)
Får medisiner daglig	85	(373)
Trenger hjelp til å ta medisiner	62	(372)
Har vært innlagt i sykehus i løpet av siste måned	18	(371)
Har hatt ø-hjelp (legetilsyn el. legevakt) i løpet av siste måned	20	(369)

Andelen som bruker medisiner daglig er 85 %, noe som også antyder omfang av sykdom og plager. At 62 % trenger hjelp til å ta medisiner må betraktes som en følge av både pasientens funksjonsnivå, sykdom/plage og type medisiner. (Gjennom intervjuene framkom demens eller forvirring og glemsomhet som hyppig årsak til at pasientene må ha hjelp til å ta medisiner.) Når det gjelder type medisiner, kan sykdomsdiagnosene, dog med forbehold, gi en viss indikasjon på omfanget av bruk av medisiner med mulighet for store bivirkninger, fare for overdosering og behov for kyndig oppfølging i form av observasjon. Eksempler på dette er medisiner brukt ved artritt eller andre revmatiske lidelser (antiflogistika), medisiner som påvirker nervesystemet (f.eks. antiepileptika og antiparkinsonsmidler) og medisiner brukt ved hjerte-/karlidelser.

Både behov for sykehusinnleggelse og ø-hjelp gir en indikasjon på alvorlighetsgrad av sykdom, og vi ser at dette gjaldt henholdsvis 18 og 20 % av pasientene. Å ha hatt behov for ø-hjelp antyder også skiftende tilstander, og at akutte tilstander også er en del av bildet i hjemmesykepleien. I en relativt stor grad dreier dette imidlertid seg om de samme pasientene, da 51 % av de som har hatt ø-hjelp i løpet av den siste måneden også har vært innlagt på sykehus i perioden. Blant de som har vært innlagt på sykehus i løpet av den siste måneden er nærmere 50 % blant de brukerne som mottar fast pleie og omsorg fra hjemmesykepleien. Dette innebærer også at 12 % av de som mottar fast pleie har vært innlagt på sykehus i løpet av den siste måneden før kartleggingen.

Totalt sett når det gjelder legetilsyn, så hadde 14 % av pasientene blitt vurdert av lege i løpet av den siste uken. I løpet av de siste fire ukene hadde 44 % blitt undersøkt av lege. Ser man bakover

på en periode på 12 uker, hadde 74 % blitt vurdert av lege i løpet av den perioden, mens det for resterende 26 % hadde gått over 12 uker siden siste legevurdering. For 87 % av pasientene ble det oppgitt at legevurderingen hadde foregått i form av tilsyn, mens for 11 % over telefon. Det er også mulig at helsepersonell eller pasienten selv har hatt kontakt med lege over telefon uten at dette har blitt registrert eller blitt betraktet som en legevurdering.

Når det gjelder andel pasienter som *har hatt unormale laboratorieprøver i løpet av siste måned*, fordeler svarene seg slik : Ja: 15 % Nei: 35 % Prøver ikke tatt: 51 % (N=323)

Både omfanget av laboratorieprøver og andel positive prøver indikerer et behov for medisinsk oppfølging. Vi ser her at det oppgis at prøver ikke er tatt for omtrent halvparten av pasientene, og at det er registrert positive prøver for kun 15 %. Man kan imidlertid merke seg at det er mange som ikke har besvart spørsmålet (jfr N=323). Gjennom intervjuene framkom det at sykepleierne ofte ikke vet om det er tatt laboratorieprøver eller resultatene av disse.

6.4 Problemer og tiltak

For å utvide bilde av pasientenes helsetilstand og pleie- og behandlingsbehov, ble pasientene kartlagt i forhold til ulike problemer, samlet i problemområder. Følgende tabell gir en oversikt over hvor stor andel av pasientene som oppgis å ha problemer innenfor hvert problemområde.

Tabell 6.4. Problemområdene. Prosent av N (384) og antall (n)

Problemområder	Prosent	Antall pasienter
Psykiske og sosiale problemer	64	244
Aktivitet, motoriske og sensoriske funksjoner	55	210
Personlig hygiene og eliminasjon	53	204
Ernæring	45	173
Sirkulasjon	31	120
Hud og infeksjoner	25	95
Respirasjon	20	77
Smerteproblematikk	19	72
Døende/ terminalstadier ¹⁴	2	8

Ikke uventet er problemer med "Personlig hygiene og eliminasjon" og "Aktivitet, motoriske og sensoriske funksjoner" å finne blant mange av pasientene, og vi ser av tabellen at hver av disse problemområdene omfatter over halvparten av pasientene. Det var her en viss variasjon mellom de tre tjenestestedene mht problemområdet "Personlig hygiene og eliminasjon", med klart høyere andel i Lilleby enn i Storeby og Bygdeby. Likevel er det "Psykiske og sosiale problemer" som er oppgitt hos flest pasienter, hele 64 % av dem. Andelen på 31 % som er oppgitt å ha sirkulasjonsproblemer er liten, sett i lys av at 46 % av pasientene ble oppgitt å ha en aktiv diagnose blant hjerte-/karsykdommene. (Denne diskrepansen så vi også blant pasientene i sykehjemmene.)

Antall pasienter innen hvert problemområde vil i kapittel 6.4.1. utgjøre grunnlag for prosentberegninger innenfor de enkelte problemområdene.

¹⁴ Basert på antall pasienter tilhørende tiltak er iverksatt overfor, og ikke oppgitt problematikk, som tilfellet er for de andre kategoriene. Se evt. kartleggingskjemaet i vedlegg 1.

6.4.1 Problemområdene

Over de følgende sider framlegges tabeller som viser hvor stor del av pasientene som har de ulike problemene som er registrert innenfor hvert problemområde. På denne måten presenteres også hvordan problemområdene er satt sammen i undersøkelsen. Det kan legges til at innenfor hvert problemområde vil pasientene ofte ha flere av de listede problemene. I kartleggingsundersøkelsen ble det også registrert hvorvidt problemene forelå i stor, middels eller mindre grad hos den enkelte pasient. For de problemene som er kommentert i teksten, vil det her også bli påpekt dersom det er særlig mange som har problemene i stor grad. I kommentarene til tabellene vil vi også vise til et utvalg av tiltak som er iverksatt overfor problemene innenfor hvert område. Dette gir også en indikasjon på problemenes omfang og hvilken type kompetanse det synes å være behov for overfor pasientene. I vedlegg 4.1 foreligger utfyllende oversikt over registrerte tiltak for hvert problemområde, sykepleiernes vurdering av utføringen av disse, samt sykepleieres deltakelse i forhold til tiltakene. For øvrig vil informasjon, veiledning og motivasjon som tiltak overfor pasienter med de ulike problemene i all hovedsak bli presentert samlet etter at hver av problemkategoriene er presentert. Det samme gjelder observasjon i forhold til de ulike problemene. De enkelte problemområdene er presentert i henhold til hvor mange av pasientene som hadde problemer innenfor de ulike problemområdene, startende med problemområdet som omfattet flest.

Tabell 6.5. Psykiske og sosiale problemer Prosent av N (384) og antall (n)

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Nedstemthet	28	109
Nedsatt hukommelse	28	106
Sosial isolasjon/ ensomhet	28	106
Forvirring	20	75
Uro/vandring	15	57
Sorg eller krisereaksjoner	14	52
I konflikt med familie eller øvrig nettverk	13	51
Annen sosialt avvikende atferd	11	43
Rusmisbruk	10	40
Aggresjon/vold/utagerende atferd	9	33
Andre problemer	17	64

Tabellen viser at de hyppigst oppgitte av de psykiske og sosiale problemene er nedstemthet, sosial isolasjon og nedsatt hukommelse, og at hvert av disse problemene er oppgitt blant 28 % av pasientene. At såvidt mange oppgis å være nedstemte og sosialt isolerte eller ensomme, må betraktes som en stor utfordring mht psykososial ivaretagelse. Uten at det framkommer av tabellen, ble problemenes omfang også oppgitt å være stort særlig for disse problemene. Aggresjon, vold og utagerende atferd kan ikke bare medføre utrygghet for pleie- og omsorgspersonell, men kan også være krevende å håndtere sykepleiefaglig. Det samme gjelder også for sorg, krisereaksjoner og rusmisbruk.

Flere av disse problemene følger ofte hverandre, og 24 % (N=244¹⁵) av alle som er oppgitt å ha et psykisk eller sosialt problem har minst 4 av de listede problemene (evt. inkludert et under benevnelsen "Andre problemer.") Mange av problemene oppgis å være til stede i stor grad. Dette kan også være knyttet til at hele 31 % av pasientene var diagnostisert for en psykisk lidelse (jf tabell 6.2).

¹⁵ Antall pasienter som inngår i hvert problemområde framgår av tabell 6.4.

Medisinering for de aktuelle problemene er iverksatt overfor 55 % (N=244) av pasientene, dvs. 35 % av alle pasientene, mens 37 % har fått hjelp til å komme ut (dvs 24 % av alle pasientene.)¹⁶ "Informasjon/ veiledning/ psykisk støtte" er det tiltaket som oppgis å være iverksatt overfor flest av pasientene med disse problemene, dvs overfor 77 % (N=244).

Tabell 6.6. Aktivitet, motoriske og sensoriske funksjoner Prosent av N (384) og antall (n)

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Nedsatt mobilitet	37	140
Ustøhet/falltendens	24	91
Søvnforstyrrelser	17	66
Nedsatt hørsel	15	57
Nedsatt syn	13	51
Kontrakturer	8	31
Andre problemer	9	33

Vi ser her at nedsatt mobilitet er et problem for 37 % av pasientene, og at omfanget vurderes å være stort for de fleste av disse. Ustøhet/falltendens er også et problem for mange, og problemomfanget ble oppgitt å være spesielt stort der nedsatt mobilitet og ustøhet/falltendens var et problem.

"Informasjon/veiledning/motivasjon" er det tiltaket som er iverksatt hyppigst i forhold til disse problemene, dvs overfor 71 % (N=210) av de med problemer innenfor denne gruppen. For 14 % (N=210) av pasientene ble det benyttet løfteheis, dvs for 8 % av alle pasientene.

Tabell 6.7. Personlig hygiene og eliminasjon. Prosent av N (384) og antall (n)

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Nedsatt evne til av- og påkledning og/eller kroppsvask	47	181
Nedsatt evne til toalettbesøk grunnet fysisk immobilitet	20	77
Inkontinens (Urin el. avføring)	20	75
Nedsatt evne til munnhygiene	18	69
Annet vannlatingsbesvær	10	37
Obstipasjon	9	35
Diaré	6	24
Andre problemer	13	51

Vi ser her at det klart hyppigste registrerte problemet i denne kategorien er "Nedsatt evne til av- og påkledning og/eller kroppsvask". Problemomfanget oppgis også å være relativt stort blant disse.

Sammen med ernæringsproblemer viser disse problemene at mange av pasientene har problemer knyttet til ivaretagelse av grunnleggende behov, og derfor ha behov for grunnleggende stell og pleie. Samtidig vil problemer som obstipasjon, diaré og vannlatingsbesvær kunne indikere behov for hjelp med mer utvidet sykepleierkompetanse.

Behovet for hjelp til grunnleggende behov tydeliggjøres ved at 79 % (N=204) av pasientene i denne problemkategorien hadde fått hjelp til personlig hygiene i løpet av den siste hele uken. Dette utgjør 42 % av alle pasientene. Når det gjaldt hjelp til toalettbesøk omfattet dette 19 % av

¹⁶ Det kan her bemerkes at registreringen fant sted i juni måned.

alle pasientene. Samtidig finner vi at 34 % (N=204) med problemer innen denne kategorien hadde blitt medisinerert for dette. Det tilsvarende tallet for dialysebehandling var 9 %, stomistell 12 % og kateterisering/-stell eller blæreskylling 13 % (N=204).

Tabell 6.8. Ernæring. Prosent av N (384) og antall (n)

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Nedsatt appetitt eller underernæring	25	95
Fedme/overvekt	12	46
Kvalme og/eller oppkast	12	44
Dehydrering	11	42
Svelgpareser	6	24
Andre problemer	21	81

Av tabellen kan vi lese at 25 % av alle pasientene oppgis å ha problemer i form av nedsatt appetitt eller underernæring. For mange av disse oppgis også problemet å være omfattende.

Det som ikke framkommer i stor grad gjennom kartleggingen, er behovet for forebyggende tiltak i forhold til de ulike problemer. Av intervjuene med sykepleierne framkom det at særlig vedrørende ernæringstilstand er det mange pasienter som har behov for en tett oppfølging for å unngå at de utvikler ernæringsproblemer. Det framkommer særlig som et problem at pasientene som er glemske eller forvirrede lar være å spise og drikke, og at de kan si at de har spist eller drukket uten at dette er tilfelle.

I forhold til ernæringsproblematikk kan vi også minne om at 14 % av pasientene ble oppgitt å ha diabetes, og at til sammen 6 % ble oppgitt å ha en ulcussykdom eller betennelse i fordøyelseskanalen (jf tabell 6.2).

Når det gjelder tiltak iverksatt overfor pasientene med ernæringsproblemer i løpet av den siste hele uken før registrering, finner vi at diett var iverksatt overfor 27 % (N=173) av pasientene med ernæringsproblemer, mens 20 % (N=173) hadde fått fysisk hjelp til å spise eller drikke. Intravenøs væsketilførsel eller TPN var iverksatt for 12 %, mens 11 % (N=173) hadde fått sondeernæring. De sistnevnte tiltakene omfatter med dette henholdsvis 5 og 6 % av alle pasientene.

Tabell 6.9. Sirkulasjon. Prosent av N (384) og antall (n)

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Ødemer	19	74
Hypo- eller hypertensjon	15	57
Stuvning/ lungeødem	5	20
Andre problemer	8	32

Som vi har sett tidligere hadde 46 % av alle pasientene en av de listede aktive diagnosene knyttet til hjerte-/karsystemet (jf tabell 6.2). I lys av dette synes relativt få å ha problemer knyttet til sirkulasjon. Blant de relativt få med stuvning/lungeødem var det også svært få pasienter som hadde dette i stor grad. Medisinering var iverksatt overfor 68 % (N=120) av pasientene med problemer i denne kategorien. Overfor 40 % (N=120) av dem var det gjennomført blodtrykk- og pulskontroll. Overfor 14 % (N=120), dvs 4 % av alle pasientene, ble det utført CVK-stell.

Tabell 6.10. Hud og infeksjoner. Prosent av N (384) og antall (n)

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Eksem el. andre utslett	13	49
Arterielle eller venøse sår	12	45
Hudinfeksjoner	7	28
Andre infeksjoner	5	20
Fistler	5	18
Feber	5	18
Andre problemer	8	31

Vi ser at eksem og arterielle og venøse sår utgjør de hyppigst registrerte hudproblemene, og videre at hudinfeksjoner og andre infeksjoner er oppgitt hos henholdsvis 7 og 6 % av alle pasientene.

Medisinering var iverksatt overfor 35 % med disse problemene. Sårstell ble utført overfor 63 %, dvs 16 % av alle pasientene. Smitteregime var iverksatt overfor 22 %, dvs 6 % av alle pasientene. (N= 95 for alle prosentandeler i siste avsnitt).

Tabell 6.11. Respirasjon. Prosent av N (384) og antall (n)

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Dyspné (inkl. i anfall)	12	47
Slim/ekspektorat	9	34
Hoste	9	34
Andre problemer	7	27

Innenfor dette problemområdet ser vi at 12 % av pasientene er oppgitt å ha dyspné. Vi minner om at 13 % av pasientene ble oppgitt å ha en diagnostisert respirasjonslidelse (jf tabell 6.2).

Drøyt halvparten av pasientene med respirasjonsproblemer var medisinert for dette. Både respirator, tracheostomi og suging ble oppgitt som tiltak overfor 23 % (N=77) med respirasjonsproblemer, dvs 5 % av pasientene. Andel behandlet med ventilator var 29 % (N=77), mens 27 % (N=77) hadde fått O₂-behandling

Tabell 6.12. Smerteproblematikk. Prosent av N (384) og antall (n)

Spesifiserte problemer	Prosent	Antall pasienter
Kroniske smerter	15	57
Akutte smerter	2	7
Smerter som lar seg vanskelig kontrollere	6	19
Ikke-utredede/udiagnostiserte smerter	2	7

De 15 % som er oppgitt å ha kroniske smerter tilsvarer 79 % (N=72) av de som er registrert å ha smerter. Akutte smerter og smerter som vanskelig lar seg kontrollere, representerer imidlertid ofte en større utfordring for pleiere og behandlere.

Smertestillende per os (gjennom munnen) var det tiltaket som var iverksatt overfor flest av de med smerter, nærmere bestemt 68 % (N=72). Dette utgjør 14 % av alle pasientene.

Døende/terminalstadier

Denne kategorien har ikke spesifisert problematikk. Antallet pasienter er her kun 8. Overfor 5 av disse var det oppgitt å være iverksatt terminalomsorg/palliativ behandling. Overfor 4 var det iverksatt kontinuerlig overvåking. Ivaretagelse av pårørende ble også gitt overfor 5.

6.4.2 På tvers av problemkategoriene

Innenfor hvert av problemområdene (med unntak av døende/terminalstadier), er det også registrert hvorvidt hjemmesykepleien har vært aktivt involvert i form av informasjon, veiledning og motivasjon eller psykisk støtte. Ikke uventet framstår dette som de mest utbredte tiltakene overfor de fleste kategorier av problemer. Samtidig finner vi at dette varierer noe overfor de ulike kategoriene av problemer, noe som indikerer at behovet for disse type tiltak varierer med problematikk. Vi ser at det særlig omfatter mange med ernæringsproblematikk, nærmere bestemt 81 % (N=173) av disse. Tilfellet er også tilnærmet det samme når det gjelder psykiske og sosiale problemer.

Hvorvidt observasjon er iverksatt som et tiltak varierer også noe, men er registrert som et tiltak overfor 2/3 av pasientene med problemer innenfor kategoriene "Hud og temperaturregulering", "Sirkulasjon" og "Respirasjon" og "Psykiske og sosiale problemer".

Når det gjelder mer spesialiserte prosedyrer, hvor behovet for medisinsk klinisk sykepleiekompetanse synes å være til stede i mest eksplisitt grad, kan omfanget av dette illustreres ved å lage en samlekategori av slike prosedyrer og behandlingstiltak som slike prosedyrer gjerne er knyttet til. Vi ser da på følgende: Sondeernæring, intravenøs væsketilførsel eller TPN, kateterisering, stomistell, dialysebehandling, O₂-behandling, respirator, ventilator, suging, tracheostomi, CVK-stell, smitteregime, TNS, intravenøs smertebehandling, epidural smertelindring/ morfinpumpe og oppfølging av cytostatikabehandling. Vi finner da at ett eller flere av disse tiltakene er iverksatt overfor 12 % (N=384) av pasientene i løpet av den siste uken før registreringen. Dette betyr at denne type tiltak er iverksatt i tilnærmet like stor grad i hjemmene som på sykehjem, hvor den tilsvarende andelen var 13 %. Det framkommer imidlertid forskjeller mellom tjenestestedene når det gjelder omfanget av disse tiltakene. I Bygdeby omfattet det kun 2 % (N=142) av pasientene, mens den tilsvarende andelen i Lilleby var 24% (N=89) og i Storeby 15 % (N=171).

6.5 Vurderinger av tjenestetilbudet

Når vi nå skal se på sykepleiernes vurderinger av ulike sider ved kvaliteten på tjenestetilbudet, vil vi også trekke inn ytterligere opplysninger om tiltakenes omfang. Vi minner også om supplerende informasjon i vedlegg 4.1.

6.5.1 Vurderinger av utførte tiltak

Vi minner om at vi i den følgende framstillingen primært sammenligner vurdert gjennomføring av ulike typer tiltak med hverandre, slik at dette dreier seg om hvilke typer tiltak som vurderes som godt faglig utført sammenlignet med andre typer tiltak.

Tiltak for ivaretagelse av *grunnleggende fysiske behov* i form av hjelp til personlig hygiene og toalettbesøk vurderes å bli relativt sett godt faglig utført. Tilfellet er derimot ikke det samme når

det gjelder fysisk hjelp til å drikke og spise, drikkeliste og/eller diuresemåling og vektmåling. For disse tiltakene oppgir sykepleierne at tiltakene hverken er helt eller delvis tilfredsstillende utført overfor halvparten av pasientene de er iverksatt for.

Når det gjelder *medisinering* for respirasjons- og sirkulasjonsproblematikk, samt psykiske problemer, finner vi at dette er tiltak som sykepleierne mener er relativt sett tilfredsstillende utført. Det samme gjelder smertestillende medisiner per os (gjennom munnen). Medisinering i forhold til hudproblemer og/eller infeksjoner vurderes som noe mindre tilfredsstillende utført. (Vurdering av medisinering overfor øvrig problematikk foreligger ikke.)

Når det gjelder annen smertebehandling enn smertestillende per os, oppgis dette å gjelde relativt få pasienter for hver type tiltak (dvs mellom 6 og 20 pasienter av 402). Disse tiltakene, som omfatter TNS, intravenøs behandling, epidural lindring/smertepumpe, opioid behandling og oppfølging av cytostatika- og strålebehandling, vurderes imidlertid å være *utilfredsstillende* utført overfor størstedelen av pasientene.

Dette synes å representere et mønster som kommer til syne på tvers av alle problemkategoriene; Sykepleietiltak som iverksettes relativt sjelden, og som fordrer en viss medisinsk og klinisk sykepleierkompetanse, ofte vurderes som lite tilfredsstillende faglig utført. Samtidig ser vi at i relativt mange tilfeller hvor disse tiltakene er gjennomført, oppgis ikke sykepleier å være involvert i løpet av de siste 7 dagene. Dette gjelder særlig sondeernæring, intravenøs væsketilførsel og -behandling, TNP, stomistell, dialysebehandling, CVK, smitteregime og epidural smertelindring. Det er en klar tendens til at tiltakene vurderes som mer tilfredsstillende utført der det framkommer at sykepleiere har deltatt. Et annet trekk i bildet er at denne type tiltak er iverksatt overfor en færre andel av pasientene i Bygdeby, hvor sykepleierdekningen er størst (jf kapittel 7.5.2). Det ser altså ut som om denne type tiltak gjennomføres i minst grad i den tjenesten hvor sykepleierdekningen er størst, tiltakene vurderes som lite tilfredsstillende utført, og sykepleiere oppgis i relativt liten grad å ha vært involvert.

Det er svært varierende hvordan øvrige sykepleietiltak vurderes gjennomført. Av enkelttiltak som omfatter relativt mange, finner vi at sårstell er utført overfor 16 % av pasientene og vurderes som relativt tilfredsstillende utført. På den andre siden er f.eks. insulin- og blodsukkerkontroll vurdert som utilfredsstillende utført overfor mange. Smitteregime er iverksatt overfor 6 % av pasientene i perioden, og vurderes som ikke tilfredsstillende utført overfor halvparten av disse. Andre eksempler på tiltak som vurderes heller varierende ivaretatt er blodtrykk- og pulskontroll og regulering av ligge- /sittestillingsleie i forbindelse med respirasjons- eller infeksjonsproblematikk.

Observasjon av pasientenes problemer innenfor de ulike problemkategoriene vurderes jevnt over som relativt god. Det samme gjelder *informasjon, veiledning, motivasjon og/eller psykisk støtte* i forhold til problemene. Ett unntak for sistnevnte er innenfor området smerteproblematikk.

Vi minner om at de tiltakene som sykepleierne har blitt bedt om å vurdere den faglige utførelsen av ikke er en uttømmende liste av mulige tiltak overfor pasientene, men den inneholder mange av de vanligste tiltakene overfor de ulike kategoriene av problemer. Listen inneholder få tiltak som er av eksplisitt forebyggende art, og gir derfor mindre grunnlag for å vurdere gjennomføringen av forebyggende tiltak.

6.5.2 Tilstrekkelige tiltak?

Som vist over har vi benyttet oss av såkalte problemområder for å gi et bilde av pasientenes tilstand og behov. Som én tilnærming til å vurdere pasientivaretagelsen, skulle sykepleierne ta stilling til hvorvidt iverksatte tiltak overfor problemene i hvert problemområde ble vurdert som

tilstrekkelige for å imøtekomme pasientenes behov i forhold til disse problemene. I følgende tabell er problemområder listet i henhold til hvilke som oppgis å bli ivaretatt på beste måte med hensyn til tiltakenes tilstrekkelighet.

Tabell 6.13. Tilstrekkelige tiltak. Prosent og N.

Problemområde	Prosent	Antall svar (N)
Hud og infeksjoner	75	87
Personlig hygiene og eliminasjon	70	165
Sirkulasjon	69	90
Aktivitet, motoriske og sensoriske funksjoner	66	156
Respirasjon	63	67
Ernæring	56	140
Psykiske og sosiale problemer	53	225
Døende/terminalstadier	50	10
Smerteproblematikk	41	61

Vi understreker at antall pasienter registrert i hver problemområde varierer (jf N i tabellen), og er til dels svært lite. Dette henger primært sammen med at antall pasienter med problemer innenfor de forskjellige kategoriene varierer, men også at spørsmålet for en del pasienter manglet svar.

I den øverste delen av tabellen ser vi at det er innenfor problemkategoriene "Hud og infeksjoner", "Personlig hygiene og eliminasjon" og "Sirkulasjon" at tiltakene vurderes som mest tilstrekkelige. I dette ligger også at sykepleierne vurderer tjenestens ivaretagelse av grunnleggende stell som god. På bunnen av tabellen finner vi "Smerteproblematikk", "Døende/terminalstadier", "Ernæring" og "Psykiske og sosiale problemer". Det er også verd å merke seg at i forhold til ernæringsproblematikk ble de enkelte tiltakene også vurdert som mindre tilfredsstillende utført. Dette medfører at bekymringen rundt ivaretagelsen av pasientenes ernæringstilstand forsterkes.

6.5.3 Hjelpens hyppighet

For hver av pasientene ble sykepleierne bedt om å oppgi hvor mange ganger i løpet av den siste hele uken vedkommende hadde mottatt hjelp fra henholdsvis hjemmehjelpen og hjemmesykepleien, og i tillegg hvor mange ganger de mente at pasienten *burde* hatt denne hjelpen.

Antall besøk fra *hjemmesykepleien* i løpet av den siste hele uken ble oppgitt til å være gjennomsnittlig 7,9 (N=377)¹⁷. Samtidig hadde 10 % mottatt hjelp 14 ganger eller mer. Antallet ganger som ble vurdert som tilstrekkelig var gjennomsnittlig 9,0 (N=313). Nærmere 50 % ble vurdert å ha behov for hjemmesykepleie 7 ganger i løpet av den siste uken (N=313). Sykepleierne vurderer altså behovet for antall besøk fra hjemmesykepleien til å være større enn tilbudet (gjennomsnittlig sett). For 13 % (N=313) av pasientene ble imidlertid antall faktiske besøk vurdert å være større enn behovet, mens for den samme andel pasienter ble det vurdert som mindre enn behovet. Antall faktiske besøk ble vurdert til å være i samsvar med behovet for 73 % av pasientene.

Det gjennomsnittlige antallet besøk fra *hjemmehjelpen* ble oppgitt å være 2,8 ganger i løpet av siste uke (N=278). Antallet ganger som ble vurdert som tilstrekkelig var her gjennomsnittlig 3,3

¹⁷ At gjennomsnittstallet her avviker fra det i kapittel 6.2 skyldes at vi her inkludert alle 402 pasientene, og ikke bare det tilfeldige utvalget på 384.

ganger (N=236). Sykepleierne vurderte altså behovet for besøk fra hjemmehjelp til å være større enn tilbudet, gjennomsnittlig sett. For 76 % (N=236) av pasientene var antall faktiske besøk samsvarende med antall besøk det ble vurdert behov for. For 6 % ble antall faktiske besøk vurdert å være større enn behovet, mens det for 19 % ble vurdert å være lavere enn behovet.

Bak disse tallene skjuler det seg svært store variasjoner mellom de tre tjenestestedene både når det gjelder antall faktiske besøk og antall besøk vurdert som tilstrekkelige. Alle steder ble antall besøk det var behov gjennomsnittlig sett vurdert å være litt over det faktiske tilbudet, både med hensyn til besøk fra hjemmehjelpen og fra hjemmesykepleien. Det faktiske antall ganger besøk fra hjemmesykepleien i løpet av de siste 7 dagene var gjennomsnittlig 10,6 i Bygdeby, 8,2 i Lilleby og 5,5 i Storeby. I Bygdeby hadde 63 % av pasientene fått 7 besøk eller mer, mens 10 % av pasientene hadde fått besøk 35 ganger eller mer, altså tilsvarende 5 ganger daglig. I Lilleby hadde hele 89 % hatt 7 besøk eller mer. I Storeby hadde 38 % fått 7 besøk eller mer.

Det kan bemerkes at antall ganger *hjemmehjelp* i løpet av siste uke ble oppgitt for kun 236 av de 402 pasientene. Dette kan tyde på at sykepleierne ikke har oversikt over dette. At det tilsvarende tallet for hjemmesykepleie ikke er oppgitt for mer enn 313 pasienter kan imidlertid indikere et mangelfullt dokumentasjons- og rapporteringssystem.

6.5.4 Legenes pasientivaretakelse

Sykepleiernes vurdering av *omfanget* av legetilsyn for pasientene tilsier at dette er tilstrekkelig for 50 % av dem, og som ikke tilstrekkelig for 15%. For ca 30 % av pasientene oppga sykepleier "Vet ikke" som svar. (N= 357 for disse prosentandelene.)

Samlet sett vurderer sykepleierne 29 % (N=402) av pasientene å ha *behov for medisinsk utredning*, eller ytterligere medisinsk utredning i forhold til det de har fått. Forskjellen mellom de tre tjenestestedene er her store, og andelen som vurderes å ha behov for (ytterligere) medisinsk utredning varierer fra 43 % (N= 171) i Storeby til 13 % (N=89) i Lilleby. Det er innenfor problemområdene "Psykiske og sosiale problemer", "Ernæring" og "Smerteproblematikk" at behovet for medisinsk utredning hyppigst vurderes å være til stede.

6.5.5 Behov for døgninstitusjon?

Sykepleierne ble også bedt om å vurdere hvorvidt hver enkelt registrerte pasient burde ha fått tilbud om opphold i *døgninstitusjon*. Dette ble vurdert å være tilfelle for 19 % (n=72) av pasientene. Blant de man mente burde ha fått plass i døgninstitusjon, var det plass i sykehjem eller omsorgsbolig som ble vurdert best egnet for flest.

6.6 Oppsummering

Kartleggingsundersøkelsen viser at selv om aldersspredningen i pasientgruppa er stor, så er 75 % av pasientene 70 år eller eldre og 47 % 80 år eller eldre. Tilnærmet alle pasientene har en aktiv, diagnostisert sykdom, og 42 % har 3 slike diagnoser eller flere. Av aktive, diagnostiserte sykdommer er særlig hjerte-/karlidelser og psykiske lidelser utbredt i pasientgruppa. Hele 85 % av pasientene tar medisiner daglig, og over 60 % trenger hjelp til å administrere medisiner. At 18 % av pasientene har vært innlagt på sykehus og 20 % har hatt behov for øyeblikkelig medisinsk hjelp i løpet av den siste måneden, viser en viss ustabilitet i helsetilstanden i pasientgruppa.

Omtrent 50 % av pasientene har problemer knyttet til henholdsvis ernæring og ivaretagelse av personlig hygiene, og 64 % har psykiske eller sosiale problemer. Hos 19 % er det oppgitt

smerteproblematikk. Ut fra de tiltak som er iverksatt, og omfanget av disse, kan det synes som at spekteret av sykepleieroppgaver er stort. På bakgrunn av et relativt omfattende og sammensatt sykdomsbilde i pasientgruppen, vil observasjon, og tilhørende vurderinger, som omfatter en stor del av pasientene, forventes å være en sentral oppgave for sykepleierne. Foruten oppgaver som fordrer mer grunnleggende sykepleierkompetanse, er det også iverksatt et relativt stort omfang av tiltak som må vurderes å kreve utvidet sykepleierkompetanse. Når det gjelder mer spesialiserte prosedyrer, hvor behovet for medisinsk og klinisk sykepleierkompetanse synes å være til stede i mest eksplisitt grad, er dette tiltak som ikke synes å være iverksatt i vesentlig mindre grad i hjemmene enn i sykehjemmene.

Mens pasientenes behov for grunnleggende stell vurderes som relativt godt ivaretatt, framstår det som et større problem å få ivaretatt ernæringsmessige og psykiske og sosiale behov, samt smerteproblematikk, på en tilfredsstillende måte. Mens noen av de mer utbredte sykepleiertiltakene, som medisinerer og sårstell, vurderes som relativt godt gjennomført, er ikke dette tilfellet for på langt nær alle de ulike sykepleiertiltakene. Samtidig kan det synes som om sykepleierne ikke er kontinuerlig involvert i gjennomføringen av en rekke tiltak der hvor dette kunne forventes. Forskjellene mellom de ulike tjenestestedene er her store.

I gjennomsnitt hadde pasientene mottatt hjelp fra hjemmesykepleien 7,9 ganger i løpet av den siste hele uken, mens 10 % hadde mottatt hjelp 14 ganger eller mer. Det framkommer store variasjoner mellom de tre tjenestestedene når det gjelder hyppigheten av hjelp fra hjemmesykepleien. Samlet sett vurderes behovet å være i overensstemmelse med faktisk tilbud for 73 % av pasientene. Nærmere 30 % av pasientene vurderes å ha et udekket behov for medisinsk utredning, men her er det også store forskjeller mellom de tre tjenestestedene. Behov for opphold i døgninstitusjon ble vurdert å være til stede for 19 % av pasientene, og det er særlig plass i sykehjem eller omsorgsbolig som vurderes som bedre egnet alternativ.

7 Intervjuundersøkelsen i hjemmesykepleien

I dette kapittelet skal vi utdype spørsmålene om pasientenes, også kalt brukernes, helsetilstand og kvalitet på tjenestene innenfor hjemmesykepleien. Data er hentet inn ved dybdeintervju med sykepleiere, ledere og leger i hjemmesykepleien i de tre kommunene. I tillegg har vi i denne delundersøkelsen inkludert et annet bydelsdistrikt innenfor Storeby, kalt Storeby II, for å gi et bedre inntrykk av mulige variasjoner mellom ulike distrikter i storbyer. Benevnelsen "Storeby I" er identisk med Storeby i kartleggingsundersøkelsen i kapittel 6, og brukes her for å unngå sammenblanding med Storeby II.

Som i intervjuundersøkelsen fra sykehjemmene vil det innledningsvis gis et generelt inntrykk fra tjenestene, før vi går inn på helsetilstanden til pasientene, kvaliteten på tjenestene og organisatoriske faktorer som synes å ha betydning for denne.

7.1 Generelle inntrykk fra kommunene

Sykepleierne i undersøkelsen trivdes generelt godt i arbeidet i hjemmesykepleien, og flere kunne ikke tenke seg annet arbeid. Arbeidet er mer variert, selvstendig og mindre rutinebasert enn arbeid i sykehus og sykehjem. Flere påpekte det berikende ved å arbeide med pasienter i deres hjemmesituasjon og på brukernes egne premisser.

Hjemmesykepleien i distriktene i de tre kommunene beskrives generelt som tjenester som er under ekspansjon. Det har skjedd en økning i antall brukere, spesielt antall brukere med behov for pleie og medisinsk- og sykepleiefaglig oppfølging gjennom de siste årene. Samtidig har man ikke hatt tilsvarende økning i bemanningen. Dette har ført til kapasitetsproblemer i varierende grad.

I Storeby I ble det oppgitt at det har vært en vekst i pasientgruppen på ca. 30 % de siste årene, uten at det har kommet flere stillinger. Dette skyldes blant annet at bydelen har en økende andel eldre. Sykehjemskapasiteten oppgis å være knapp, men det er god avlastning med en egen vente- og avlastningspost for pasienter som kommer fra sykehus. Bydelen har noen omsorgsboliger. Disse er ikke bemannet med fagpersonale, men dette oppfattes ikke som et problem. Tross økende antall rehabiliteringspasienter finnes det ikke rehabiliteringsplasser i bydelen, kun korttidsplasser.

Både leder og sykepleiere fremhevet at de generelt er rimelig godt fornøyd med hjemmesykepleietjenesten i bydelen. Tilgjengeligheten for brukerne beskrives som god, selv om de opplever at de kan ha for liten tid til den enkelte bruker. Dette går utover kvaliteten på oppfølgingen. Det er ikke ventelister, få avviksmeldinger og klagesaker, og gode resultater fra brukerundersøkelse som har blitt gjennomført. Det ble også fremhevet at det er forholdsvis stabil bemanning og relativt godt med fagpersonell. Det er rimelig god sykepleierdekning, stabil sykepleiergruppe og godt arbeidsmiljø. Det er stort arbeidspress i perioder. For å dekke pleiebehovene trekkes hjemmehjelpere i de hjemmebaserte tjenester til tider bort fra rengjøringsoppgaver, og det drives aktiv omskolering av hjemmehjelpere til omsorgsarbeidere. Økningen i antall brukere gjør at man ønsker økt grunnbemanning i hjemmesykepleien. I registreringsperioden skiftet arbeidspresset mellom sonene. Dette gjenspeiler den mer generelle dynamikken i hjemmebaserte tjenester, hvor endringer i brukernes behov fører til stadige skiftninger i arbeidspress og arbeidsoppgaver. Behovet for en fleksibel organisasjon som raskt kan tilpasse seg de endrede behovene hos brukerne var en hovedinnvending mot innføring av bestillerkontor som skal innføres i bydelen. Man mente at bestillerkontoret er en byråkratisering av tildelingen av tjenester.

I Storeby II er det forholdsvis færre eldre og flere unge. Det har skjedd et generasjonsskifte i pasientgruppen i løpet av de siste årene, og en økning i antall unge brukere med psykiske lidelser.

Mange pasienter bor i kommunale leiligheter, der det er mange alkoholikere og beboere med rusproblemer. Hjemmesykepleien betjener ubemannede omsorgsboliger og boliger med ufaglært personell. Dette er både personer med psykiske lidelser og med annen funksjonshemming. De har mange pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. Det ble derfor også vist til som en ressurs at det blant de ansatte i hjemmebaserte tjenester også finnes flere med fremmedkulturell bakgrunn. Bydelen har hatt god tilgang til institusjonsplasser, men har nå mistet rehabiliteringsplasser og er truet av nedleggelse av korttidsplasser. Hjelpepleiergruppen er stabil, men det er problemer med å rekruttere tilstrekkelig antall hjelpepleiere, selv om dette er i noe bedring.

For to år siden ble det gjennomført en omorganisering hvor man bevisst reduserte antall sykepleiere ved å innføre "enhetssykepleie". Denne ordningen ligner ordningen med sykepleierpool i sykehjem (Harsvik mfl. 2002). Dette innebærer at sykepleierne trekkes ut av praktiske sykepleieprosedyrer og stell for å ta administrative og koordinerende oppgaver, og for kun å utføre sykepleievurderinger og mer spesifikke sykepleieprosedyrer som intramuskulære sprøyter eller mer krevende sårstell. Dette fører til en tilsvarende utvidelse av hjelpepleierne, hjemmehjelpenes og pleieassistenters ansvarsområde, der hjelpepleierne overtar flere av de tradisjonelle sykepleieroppgavene.

Sykepleierne oppga generelt at det var tidspress og arbeidspress, selv om dette varierte. Noen sykepleiere mener at omorganiseringen til enhetssykepleie har ført til økt tidspress og vanskeligere arbeidsvilkår. De oppga også at det forekom klager på hjemmebaserte tjenester og manglende hjemmehjelp. Klagene dreide seg særlig om rengjøring og at brukere ble glemt. Man har også søkt å redusere omfanget av den praktiske hjelpen for brukerne for å spare ressurser, og for å frigjøre tid til at hjemmehjelperne kan gjøre pleieoppgaver.

I Lilleby ble det oppgitt at det var et stort press på hjemmebaserte tjenester sett i forhold til nabokommuner. Leder fremhevet at de stort sett dekker de generelle pleiebehovene, men at det er vanskeligere å ivareta "*mer spesielle behov*". Det er mangel på institusjonsplasser i byen, med store ventelister på sykehjemsplass og aldershjem, og en høy andel eldre og pleietrengende brukere i hjemmesykepleien. I tillegg blir pasienter skrevet tidlig ut fra sykehuset, noe som fører til mange syke brukere. Distriktet betjener også fengsel og alarmtjeneste, som har hatt en økning i antall utrykninger de senere årene. Dette tar mye tid for sykepleierne. Det er i tillegg en del besøk i omsorgsboliger der det ikke er ansatt fagpersonell, og der brukerne er så syke at de har behov for sykehjem. Kommunen har opprettet et servicekontor som fatter vedtak om tildeling av tjenester.

Det ble oppgitt at det er et stort tids- og arbeidspress innenfor hjemmesykepleien. Sykepleierne arbeidet ofte overtid på kveldstid, selv om dette varierte noe. Det er ingen ubesatte stillinger. Det er liten turnover hos det faste personalet, bortsett fra – som i de andre kommunene – at sykepleiergruppen er mest ustabil. Man driver aktiv omskolering av hjemmehjelpere til omsorgsarbeidere. Det er for få stillinger til å møte de økte kravene som følger utskrivningen fra sykehusene, særlig når det gjelder sykepleiere.

I Bygdeby oppga både ledere, lege og sykepleiere at den hjemmebaserte tjenesten i kommunen tidligere har vært god og hatt god kapasitet. I de senere årene har imidlertid antall brukere økt, og presset på hjemmesykepleien øker stadig. Det er behov for å styrke og omorganisere tjenesten for å dekke de økende behovene. Dette forklares med at andelen eldre i kommunen øker, spesialiserte langtidsinstitusjoner bygges ned, med påfølgende flere brukere med alvorlige psykiske lidelser, eller unge med alvorlige funksjonshemninger. Videre øker utskrivingspresset fra sykehuset. Kommunen har tidligere hatt god økonomi, men denne er nå dårligere. Dette fører til at økningen av brukergrupper ikke følges med økt antall stillinger. Der er nå kapasitetsproblemer, med for liten grunnbemanning og mangel på personell. Dette gjelder særlig sykepleierstillinger der det nå er vanskeligere å rekruttere enn tidligere. Tross et godt antall normerte sykepleierstillinger, er det

reelle tallet sykepleiere adskillig lavere. Mange sykepleiere er i permisjon. I likhet med Lilleby er det et problem med for lite fagpersonell i omsorgsboligene. Alarmtjenesten går som første valg til hjemmebaserte tjenester. Dette avbryter sykepleiernes arbeid.

Denne utviklingen har ført til økt tids- og arbeidspress for hjemmesykepleien, noe som igjen gjør det vanskelig å skape trygghet for brukerne. Det hender at hjemmebesøkene uteblir eller blir ustabile fordi man mangler personale. Videre klaget sykepleierne over at besøkene blir for korte og avbrutte. I likhet med de øvrige stedene har mangelen på pleiepersonell ført til at hjemmehjelpere i større grad utfører stell. Dette fører til klager på manglende hjelp til renhold. Mangelen på pleiepersonell har ført til økt antall avviksmeldinger, problemer med å registrere avvik, og et økt arbeidspress. Det sliter ned arbeidsmiljøet og fører til økende sykefravær. Tilsynslegen har sendt brev til helse- og sosialsjefen og påpekt at forsvarligheten trues av utilfredsstillende bemanningssituasjon i kommunenes pleie- og omsorgstjenester, men er bedt om å finne løsninger innenfor de eksisterende økonomiske rammene. Denne kommunen har tradisjonelt hatt en god tjeneste og har fortsatt høye ambisjoner for tjenestene. Slik sett representerer nødvendigvis ikke økte avviksmeldinger i denne kommunen en generell dårlig tjenestekvalitet i forhold til andre kommuner med langvarige problemer og nedjusterte krav til tjenestene. Allikevel skaper situasjonen med kapasitetsproblemer kombinert med høye kvalitetsstandarder frustrasjon og bekymring hos personalet.

7.2 Pasientenes helsetilstand

Hjemmesykepleien i de tre kommunene har alle en sammensatt brukergruppe med ulike behov, som krever en generell og variert kompetanse både hos sykepleierne og det øvrige pleiepersonalet.

Intervjuene bekrefter kartleggingsundersøkelsen, som viser at den største brukergruppen er eldre pleietrengende pasienter. Mye av arbeidsdagen er derfor knyttet til brukere som trenger hjelp til personlig hygiene og tilsyn med ernæring. Videre er det en god del pasienter som bare trenger hjelp til dosering av medisiner, hjelp til å ta medisiner og til sårstell.

Manglende ernæring synes å være et stort og generelt problem hos de eldre pasientene, også i hjemmesykepleien, og bekrefter kartleggingsundersøkelsen og spørreundersøkelsen på dette området.

En stor andel av pasientene er aleneboende eldre. De har store psykiske og sosial behov, fordi de kjenner seg ensomme eller utrygge. Mange har få pårørende og lite sosialt nettverk. Dette forholdet påpekes særlig i storbyen. Det ble påpekt at ensomhet og ernæring henger sammen hos flere av de eldre pasientene, og disse faktorene forsterker hverandre gjensidig. Det forekommer også vanskelige familiesituasjoner hos unge brukere, som for eksempel MS-pasienter. I Bygdeby oppgis det også at det er flere unge brukere med fysisk og psykisk funksjonshemming som har omfattende hjelpebehov og trenger mye bemanning.

Mange av pasientene bruker medisiner. De har varierte sykdomsbilder, og dette innebærer at hjemmesykepleien må forholde seg til mange ulike former for medisiner. Flere sykepleiere påpekte derfor at kunnskap om medisiner, deres virkning og bivirkning er viktig. Dosering av medisiner, og det å gi medisiner, synes generelt å være et stort arbeidsområde innen hjemmesykepleien, og tar en stor del av hjemmesykepleiens ressurser. Det å sette medisiner utføres i stor grad av sykepleiere, men dosering og utdeling gjøres også av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, evt. hjemmehjelpere med medisinkurs. I Storeby II er medisindosering satt bort til apotektjenesten. Dermed brukes sykepleiere i mindre grad til å sette faste medisiner.

Når det gjelder pasientenes sykdomstilstand, mente sykepleierne at det er en økende sykkelighet. Hjerne- og karsykdommer, sår, diabetes, slagpasienter, demens og ulike former for brudd på grunn av fall, er hyppige tilstander. I noen distrikter er utredning av smertetilstander, særlig i tilknytning til kreft, viktige oppgaver, men dette varierer. En av bykommunene har økt forekomst av tuberkulose på grunn av innvandrere. Sykepleierne fremhevet særlig det sammensatte sykdomsbildet hos pasientene; ” *Du har ikke bare demens: Du har hjertesvikt og nyresvik og diabetes. Det er ofte mange ting på en gang.* ” De eldre har ofte sammensatte sykdommer som er integrert i den totale fysiske og mentale svekkelsen. Tilstandene kan endres raskt, og fører til at det ofte oppstår akutte situasjoner som krever sykepleiefaglig vurdering, samtaler med eller tilsyn fra fastlegen eller legevakt. ” *For det er veldig ofte at det skjer akutte ting når man kommer ut (...) og da er det godt å ha gode fagfolk som kan vurdere og vite hva man skal gjøre. Det skjer ofte, nesten hver dag.* ”

Noen sykepleiere fremhevet at brukerne generelt er blitt dårligere og sykere de siste årene fordi de skal bo lengst mulig hjemme, og fordi det er vanskelig å få innlagt vedkommende i sykehus. Dette fører til mange pasienter der hjemmesykepleien må se til vedkommende 4-5 ganger i døgnet. Endringer i liggetiden ved sykehusene fører også til at en økt andel pasienter som utskrives fra sykehus med redusert allmenntilstand, der rekreasjonsfasen i større grad overlates til hjemmet og hjemmesykepleien.

Kreftpasienter er blitt en viktig gruppe innenfor hjemmesykepleien i alle distrikter. Noen av disse er svært syke, og det er mange oppgaver knyttet til å ivareta både pasienter og pårørende i sorg. Det ser ikke ut til at døende pasienter utgjør en stor andel av arbeidsdagen, sett i forhold til den store eldregruppen. Dette stemmer med kartleggingsundersøkelsen. Det ser imidlertid ut til at omfanget av kreft og døende varierer noe mellom kommunene. Særlig Lilleby fremhever dette som en viktig pasientgruppe, men at disse pasientene kommer i perioder.

Det ble fremhevet at kortere liggetid på sykehusene har endret pasientgruppen og ført til at arbeidet i hjemmesykepleien har endret karakter de siste årene. ” *Det er mye av det. Vi får ut mye rart. Det mye ting som aldri hadde vært ute for 10 år siden som er ute i dag. Det er altså pasienter med smertepumper og tekniske prosedyrer. Det virker som det bare blir mer og mer av slike ting. Og veldig mange terminale pasienter som ikke har vært ute før, de kommer gjerne ikke inn for den siste uken før de dør.* ”

Kortere liggetid har også ført til en økning i pasienter som trenger rehabilitering, særlig ved brudd og hjerneslag ” *...sykehusene har de mye kortere, og de har mye kortere og mindre tid for rehabilitering enn før.* ”

Mer sjeldne og spesielle sykdommer eller prosedyrer utgjør kun en mindre andel av hverdagen. I slike situasjoner får personalet spesiell opplæring og oppfølging fra sykehuset sin side. Dette kan dreie seg om spesielle former for sonder eller kateter, peritoneal dialyse eller respirator. (Opplæringen gies til både hjemmesykepleien og personalet ved sykehjemmene.)

Det ble påpekt i alle tre kommuner at personer med diagnostiserte psykiske lidelser utgjør en økende andel av pasientene. Det forekommer også en del pasienter med ” skjulte ” psykiske lidelser. I noen tilfeller har pasienten en blanding av psykisk lidelse og demens. Disse gruppene kan ha atferdsproblemer og/eller være mistenksomme. Dette gjør det vanskelig for hjemmesykepleien å slippe inn til brukeren.

Hjemmesykepleien oppgir å ha fått flere brukere med rusproblemer og sosiale problemer. Dette gjelder særlig i bykommunene. De beskriver også en ”ny” og voksende gruppe av pasienter som er unge med psykososiale problemer, og som er kombinasjonsmisbrukere av alkohol, piller og

narkotika. Denne gruppen oppleves som en vanskelig gruppe å møte. Det oppstår problemer knyttet til utagering og truende atferd. I tillegg opplever hjemmesykepleieren at de har lite kompetanse i forhold til denne problematikken.

I alle kommunene er en viktig del av sykepleiernes arbeid knyttet til helhetsvurderinger av pasientens tilstand eller hjemmesituasjon. Dette gjelder særlig ved tunge og kompliserte stell. Det fører til at en stor andel av sykepleiernes hverdag går til vurderingsbesøk og samtaler med pasienter og pårørende. Dette forsterkes av at liggetiden ved sykehusene er blitt kortere. En institusjonsleder mener dette fører til økt behov for sykepleieres vurderingskompetanse: *"Sykehusene ser ingen pasienter som helhet, de går rett på diagnose. Derfor er sykepleierne viktig da det er de som må se helheten og dra i trådene og ivareta hele mennesket"*.

Som en oppsummering kan man si at sykepleierne, på tvers av kommunene, opplever at det har skjedd en endring i brukergruppen i hjemmesykepleien, og at dette øker kravene til medisinsk- og sykepleiefaglig kompetanse. Sykepleiernes opplevelse av at pasientenes allmentilstand nå er dårligere, og at flere pasientene er mer pleietrengende, understøttes også av GERIX-statistikk som viser at pleietyngden økte blant hjemmesykepleiens pasienter gjennom siste halvdel av 90-tallet (Holmøy 2001). En av sykepleierne i Bygdeby beskrev utviklingen slik: *"Vi snakker jo ofte om når jeg jobbet her for 13 år siden, at vi den gangen tilbød fotstell til alle som ønsket det. I dag er jo ikke det noe vi gjør i det hele tatt. Fotpleie skal en fotpleier gjøre, og sykepleie utfører en sykepleier. Så brukergruppa har jo endret seg ikke bare i antall, men også i pleietilbud. Eller i massiv sykdom, kanskje. For 13 år siden så kan jeg huske nesten bare én pleiepasient. En slagrammet mann som vi var hos hver arbeidshelg. (...) De med stort pleiebehov de kunne ikke bo hjemme før, fordi de fikk ikke heldøgnsstilbud da. Så vi har merket endring ja."*

7.3 Kvaliteten på pasientivaretakelsen

I intervjuene fremkommer det ulike syn på kvaliteten på tjenestene som gis. Det er forskjeller både mellom sykepleiere og ledere innenfor samme distrikt, men også mellom kommunene. Dette kan bety at subjektive beskrivelser av kvalitet til en viss grad gjenspeiler "øynene som ser" og de kvalitetsstandarder som den enkelte legger til grunn. Ikke minst er dette tydelig i Storeby II, som vi skal komme tilbake til. Vi har her valgt å gjengi funn som fremkommer hos flere sykepleiere og ledere, og som da gjensidig bidrar til å bekrefte hverandre.

I Storeby I, Lilleby og Bygdeby ble det, både av ledere og sykepleiere, oppgitt at kvaliteten på tjenestene i hovedsak er forsvarlig, men at noen områder er vanskeligere å ivareta enn andre. Faglig uforsvarlighet og avvik "forekommer". Storeby I er mest fornøyd med tjenestene, sammenlignet med de andre kommunene. Også Bygdeby mener at de har en god tjeneste, selv om de for tiden har ressursproblemer. I Lilleby beskrev distriktslederen at de er "flinke" til å ivareta de generelle behovene hos brukerne, men at *"Det er tilfeller hvor vi ikke føler vi strekker til, og man føler at pasienten er for syk til å være hjemme."* Sykepleierne ved de fire tjenestestedene er positiv i sin karakteristikk av tjenesten de tilbyr pasientene, selv om kvaliteten på oppfølgingen av enkelte pasienter ikke alltid blir god nok. *"I det store og hele synes jeg at pasientene blir fulgt godt opp, men det er enkelte pasienter som ikke synes det."* og *"Sånn til daglig synes jeg at vi gjør en faglig forsvarlig jobb."*

I Storeby II var det større sprik i sykepleiernes vurderinger av kvalitet enn i de andre kommunene. Dette henger trolig sammen med den spesielle organiseringen av sykepleierne. Som i en undersøkelse av sykepleierpool-ordningen i sykehjem (Harsvik mfl 2002), finner vi her at sykepleiernes vurderinger i stor grad følger sykepleiernes syn på sykepleiefaget og aksept av organisasjonsmodellen. Sykepleierne som aksepterte og trivdes i en mer avgrenset sykepleierrolle, mente at

sykepleietjenesten var forsvarlig. Samtidig tok de muligens mindre stilling til, eller ansvar for, utførelsen av pleien og tilbakemeldingene fra det øvrige pleiepersonalet. Dette fordi det ikke ble regnet som deres arbeidsområde, men også for å beskytte seg mot arbeidsoppgavene gitt den lave sykepleierdekningen. Sykepleierne som i større grad forsøkte å innlemme den tradisjonelle sykepleierrollen, som fremhever betydningen av sykepleieres deltakelse i pasientarbeid, mente på sin side at kvaliteten på tjenestene ikke var forsvarlig. Disse sykepleierne synes også å være mer frustrert og overbelastet. Dette kan skyldes at de i mindre grad klarte å avgrense seg fra arbeidsoppgavene fordi de opplevde at tilstedeværelsen hos pasientene var nødvendig for pasientivaretakelsen. Den lave sykepleierdekningen innebærer at ivaretakelse av pasientene og kvalitet på tjenestene i stor grad hviler på at det øvrige pleiepersonalet gir tilbakemeldinger om pasientene til sykepleierne. Noen sykepleiere mente at dette var tilfredsstillende for å ivareta kvaliteten. Andre fremhevet at det var vanskelig å uttale seg om kvaliteten, da de ikke er tilstede hos de enkelte pasientene.

Tross positive uttalelser om tjenestenes kvalitet, skaper opplevelse av knapphet på tid og strenge krav til prioriteringer frustrasjon og fortvilelse blant sykepleierne. Dette gjelder ved alle fire tjenestesteder. Selv om flere sykepleiere mente de klarer å demme opp for alvorlige negative konsekvenser for pasientene, viste mange også til nedsatt kvalitet på den etablerte (og dermed kontinuerlige) praksisen på ulike områder, og som de da beskrev som å "bli halvveis" og at det "skjer glipper" når arbeidspresset blir stort. Sykepleierne klarte imidlertid å ivareta kvaliteten på tjenestene ved å strekke seg. Kapasitetsproblemene trenger da ikke ta form som et kvalitetsproblem, men som et arbeidsmiljøproblem: "Jeg tror det går mer på at man reiser hjem og føler at man har brukt opp kanskje tyve prosent mer av deg selv enn du hadde gjort enn hvis dagen hadde vært mer romslig og du kanskje kunne hatt to sykepleiere til og delt på de tingene du tok alene."

Også hjemmesykepleien kjennetegnes av at tjenesten kan beskrives som "marginal" der man "gjør ting som grenser til det faglig uforsvarlige" som sykepleierne selv beskrev det, og det oppstår situasjoner som sykepleierne mente var prinsipielt faglig uforsvarlig selv om alvorlige konsekvenser ble unngått. Dette fører ofte til samvittighetskvaler hos sykepleierne, og skaper redsel for å gjøre feil. Samtidig kan også sykepleierne i hjemmesykepleien være usikre på "hva som er godt nok". Dette gjelder særlig ivaretakelse av mer generelle sosiale behov, som ensomhet og utrygghet. Det er derfor en diskusjon blant sykepleierne i de tre kommunene om hvor grensene for hjemmesykepleiens ansvarsområde skal være på disse problemområdene, og hva som skal overlates til samfunnet for øvrig eller til pårørende.

Grunnleggende stell og ernæring

I alle kommunene ble det både i hjemmesykepleien, så vel som i sykehjemmene, fremhevet at det var de fysiske behovene og medisinske prosedyrene som ble prioritert i hverdagen. Det var noe varierende oppfatning av kvaliteten på stell til pasientene. På den ene siden er dette prioriterte oppgaver i hjemmesykepleien, og dermed lettest å ivareta. På den andre siden er dette oppgaver som i stor grad blir utført av ufaglærte. I likhet med sykehjemmene var også her sykepleierne bekymret for kvaliteten på pleiarbeidet, og mente at ufaglærte "utfører oppgaver de ikke har forutsetning for å gjøre."

Et annet viktig område som ble fremhevet som vanskelig å ivareta på en god måte, var ernærings-tilstanden til pasientene. Dette stemmer med kartleggingsundersøkelsen. Manglende ivaretakelse av ernæringsstilstanden fører til vektreduksjon og avmagring. Problemet hadde ofte sammenheng med at personalet ikke har tid til mating, eller til å sitte sammen med vedkommende. Maten ble satt frem til brukeren, som så ble forlatt. Personalet mistet dermed oversikt over hva brukeren har spist. Særlig demente pasienter kan da glemme å spise.

Psykososiale behov

Alle informantene var enige om at det er vanskeligst å ivareta de psykososiale, og da særlig de sosiale, behovene på en kvalitetsmessig god måte. Disse behovene blir først nedprioritert i en travel hverdag. I Storeby I var det derfor ønske om flere dagsenterplasser. Ivaretakelsen av mer generelle psykososiale behov, som ensomhet, ble i mindre grad knyttet til formalkompetanse. Det ble fremhevet at hyggelige og imøtekommende hjemmehjelpere var vel så viktige for de ensomme brukerne. Det er imidlertid viktig å sikre gode holdninger hos personalet. Behovet for personell med særskilt psykososial kompetanse ble først og fremst knyttet til tilbud til kreftsyke og døende, behovet for informasjon, og konfliktsituasjoner med brukere der profesjonell kunnskap om kriser, psykiske lidelser, kommunikasjon og relasjoner er av stor betydning.

Uteglemte besøk

I alle kommunene ble det oppgitt at det kan skje glipper der hjemmesykepleien glemmer pasienter, eller kommer for sent til avtalt tid. Dette ble allikevel ikke omtalt som et stort og omfattende problem ved tjenestene, bortsett fra i Bygdeby.

For lite kontinuerlig tilsyn

I alle kommunene ble det fremhevet at problemet med kvalitet på tjenestene i like stor grad handler om den tiden hjemmesykepleien *ikke* er tilstede hos pasienten, men der pasientene har behov for besøk eller for kontinuerlig tilsyn. Særlig i Bygdeby kunne det være vanskelig å følge opp pasienter på grunn av de store avstandene i kommunen. Dette gjelder særlig demente, brukere med store pleiebehov, med ernæringsproblemer, psykiske lidelser eller andre psykososiale problemer. I Lilleby ble det særlig fremhevet at mangelen på sykehjems plasser og aldershjem, og tidlig utskrivning fra sykehus, fører til at brukerne er for syke til å være hjemme. I tillegg ble det påpekt som et problem at sykehusene sender ut pasienter som har for dårlig allmentilstand. *”Det er de ganger vi får sendt hjem brukere som vi får lagt inn dagen etter, og hvor vi har sagt i fra at den brukeren er for dårlig, for eksempel vandrer på natten og vi har ikke mulighet til å få fulgt den opp. Da tar ikke vi ansvaret. Og hvor de sier at dette går så fint, og så får vi vedkommende inn neste dag med hoftebrudd, påkjørt av en bil eller et eller annet.”*

Det å forlate brukeren kan til tider oppfattes som å redusere kvaliteten på tjenestene eller i verste fall som faglig uforsvarlig. *”Det kan være at de ikke husker å spise selv om vi har satt frem mat. De roper etter far og mor, er dement og vandrer ute om natta. Nattvakten skal kjøre innom et par ganger om natten, men når pasienten er forsvunnet, det oppleves tilslutt uverdig. (...). Det er klart når man ikke vet hvem noen er og du kjenner deg ikke igjen i ditt eget hjem, du hører stemmer, noen sitter i stolen din, mister sigaretter i gulvet, alt dette baller på seg og de er fare for seg selv og andre.”*

Terminal pleie

I distriktene var man generelt fornøyd med kvaliteten på ivaretakelsen av terminalpasienter dersom smertebehandlingen ble ivaretatt på en tilfredsstillende måte. I Lilleby ble det fremhevet av noen sykepleiere, at tidspresstet kan føre til at den psykiske omsorgen for kreftpasienter og døende i for liten grad ble fulgt opp.

Psykiske lidelser

Det synes å være ulike oppfatninger om hvor godt pasienter med psykiske lidelser blir ivaretatt. I noen av distriktene mangler de både kompetanse og muligheter til å følge opp gruppens mer spesielle behov. I andre distrikter, særlig i Storeby I og II, oppgis ikke dette som et stort problem. Der fungerer ordningen med psykiatrisk sykepleier og samarbeidet med DPS godt.

Medisinsk behandling og sykepleiefaglige prosedyrer

Det framkom forskjellige oppfatninger om kvaliteten på ivaretagelse av de mer spesifikke medisinske behovene. Sykepleierne oppga at oppgaver knyttet til konkrete medisinske og sykepleiefaglige oppgaver, som for eksempel diabetes, i hovedsak ble ivaretatt på en tilfredsstillende måte, selv om feil kunne forekomme. Områder som kan være utsatt for svikt, er medisinerings, sårstell eller mer spesielle sykepleieprosedyrer som nefrostomikateter. I tillegg kan mer vanlige prosedyrer, som kateter og kateterstell bli for dårlig fulgt opp av de ufaglærte. Dette skal vi komme tilbake til.

Smerter

Sykepleierne oppga at oppfølging av smertetilstander hos pasienter i mange tilfeller var god, men at den også kan ha varierende kvalitet. Denne oppfølgingen er avhengig av samarbeid med fastlegene. *"Dette med smerter, det er litt om og men. Der er samarbeidet med legen viktig for om det er godt eller dårlig. Det kommer an på om vi får snakket med legen eller får til en dialog, det er ikke alltid lett."*

Observasjoner og vurdering

Observasjoner av tilstand og gjennomføring av de tiltak som blir utført overfor den enkelte bruker er et annet viktig område der kvaliteten i oppfølgingen kan svikte. I intervjuene var sykepleierne mindre fornøyd med hvordan nødvendige observasjoner av pasientens tilstand er ivaretatt enn det fremkommer i kartleggingsundersøkelsen. Dette omhandler også oppfølging av de observasjoner som er blitt gjort, og for sen rapportering av observasjonene. *"Ikke noe alvorlig, men noe som du synes er litt alvorlig allikevel uten at det er fare for liv og helse. Men altså sånn i forhold til kateter at det har vært hjemmehjelpere, ikke for å rakke ned på noen, men som ikke vet hvor viktig det er å observere farge, lukt osv. Hvor du kanskje kommer og ser at her er det jo en tydelig urinveisinfeksjon. Og hvor du lurer på hvor mange dager har dette her pågått uten at jeg har visst det, og så begynner du å tenke litt sånn. Så slike ting kan det være."* Dette har nær sammenheng med svikt i dokumentasjons- og rapporteringsrutinene, og kan i visse tilfelle føre en forverring av tilstanden.

Ut fra sykepleiernes beskrivelser kan det synes som det er lettest å ivareta de innledende sykepleiefaglige vurderingene av pasientene. Dette utgjør en stor andel av sykepleiernes hverdag og er en høyt prioritert oppgave. Det er særlig kvalitetssikringen av *utførelsen* av sykepleien som er sårbar innenfor hjemmesykepleien. Dette forsterkes av at personalet ofte arbeider alene, og at det kan gå lenge mellom hver gang en sykepleier kommer innom pasienten. De er dermed avhengige av spørsmål, rapporter eller bekymringsmeldinger fra det øvrige personalet. Denne dynamikken, og sårbarheten i kvalitetssikringen, er særlig synlig i Storeby II hos de sykepleierne som i liten grad er i direkte pasientkontakt. *"Det er kanskje oppfølgingen. Nå tenker jeg på en enkel sak som sårstell, og hvor såret liksom utvikler seg. Du må jo stole på hjelpepleierne, på rapporter (...). Når det er helt nye sår så kommer man og vurderer, gjør et sårskjema og setter igang prosedyren. Etter det er det veldig mye opp til hjelpepleierne å følge opp."* På spørsmål om hjelpepleierne får nok opplæring og veiledning til å ivareta dette, svarer sykepleieren: *"Ja, det får de sikkert... De får jo, ja nesten nok. Det er jo klart at på visse områder skulle man hatt litt mer, men det er også veldig opp til hjelpepleierne selv å komme med ønsker, og si; "Hei, nå trenger jeg hjelp her". Jeg kan ikke vite det. Det er umulig for meg å ha oversikt. Det eneste vi har oversikt på det er jo når det gjelder medisin håndteringen. Der har vi en viss prosedyre med praktisk opplæring. Den biten vet jeg. Men når det gjelder andre ting vet jeg ikke, da må de huske å gi tilbakemelding om at her vil de ha hjelp."*

Rehabilitering og oppfølging etter sykehusopphold

I hjemmesykepleien i alle kommunene fører endringene i sykehusenes arbeidsmåte til økt andel pasienter med rehabiliteringsbehov. De har mange eksempler på pasienter med brudd, men særlig slagpasienter. En enhetsleder sier: *"Veldig dårlig i vår bydel. Vi har ingen rehabiliteringsplasser i vår avdeling og det er det vi savner mest"*. En annen påpeker: *"Men det er jo mye i forhold til rehabilitering også, fordi du kan jo si at de er medisinsk ferdig behandlet, men de har jo ikke fått noen rehabilitering på sykehuset. Det å ta de hjem i hjemmetjenesten da, det er ikke alltid like lett å gjøre."* Selv om hjemmesykepleien er flinke til å vurdere behovet for hjelpemidler, kan mangel på rehabiliteringsplasser, kompetanse og tid til å følge opp disse brukerne føre til at den spesialiserte oppfølgingen av pasientene svikter. Pasientene risikerer dermed en unødig funksjonsreduksjon.

I Storeby II kan det synes som redusert sykepleierbemanning fører til at medisinsk behandlingstrende pasienter blir vanskeligere å ivareta i hjemmet: *"Men det som kanskje kan være vanskelig for å få ting til å gå rundt, det er jo når vi får ekstra dårlig folk fra sykehusene... for eksempel., altså kreftpasienter skal ha litt spesiell pleie. Da er det ikke så lett å legge til rette et så bra tilbud som kanskje skulle vært ønskelig. Men det også er jo i perioder. Det kan jo være at du får en bruker som belaster hjemmetjenesten. Belaster sier jeg, fordi den trenger masse fagfolk som man ikke har."* Dette fører også til at det settes strenge grenser for å ta imot pasienter fra sykehusene, da de ikke har mulighet for å ivareta disse pasientene godt nok. *"Vi har blitt flinke til å sette bremsen på, for vi er jo ikke noen akutt-tjeneste egentlig. Vi kan jo føle oss sånn av og til når vi får de henvendelsene fra sykehuset her, om at folk skal fort ut og skal sette igang med det ene tiltaket etter det andre. Mange ganger så må vi si nei til det der fordi vi ikke har kapasitet, eller at vi benytter oss av andre kanaler. Altså, vi benytter oss mye av korttidsopphold..."* Dette distriktet benytter da korttidsplassene som en viktig ressurs for å ivareta mer behandlingskrevende pasienter fra sykehusene. Siden korttidsplasser nå skal legges ned, var sykepleierne bekymret for hvordan de da skal klare å følge opp pasientene på en tilfredsstillende måte innenfor hjemmesykepleien.

Omsorgsboliger

I Lilleby og Bygdeby fremheves det også at de som bor i omsorgsboligene er så syke at de har behov for faglært personell. Dette fremkommer ikke som et tilsvarende problem i Storeby I og II, selv om det også her understrekes at beboerne i omsorgsboligene kan ha tunge og omfattende problemstillinger. Mangelen på faglært personell i omsorgsboligene har i Lilleby og Bygdeby ført til at hjemmesykepleien ikke har tilstrekkelige ressurser til å følge opp disse brukerne på en faglig tilfredsstillende måte. Dette fører også til økt arbeidsbelastning og/eller gnisninger mellom yrkesgruppene. Dette er særlig synlig i Lilleby hvor sykepleierne generelt har et hardt arbeidspress og et stort arbeidsområde. *"Jeg synes det er latterlig at en plass med 34 omsorgsboliger med veldig syke folk, mange burde vært på sykehjem, det at de skal ha ufaglærte til å gå rundt der det synes jeg er faglig uforsvarlig. Jeg har vært i så mange situasjoner som er halvfarlige og farlige, og der er det vi som må redde skinnen deres. I stedet for å ansatte en sykepleier som kunne gått på dag... Ville ikke ha kostet mange tusen i året. Det er en latterlig måte å spare penger på, det er en stor belastning på oss. Det skaper en del gnisninger mellom yrkesgruppene også slik som vi har det nå, jeg oppfatter de som masete samtidig som vi ikke kan sette så store krav. De har ikke kompetanse til å skjønne alvorret i alle situasjoner."*

Oppsummerende kan vi si at kvaliteten på tjenestene i hovedsak oppgis å være tilfredsstillende, men at det forekommer områder eller tilfeller med pasienter hvor man mener kvaliteten kunne vært bedre, eller hvor den faglige forsvarligheten ikke ivaretas tilstrekkelig.

7.4 Organisatoriske forhold som påvirker kvaliteten på tjenesten

Under dette punktet skal vi se på faktorer som ledelsen, legene og sykepleierne mente har betydning for kvaliteten på tjenestene. Både strukturelle rammefaktorer, forhold av intern organisatorisk karakter og forhold knyttet til samarbeidspartnere synes å ha betydning for om tjenesten og arbeidsforholdene ble opplevd god eller dårlig. Som i sykehjemmene, synes disse faktorene å samvirke i et komplisert organisatorisk samspill.

7.4.1 Tidspress

Opplevelsen av tidspress er en sentral faktor som sykepleierne fremhever som årsak til at de ikke får ivaretatt brukerne på en kvalitetsmessig god måte. Tidspresset kan føre til at de ikke rekker avtaler med brukerne, at de må skynde seg under hjemmebesøket, eller ofte avbryte besøkene. Dette går som nevnt særlig utover brukernes psykososiale behov og ernæringstilstand. Det fører videre til for overfladiske observasjoner, der det kan forekomme at sykepleierne ikke vurderer tilstanden alvorlig nok, og at andre, for eksempel pårørende, finner at pasienten er sykere enn oppgitt. I distrikter hvor sykepleierne er involvert i stell i større grad, som i Bygdeby, fører dette til at sykepleierne blir forstyrret i gjennomføringen av stellet til pasientene. I tillegg fører det til at papirarbeid, og da særlig dokumentasjon- og rapporteringssystemet nedprioriteres.

7.4.2 Grunnbemanning og sykepleierbemanning

Sykepleierne knytter tidspress og manglende pasientivaretagelse til forhold ved grunnbemanningen, og til sykepleierbemanningen spesielt. Det etterspørres flere stillinger, men også mer personell med sykepleiefaglig kompetanse på ulike nivå. Dette har trolig sammenheng med at både pleiebehovene, de medisinske behovene og hjelp til praktisk bistand synes å være store. Økningen i antall brukere med pleiebehov har ført til at stadig flere ufaglærte trekkes inn i hjemmesykepleiens virksomhet.

Alle distriktene har behov for flere sykepleiere. Dette er imidlertid mindre tematisert i Storeby I hvor de oppgir å ha et tilstrekkelig antall sykepleiere i personellgruppen, bortsett fra i helgene. Selv om det kan være vanskelig å foreta reelle sammenligninger mellom tjenestestedene, kan det synes som det er store variasjoner i bemanningssammensetning i de fire distriktene når det gjelder den samlede bemanningen i tjenestene. Hovedsakelig skyldes dette noe ulik organisering, og da særlig ulik grad av integreringen mellom hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten. Dette medfører at tjenestestedene utnytter personalressursene i hjemmehjelpstjenesten i ulik grad.

Dersom vi ser på sykepleierbemanningen finner vi på basis av tjenestenes bemanningsoversikt at antall sykepleierstillinger i forhold til antall innbyggere i det området tjenestene skal dekke, varierer fra 470 til 2500 innbyggere per sykepleier. Det er flest sykepleiere per innbygger i Bygdeby, og færrest i Storeby II. Ser vi på antall sykepleiere i forhold til antall pasienter, dvs antallet med sykepleievedtak, finner vi også her store variasjoner. Dersom man inkluderer sykepleiere i lederstillinger, ser vi f.eks. at det i Bygdeby er ca 10 pasienter per sykepleier, mens det tilsvarende tallet i Storeby II er 46.¹⁸ Dersom vi ser på antall besatte sykepleierstillinger, vil denne forskjellen forsterke seg ytterligere. I likhet med tidligere undersøkelser finner vi her (Harsvik mfl 2002) at det reelle tallet på grunnbemanning og sykepleierbemanning avviker fra oppgitte tall på grunn av permisjoner og sykemeldinger. Dette gjelder særlig i Bygdeby. De store tallmessige variasjonene i sykepleierdekning gjenspeiles ikke direkte i sykepleiernes opplevelse

¹⁸ Befolkningssammensetningen vil imidlertid kunne være noe forskjellig, og med dette behovet for hjemmesykepleietjenester. De forskjellige kommunene og bydelene vil også kunne variere noe mht organiseringen av ulike kommunale tjenester, slik at tjenestene vi sammenligner ikke nødvendigvis har helt identiske oppgaver og ansvarsområde.

av arbeidspress eller muligheter for å følge opp pasientene på en god måte. Hva dette skyldes er uklart, men det viser hvordan sykepleierbemanningen trolig også har nær sammenheng med tjenestens organiseringsmåte og totale ressurstilgang.

Samtidig ser vi en mer vedvarende usikkerhet i alle distriktene. Denne er knyttet til det organisatoriske problemet med udekket bemanning i helgene og ved avvikling av ferier. Bemannings-situasjonen på kveld- og helgetid beskrives i all hovedsak som utilfredsstillende. Ved flere steder er det kun én sykepleier på vakt på kveld- eller helgetid. En sykepleier kan også være alene med ansvaret for flere grupper/soner enn den man selv tilhører. Dette medfører et ansvar også for pasientgrupper man selv er relativt lite kjent med. Antallet pasienter kan da være inntil ca 500. En av sykepleierne kommenterte dette slik: *"Det er absolutt ikke forsvarlig slik det fungerer her. De som har vurdert antall sykepleiere her har ikke tatt med i betraktningen at det kan bli ubesatte stillinger og sykefravær. Og det blir det jo."*

Sykepleierne var svært opptatt av sykepleierdekningen ved arbeidsstedet. Både ledelsen og sykepleierne ønsket flere sykepleiere. Samtidig ble det fra ledelsen, og til dels også av noen sykepleiere, påpekt at det var vel så viktig å styrke øvrige personellgrupper.

I Storeby I fremhevet sykepleierne at en god og tilstrekkelig sykepleierdekning er av stor betydning for arbeidsmiljø og trivsel, men også for kvaliteten på tjenestene. God sykepleierdekning vil lette muligheten for å utveksle faglige vurderinger i en oppstykket hverdag med mange ulike brukergrupper. Det synes her å være et eksempel på den selvforsterkende tendensen i rekrutteringsproblematikken som mange av sykepleierne peker på; *"Å ha nok sykepleiere er viktig for å rekruttere sykepleiere"*. Det er mer attraktivt å ta seg jobb i tjenester der det er et visst antall sykepleiere fra før, og sykepleierne trives når det sykepleiefaglige nivået er høyt, som i Storeby I: *"Det (sykepleiefaglige nivået) er veldig høyt og det er deilig å jobbe med så mange fagpersoner. Jeg har vært vant til å være den eneste sykepleieren. Jeg har aldri hatt problemer med å jobbe med andre, men du blir veldig alene. Det blir mer spennende med diskusjonene våre og man får en faglig input fra de andre. Man kan spørre om det er noe man lurer på, eller komme med forslag."*

7.4.3 Arbeidsfordeling, ufaglærte og bruk av yrkesgruppenes kompetanse

I alle kommunene har hjemmehjelpen og pleieassistenter i økende grad overtatt pleieoppgaver fra hjemmesykepleien. *"De er inne i stell som det for ti år siden var mange hjemmehjelpere som sluttet fordi de måtte gjøre."* Denne tendensen forsterkes i de distriktene der mangelen på faglært pleiepersonell er større, og i Storeby II der utvidelsen av hjelpepleiernes ansvarsområde på grunn av enhetspsykepleien har ført til økte pleieoppgaver for hjemmehjelpen. Årsaken til denne tendensen er usikker, men det kan skyldes at sykepleierne i hjemmetjenesten i økende grad har fått oppgaver knyttet til medisinsk oppfølging, vurderinger av pasienter, medisiner, sykepleiefaglige prosedyrer og papirarbeid til en større andel brukere.

Det synes som denne utviklingen fører til en diskusjon blant sykepleierne i hjemmesykepleien om sykepleierbemanningen, utformingen av sykepleiernes rolle og arbeidsdelingen mellom sykepleierne og det øvrige pleiepersonalet. Sykepleierne er bekymret over den økte andelen ufaglærte i hjemmesykepleien. På samme måte som i sykehjemmene, mener de at den store andelen ufaglærte fører til redusert kvalitet på tjenestene. Dette sier både sykepleiere med hjelpepleierutdanning og enhetsledere som er hjelpepleier selv: *"Hadde vi vært tre sykepleiere, så tror jeg at de hadde hatt rimelig god oversikt, og hatt muligheten til å ta de oppdragene som vi får i enheten da. Det tror jeg. Men så er det hele tiden det samspillet med hjelpepleierne, for de er jo veldig avhengig av å ha hjelpepleierne på plass. Det jeg ikke synes er bra, skal jeg si noe om det også, det er faktisk at hjemmehjelperne utfører en så stor del av pleieoppgavene, som*

hjelpepleierne må overlate til dem. For der ser vi at de har ikke samme forutsetning for å gjøre det. Noen kan være gode på det, på grunn av kurs eller personlige egenskaper som gjør at de faktisk kan være den beste til å utføre mange tjenester. Men det er den helhetlige omsorgen som blir borte."

Selv om sykepleierne roser mange av hjemmehjelperne for deres evner og innsats, er de bekymret over å overlate så mange av pleieoppgavene til ufaglærte hjemmehjelpere som drar alene til pasientene. Opplæringen er ofte ikke på mer enn tre dager, og mange er usikre på om de er i stand til å takle de sammensatte oppgavene i pleien. Ikke minst er de usikre på hvilke observasjoner hjemmehjelperne gjør, og om de har grunnlag for å vurdere hva som bør rapporteres; *"De kan ikke observere på samme måten, ikke sant. De vet ikke hva de skal se etter. Har ikke kunnskapene for å gi tilbakemeldinger i forhold til sykdomstegnene. Mange varsler om mange ting, men kanskje mange ting som ikke er så nødvendig. Så de viktige tingene kan bli borte. De kan jo ikke lastes for det. Men det er en sånn konsekvens av...Ja, det er sånn det er rett og slett."*

Sykepleierne er også bekymret over hvordan pleien blir utført siden de mangler mulighet til å forhindre at det gjøres feil på grunn av at hjelperne arbeider så selvstendige. *"Det skjærer meg i hjertet...(...) Og det har jo vært episoder med assistenter som i hvertfall har tatt på seg blæreskylling og gått så langt over kompetansenivået sitt...eller som ikke har sett behovet for tannpuss til en pasient som de går til dag etter dag og ikke har kunnskap til å rapportere at tiltak ikke er utført, og som da ender med tannkjøttbetennelse. (...) Hvis du som ansvarlig sykepleier for en arbeidshelg tillater å sende en assistent til et hjem der det trengs sykepleierkompetanse, ja da misbruker vi kanskje assistentene også. Vi sender dem på oppdrag og erstatter dem uten at de kan noe om det. Og det er farlig."* Som sitatet illustrerer, er sykepleierne ikke bare bekymret for ivaretagelsen av pasienten, men også for den rollen de setter den enkelte hjemmehjelperen i.

En stor andel ufaglærte i tjenesten medfører økt arbeidsbelastning for sykepleierne, både på grunn av behovet for opplæring, veiledning, utrykning, og på grunn av økt behov for aktiv innhenting av informasjon om pasientene. Dette fremholder særlig sykepleierne i Lilleby. Der er det mange telefonhenvendelser fra ufaglærte og besøk i omsorgsboligene, særlig om kveldene. Dette fører til irritasjon hos travle sykepleiere, selv om de har forståelse for at henvendelsene bidrar til kvalitetssikring. *"Jeg føler at det kan være litt unødvendig. Senest i dag hadde jeg en pasient med hovne bein og med tung pust, da jeg kom opp mente jeg det var klart at han trengte legetilsyn. Jeg ringte legen og fikk ordnet det. Men det var veldig unødvendig for det var folk innom han og hadde morgenstellet som kunne ha ringte legen. Det er vanskelig for meg å ta en vurdering per telefon når de sier han er slapp og dårlig og da går jeg for å se på pasienten selv. Men jeg skjønner også deres syn for de vet ikke hva de skal gjøre, så jeg forstår de selv om jeg synes det blir unødvendig."*

Det oppstår særegne problemstillinger knyttet til bruk av ufaglærte i hjemmesykepleien. For det første er det vanskeligere for sykepleierne (og muligens også for hjelpepleierne) å ha kontroll over *utførelsen* av pleien. Fordi man jobber selvstendig og har dårlige rapporteringssystemer, forsterkes dette problemet. Det blir også opp til den enkelte å vurdere kvaliteten på pleien. Kvalitetssikringen individualiseres dermed i større grad enn når tjenestenes kvalitet sikres mer på systemnivå. Dette gjør at systemet blir svært avhengig av kompetansen og de personlige kvalitetene til den enkelt ansatte. I tillegg er det uklart hvem som skal ha opplærings- og veiledningsansvaret for hjemmehjelpere som trekkes inn i hjemmesykepleien når disse to tjenestene er adskilt. I alle kommuner oppgis det at opplærings- og veiledningsbehovene er større enn veiledningskapasiteten, selv om man har begynt å omskolere hjemmehjelpere til omsorgsarbeidere.

I alle tre kommunene fører presset på sykepleierne i hjemmesykepleien til en diskusjon om utformingen av sykepleierrollen. Dette er mest tydelig i Storeby II, på grunn av omorganiseringen, og i Lilleby, på grunn av arbeidspresset. I disse to distriktene forsvarende sykepleierne en mer avgrenset sykepleierrolle som er rettet mot sykepleieprosedyrer, vurderinger og papirarbeid. I Bygdeby og Storeby II fremtvinger arbeidspresset også, om enn i mindre grad, en mer spisset sykepleierrolle enn tidligere. Dette innebærer at sykepleierne deltar i stell i mindre grad enn før. Selv om noen sykepleiere opplever stell kjedelig, eller å ikke tilhøre sykepleiernes arbeidsoppgaver, er denne utviklingen uønsket av mange sykepleiere. Dette skyldes at disse sykepleiernes arbeidsglede er knyttet til relasjonen med pasienten gjennom stellet. De opplever at direkte pasientkontakt er nødvendig for å gjøre tilstrekkelige observasjoner av pasientens behov og tilstand, og for å ha kontroll på utøvelsen av sykepleien. Mangel på kontinuitet i ivaretagelsen av den enkelte pasient reduserer sykepleiernes mulighet til å nyttiggjøre seg sin *vurderingskompetanse*. Vi ser også uttrykk for en indre konflikt hos noen sykepleiere rundt spørsmålet om nødvendigheten av å være tilstede hos pasientene for å kvalitetssikre sykepleien.

Flere sykepleiere fremholdt at de sykepleiefaglige oppgavene er integrert i det praktiske stellet av pasientene, og kritiserte sykepleieforståelsen i ledelsen og i kommuneadministrasjonen, der sykepleieren skal avgrense seg fra stell og lignende. Dette mente de sjelden fungerer effektivt fordi det motvirker fleksibel bruk av personellressursene og motvirker god sykepleie. Utformingen av sykepleierrollen i hjemmesykepleien er dermed uklar, noe som gjenspeiler generelle tendenser innenfor kommunenes pleie- og omsorgstjeneste. Det synes også som sykepleierne selv er splittet i synet på sykepleiefagets funksjoner og oppgaver, og hvordan deres rolle skal utformes på best mulig måte.

7.4.4 Samarbeidet med fastleger og legevakt

Fastlegene er i mange tilfeller en nær samarbeidspartner for hjemmesykepleierne. Sykepleiernes arbeidsform, der de deler av dagen er på pasientbesøk, fører til at det er viktig at legene er tilgjengelige. *"Det blir praktisk kronglete for oss å drive og prøve å få tak i legene når vi farer mye rundt."* De tjenestene som har etablert faste samarbeidsmøter med fastleger verdsetter denne ordning. Fastlegene er imidlertid noe delte i synet på dette. De mener dette tar for mye tid fra andre pasientkonsultasjoner.

Sykepleierne vurderer legenes oppfølging av pasientene som *"delvis bra"*. De ulike tjenestestedene, og også de enkelte sykepleierne, beskriver samarbeidet med fastlegene og med legevakt ulikt. Det er store individuelle forskjeller mellom fastlegene. Dette synes å gjøre det vanskelig for sykepleierne å gi en samlet vurdering av samarbeidet med dem. Sykepleierne beskriver alt fra fastleger som fungerer utmerket, til fastleger der samarbeidet og oppfølgingen er så dårlig at sykepleierne mener det er faglig uforsvarlig, for eksempel ved akutte tilstander. Manglende tilgjengelighet til fastlegene fremstår generelt som et problem. *"Det har jeg opplevd at de har meldt bekymring og behov til legen som ikke tar det på alvor. Også blir det plutselig veldig alvorlig og akutt og da må vi få lagt inn folk på grunn av at legen ikke tar seg tid til å komme hjem til pasienten. Hvilke problemer har det vært? (intervjuer) Det har blant annet vært blodpropp, som kan være ganske alvorlig. Enkelte aleneboere som spiser lite og blir magre, de har hatt mange bekymringstelefoner til lege og bedt om å få pasienten på et opphold. Det virker som om de må bli kjempesyke for å få dem inn."*

Sykepleierne opplever at det særlig for demente pasienter kan være vanskelig å få gehør hos legen. Dette forklarer de med at legen foretar relativt korte besøk hos pasienten. Legen ser ikke nødvendigvis hvor forvirret og glemsk pasienten er, og hvilke konsekvenser dette kan ha, for eksempel for pasientenes ernæringsstilstand.

Betydningen av et godt og nært samarbeid med legene trekkes også fram i forbindelse med pasienter som har mye smerter. Det skaper store frustrasjoner hos sykepleierne dersom de opplever at legen er vanskelig tilgjengelig for disse pasientene.

Overgangen til fastlegeordningen representerte i en periode en noe uoversiktlig legesituasjon i noen kommuner. Hjemmesykepleierne møtte pasienter som var usikre på hvem som var deres lege. Etter overgangsperioden kan det synes som om fastlegeordningen har fått ulike konsekvenser for hjemmesykepleiernes samarbeid med legene. Noen steder har det blitt vanskeligere å få legetilsyn ved behov på dagtid, mens andre steder har dette blitt lettere. I noen distrikter har det vært et problem å få tak i fastlegen ved akutte tilstander på dagtid. *"Ja, på noen områder har det blitt vanskeligere. Tidligere hadde man alltid en lege som hadde ansvarsvakt. Og nå er det opp til om legen har tid og mulighet. Som oftest er de overarbeidet eller bortreist på kurs eller møter. Man skal være ganske dårlig for å ringe 113 og be om ambulanse. Jeg synes det er noe som er bekymringsfullt mange ganger."*

Sykepleierne føler seg i all hovedsak trygge på at de får skaffet legevakthjelp til pasientene ved akutte behov, men samtidig kan dette kreve at de må argumentere hardere enn de selv synes burde vært nødvendig. Også her har sykepleierne ulike erfaringer ved de ulike tjenestestedene.

7.4.5 Samarbeidet med sykehjem og sykehusene

I hovedsak beskrives samarbeidet med sykehjemmene som godt, selv om sykepleierne oppgir at det er for vanskelig å få dårlige pasienter inn i sykehjemmet. Samtidig er de klar over kapasitetsproblemene ved sykehjemmene.

Sykepleierne beskriver samarbeidet med sykehuset som noe mer variabelt. Distriktslederne beskrev det overordnede samarbeidet med sykehuset i hovedsak som godt. De distrikter som har etablert en koordinatorstilling mellom sykehus og kommune/bydel, var mest fornøyd med samarbeid og koordinering av tiltak rundt enkeltpasienter. I tillegg synes samarbeidsavtaler mellom sykehusene å forhindre uheldig utskrivning av pasienter på kort varsel, selv om dette ikke alltid kan unngås. Sykepleierne har mer variable oppfatninger av samarbeidet med sykehusene når det gjelder oppfølgingen av pasientene.

Dersom sykehusets vurderinger og informasjon hadde vært bedre, kunne sykepleierne i mange tilfeller hatt bedre muligheter for å sikre en forsvarlig hjemkomst for pasientene. De ville kunnet trekke inn andre kommunale tjenester og framskaffe hjelpemidler i god tid. Et særlig problem er at man ved sykehusene ikke ser konsekvensen av at pasienter er urolige og forvirrede, for eksempel som følge av demens. Dette kan som tidligere nevnt føre til at nyutskrevne pasienter som er ustødige til beins vil falle, eller at uklare pasienter vandrer omkring ute.

Flere av sykepleierne fremhevet at de ofte forhandlet med sykehuset for å forhindre at pasientene blir utskrevet til en uforsvarlig situasjon. Samtidig resignerer de over den vanskelige situasjonen. *"Vi opplever mange ganger at sykehusene sender de hjem, sykehjemmet er fullt, og da må vi gjøre det beste ut av det."* Sykepleierne forteller at sykehusene både undervurderer mulige problemer ved utskrivninger, og at det motsatte er tilfelle, nemlig at sykehusene overvurderer pasientenes hjelpebehov ved utskrivning. Både overvurderingen og undervurderingen av pasientenes behov for hjelp bidrar til en opplevelse av at sykehus og hjemmesykepleier noen ganger befinner seg i to forskjellige verdener.

Sykepleierne er like opptatt av forhold ved selve utskrivningen, som vurderingen bak utskrivningen. Det går mye tid med til å innhente opplysninger fra sykehusene. Informasjonen er knapp og vanskelig å forstå, og det kan være tidkrevende å få informasjonen fra sykehusene. Det

hender også at pasientene ikke får medsendt resept eller medisiner dersom de utskrives i helgene. *"Det går mye tid til utskriving fra sykehuset på grunn av praktisk herk!"*

I all hovedsak synes sykepleierne å være tilfreds med den oppfølgingen og veiledningen de får fra sykehusene i etterkant av at pasientene er utskrevet. Særlig ved spesielle prosedyrer har sykepleierne behov for veiledning. Det samme gjelder hvordan sykehusene svarer på forespørsler om mer generell informasjon om sykdom og behandling. Sykehusene bidrar med tilbud om undervisning i form av kurs, men det synes varierende i hvilken grad sykepleierne finner tid til å delta.

7.4.6 Dokumentasjon- og rapporteringssystemer, ledelse og faglig utvikling

I alle fire distrikter er det påpekt at dokumentasjon- og rapporteringssystemet er for dårlig, og det blir ofte underprioritert i en travel hverdag. Det er ingen som utøver primærsykepleie, selv om man enkelte steder prøver å tillempe dette. Det lages i liten grad pleieplaner for pasientene. Rapporteringssystemet beskrives av og til som tilfeldig. Det kan gå lenge mellom rapportene for den enkelte brukeren. Dette kan gjøre det vanskelig for nytt personell å sette seg inn i situasjonen til brukeren.

I et system som er preget av mange brukere og personell fører mangelen på rapporterings- og dokumentasjonsrutiner til at det lett kan skje informasjonssvikt. Dette kan i verste fall føre til at viktige observasjoner og tiltak ikke blir rapportert eller fulgt opp, eller at pasienter blir glemt. I tillegg synes det som at rapporteringssystemet først og fremst er knyttet til vurdering og implementering av sykepleie, og i mindre grad til utførelsen av disse tiltakene og oppfølgende evaluering av pasientens tilstand og evt. endring av tiltak.

Den fragmenterte utformingen av hjemmesykepleien, og hjemmebaserte tjenester for øvrig, synes å medføre spesielle utfordringer i forhold til ledelse og kvalitetssikring av tjenesten. Dette gir uttalte problemer med å få oversikt og kontroll over utførelsen av tjenestene i brukernes hjem. Dette forsterker behovet for gode dokumentasjons- og rapporteringssystemer, og for metoder som i større grad ikke bare sikrer den innledende vurdering av sykepleiebehov, men også kvalitetssikring på utførelsen av pleien på enhets- eller sonenivå.

Spennvidden i hjemmesykepleiens virksomhet kan tyde på at spørsmålet om kompetanse- og fagutvikling som ledd i kvalitetsutvikling av tjenestene blir sentralt. På samme måte som i sykehjemmene synes det som sykepleierne i mindre grad får anledning til kompetanse- og fagutvikling i arbeidstiden, selv om dette muligens er noe bedre i hjemmesykepleien. I noen av kommunene påpekes det at nyutdannede sykepleiere helst ikke søker jobb i hjemmesykepleien, fordi det er vanskelig å stå alene med ansvaret som sykepleier til en så stor gruppe brukere. Dersom man skal styrke rekrutteringen til hjemmesykepleien vil opplæring og ivaretagelse av nyutdannede sykepleiere være en spesiell utfordring fremover.

7.5 Oppsummering

I dette kapitlet har vi belyst forholdene innenfor hjemmesykepleien i de tre kommunene. Vi innlemmet også en annen bydel i Storeby, kalt Storeby II, for å få et bredere utvalg.

Intervjuene understøtter kartleggingsundersøkelsen. Denne viste at den største andelen av pasientene innenfor hjemmesykepleien er eldre pleietrengende pasienter med et sammensatt og variert sykdomsbilde. I tillegg har hjemmesykepleien en høyere andel unge brukere enn i sykehjemmene. Det er et høyt omfang av psykososiale problemer, med ensomhet og utrygghet.

Brukerne i denne i gruppen bor ofte alene. Det bekreftes også at demente pasienter og pasienter med alvorlige psykiske lidelser utgjør en viktig oppgave i alle kommuner. I alle kommunene synes det som at endringene i spesialisthelsetjenesten har ført til at hjemmesykepleien må ivareta stadig sykere pasienter, mer spesialiserte prosedyrer og tyngre rehabiliteringsbehov.

Alle distriktene oppgir at det er kapasitetsproblemer på grunn av økning i antall brukere og andel syke og pleietrengende pasienter uten tilsvarende opptrapping av bemanningen. Samtidig er kapasitetsproblemene varierende.

Alle distriktene oppgir at den grunnleggende kvaliteten i ivaretagelsen av pasientene er tilfredsstillende. Allikevel kan det forekomme mangler i oppfølgingen av pasienter, faglig uforsvarlighet og feil eller avvik. I Storeby II er det vanskelig å bedømme kvaliteten på basis av sykepleierintervjuene, da sykepleierne er lite involvert i pasientbehandling. Samlet sett i tjenestene knyttes svikt i kvaliteten særlig til medisinerings, sykepleieprosedyrer, observasjoner av pasienter, uteglemte besøk, oppfølging av demente pasienter, oppfølging av pasienter med dårlig ernæringstilstand, pasienter som krever mer omfattende eller kontinuerlig tilsyn og rehabiliteringspasienter. Grunnleggende stell prioriteres i alle kommunene. Sykepleierne er samtidig bekymret over kvaliteten på stellet og observasjonene av pasientene på grunn av den økte andelen ufaglærte i tjenestene. I tillegg oppgis det i alle tre kommuner at brukernes psykososiale behov prioriteres ned i en travel hverdag.

Organisatoriske faktorer som fremkommer som særlig kritiske for å kunne ivareta pasientene er grunnbemanning, sykepleierbemanning og den økende andel ufaglærte der hjemmehjelpere i økende grad tar over pleieoppgaver. Dette fører til diskusjoner om arbeidsdelingen mellom pleiepersonalet og utformingen av sykepleierrollen. Kvaliteten på samarbeidet med fastleger og sykehus varierer. Det er et behov for å videreutvikle samarbeidet for å sikre en bedre oppfølging av enkeltpasienter på tvers av nivå og tjenester.

Avslutningsvis synes dokumentasjons- og rapporteringssystemene å være mangelfullt ivaretatt. Dette øker faren for informasjonssvikt. Tjenesten er fragmentert, med mange brukere og mye personell. Dersom rapporteringsrutinene ikke fungerer, kan det skje at viktige beskjeder, besøk, observasjoner eller tiltak ikke formidles videre og blir behandlet.

8 Spørreskjemaundersøkelse i hjemmesykepleien

Spørreskjemaundersøkelsen gir et bilde av hvordan sykepleiere rundt om i landet vurderer sider ved hjemmesykepleiens kvalitet der de jobber, og hvilke faktorer som påvirker dette. Med dette får vi på flere områder et grunnlag for å vurdere hvorvidt de forholdene vi har sett på i Bygdeby, Lilleby, Storeby og Storeby II synes å gjelde mer generelt for hjemmesykepleien i Norge.

8.1 Kvalitetsvurderinger

Vi skal starte med å se på vurderinger av ivaretagelsen av et relativt bredt utvalg av oppgaver i tjenestene, før vi ser mer spesifikt på utvalgte forhold.

8.1.1 Noe er lettere å få ivaretatt enn annet...

Av den følgende tabellen framkommer det hvilke behov og oppgaver sykepleierne vurderer som mest og minst tilfredsstillende ivaretatt i hjemmesykepleien hvor de jobber.

Tabell 8.1 Vurdering av oppgaveivaretagelse. Gjennomsnittsscore fra svar avgitt på en skala fra 1) "Faglig utilfredsstillende" til 5) "Faglig tilfredsstillende", standardavvik (SD) og N (antall svar).

	Gj.snitt	SD	N
Grunnleggede stell og pasienthygiene	4,3	0,8	440
Utvide respekt overfor pasientene	4,3	0,8	440
Sårstell	4,2	0,9	437
Medisinering	4,1	1,0	438
Forebygging av sengeleiekomplikasjoner	4,1	0,9	429
Terminalpleie	4,0	1,0	400
Tekniske (sykepleie)prosedyrer	4,0	0,9	434
Medisinsk behandling (generelt)	3,9	0,9	434
Tilsyn med pasientene	3,9	1,0	437
Pasientobservasjon og tilstandsvurderinger	3,8	0,9	438
Veiledning og info til pasientene	3,8	0,8	439
Cancerproblematikk	3,7	1,0	415
Ernæringstilstand	3,7	0,8	436
Veiledning, info og samtaler med pårørende	3,6	1,0	435
Smerteproblematikk	3,6	1,0	427
Rapportering og dokumentasjon	3,4	1,0	438
Forebygging av skader/ulykker i hjemmet	3,4	0,9	407
Info.utveksling/ kommunikasjon internt i tjenesten	3,4	1,0	434
Smitteregime	3,3	1,0	381
Demensproblematikk	3,2	1,0	429
Rehabilitering	3,2	1,0	426
Holde seg faglig oppdatert	3,2	1,0	435
Evaluering av sykepleietiltakene	3,1	1,0	433
Psykiatriske lidelser	3,0	1,0	423
Psykososiale behov	2,9	1,0	434
Utarbeidelse av pleieplaner	2,8	1,2	435
Fysisk aktivitet	2,7	1,0	437
Rusproblematikk	2,5	1,0	335

Av tabellen ser vi at foruten "Grunnleggende stell og pasienthygiene" vurderes "Utvisende respekt for pasienten", "Medisinering", "Sårstell" og "Tekniske prosedyrer" å være godt ivaretatt. Også "Forebygging av sengeleiekomplikasjoner" og "Terminalpleie" framstår som godt ivaretatt.

Dette stemmer overens med inntrykket fra kartleggingsundersøkelsen (kapittel 6) når det gjelder grunnleggende stell og pasienthygiene, sårstell og til dels medisinering. Medisinering framstår gjennom spørreskjemaundersøkelsen som relativt sett noe bedre ivaretatt enn hva intervjuundersøkelsen, og til dels kartleggingsundersøkelsen, tilsier. Diskrepansen i forhold til intervjuundersøkelsen *kan* henge sammen med at vi i intervjuundersøkelsen fikk større mulighet til å trekke inn alle sider ved medisinering, og dermed forsikre oss om at f.eks. observasjon av medikamentvirkninger også ble trukket inn i vurderingene. Det er usikkert i hvilken grad sykepleierne i spørreskjemaundersøkelsen har inkludert bl.a denne siden av medisineringen i vurderingene. I kartleggingsundersøkelsen fant vi at tekniske prosedyrer utført overfor den enkelte pasient ofte ble vurdert som utilfredsstillende utført, noe som ikke gjenspeiles i spørreskjemaundersøkelsen. (Denne diskrepansen fant vi også i sykehjemmene.) Det er vanskelig å si med sikkerhet hva dette skyldes, og hvorvidt tjenestestedene som inngikk i kartleggingsundersøkelsen er mindre representative på dette området. Det *kan* imidlertid være at forskjellen henger sammen med at vurderingene i kartleggingsundersøkelsen er konkret knyttet til enkeltpasienter, mens vurderingen i spørreskjemaundersøkelsen gjelder generelt. I så fall kan det være slik at sykepleierne har en generell positiv oppfatning av hvordan tekniske prosedyrer utføres, men at denne oppfatningen utfordres når de skal gjøre konkrete vurderinger. En slik forklaring styrkes av intervjuundersøkelsen. Der fant vi at sykepleierne i de tjenestene hvor kartleggingsundersøkelsen ble utført, også hadde den oppfatning at tekniske prosedyrer ble godt ivaretatt i tjenesten hvor de jobber. Et annet forhold som bidrar til å forklare denne diskrepansen, er at det i kartleggingsundersøkelsen kunne se ut som om sykepleiere ikke hadde vært involvert i mange av de tekniske prosedyrene i løpet av den siste uken, og at disse prosedyrene da ble vurdert som utilfredsstillende utført. Det *kan* derfor være at vi i spørreskjemaundersøkelsen egentlig får svar på spørsmålet om dette er ivaretatt godt *når* sykepleiere deltar, slik det kan være lett å tenke for denne type oppgaver hvorav mange regnes som sykepleieroppgaver.

Når det gjelder "Forebygging av sengeleiekomplikasjoner", er det litt vanskelig å gjøre sammenligninger med resultatene fra kartleggingsundersøkelsen, da sistnevnte hadde en mer detaljert inndeling, og svarene her varierte en del avhengig av hvilket problem tiltakene var knyttet til. Mht. terminalpleie, så var det i kartleggingsundersøkelsen få tilfeller registrert, og det forelå en viss forskjell i vurderingen av de enkelte tiltakene, selv om ivaretagelsen samlet sett ble vurdert som utilstrekkelig overfor flere av pasientene.

Det kan også påpekes at medisinsk behandling vurderes som relativt sett godt ivaretatt.

Av tabellen ser vi videre at de pasientproblemer og -behov som vurderes å bli ivaretatt på minst tilfredsstillende måte er "Rusproblematikk", "Fysisk aktivitet", "Psykososiale behov" og "Psykiatriske lidelser". Når det gjelder "Rusproblematikk" er det flere som har oppgitt at de ikke har grunnlag for å vurdere dette. Dette indikerer at problematikken ikke er like utbredt som øvrige pasientbehov og -problemer som er listet her. At det er vanskelig å få ivaretatt pasientenes behov for fysisk aktivitet, og deres psykososiale behov og psykiatriske lidelser vil derfor også angå flere pasienter. (Man kan for øvrig forvente at det her vil kunne være snakk om de samme pasientene, siden disse to "problemene" ofte vil være overlappende.) Mht til psykiske lidelser, så sammenfaller dette i så fall med tallene fra kartleggingsundersøkelsen som viser at over 30 % av pasientene hadde en aktiv, diagnostisert psykisk lidelse.

At de psykososiale behovene er relativt vanskelig å ivareta tilfredsstillende, underbygger det som kom fram i kartleggingsundersøkelsen. Selv om ikke ernæringsproblematikk vurderes som spesielt utilfredsstillende ivaretatt, indikerer tabellen at pasientenes ernæringstilstand vurderes

som mindre tilfredsstillende ivaretatt enn grunnleggende stell og hygiene, slik som det framkom i kartleggingsundersøkelsen

Smitteregime kommer relativt dårlig ut, noe som også samsvarer med kartleggingsundersøkelsen. Ellers er det verd å merke seg at også rehabilitering og demensproblematikk vurderes å bli mindre tilfredsstillende ivaretatt.

Når det gjelder den mer *indirekte* pasientivaretakelsen i form av "Utarbeidelse av pleieplaner" og "Evaluering av sykepleietiltakene", ser vi at disse vurderes som bare middels tilfredsstillende ivaretatt. Noe mer fornøyd synes sykepleierne å være med "Rapportering og dokumentasjon" og "Intern kommunikasjon", to oppgaver som for øvrig er delvis overlappende.

Det er samtidig interessant at tabell 8.1 i stor grad samsvarer med tilsvarende tabell for sykehjemmene, tabell 5.1, når det gjelder hvilke behov og oppgaver som ivaretas best og minst godt. Det synes med andre ord som om det i stor grad er de samme oppgavene tjenestene står overfor. En viss diskrepans framkommer i sammenligningen av de to tabellene, i form av at ernæringsbehov synes bedre ivaretatt i sykehjemmene enn i hjemmesykepleien. Dette sammenfaller med undersøkelsene i de tre kommuner, og bekrefter ernæringsbehov som særlig vanskelige å ivareta godt i hjemmesykepleien.

8.1.2 Faglig uforsvarlig pasientivaretakelse

På spørsmål om det hender at pasientbehov eller oppgaver ivaretas på en *faglig uforsvarlig måte* i tjenesten hvor de jobber, framkom følgende svarfordeling blant sykepleierne.

Tabell 8.2. Faglig uforsvarlig pasientivaretakelse. Prosent. N=455.

Svar	Prosent	Antall (n)
Nei	18	83
Ja, det hender, men sjelden	66	300
Ja, det hender jevnlig	16	72

Disse tallene viser altså at det kun er 18 % som mener at det *ikke* skjer uforsvarlig ivaretakelse av pasientbehov og oppgaver i hjemmesykepleien der de jobber. På den andre siden er det "kun" 16 % som mener at dette skjer jevnlig.

Som nevnt i resultatpresentasjonen fra sykehjemmene, har det i tilbakemelding fra sykepleiere vist seg at mange fant det vanskelig å krysse av for at det skjer "jevnlig", da de med dette forstod "nærmest daglig". De svarte derfor gjerne "sjelden", samtidig som de da ikke syntes at dette var tilstrekkelig dekkende for omfanget av faglig uforsvarlighet. Disse tilbakemeldingene illustrerer også at "jevnlig" er et sterkt uttrykk.

På spørsmål om hvilke behov og oppgaver som ivaretas på en faglig uforsvarlig måte, viste dette seg å være særlig "Psykiatriske lidelser", "Psykososiale behov", og "Medisinering" når det gjelder den direkte pasientrettede virksomheten. Vi ser altså at selv om medisinering generelt sett vurderes som tilfredsstillende ivaretatt (jf tabell 8.1), er dette et av de områdene hvor svikt også hyppigst forekommer. Også "Fysisk aktivitet" og "Demensproblematikk" ble oppgitt blant mange. (For fullstendig oversikt, se vedlegg 4.2.) Når det gjelder den mer indirekte pasientrettede virksomheten framkom "Utarbeidelse av pleieplaner" og "Rapportering og dokumentasjon" som hyppigste svar.

For å konkretisere omfanget av dette, oppgir 33 % (N=455) at det foregår faglig uforsvarlig ivaretagelse av "Psykiatriske lidelser". Det tilsvarende tallet for "Psykososiale behov" er 32 %. Tilsvarende mener 27 % at det foregår faglig uforsvarlig ivaretagelse av "Medisinering". Vi understreker at det da er regnet med både de som oppga at dette foregår "sjelden" og "jevnlig". Dersom vi ser bare på de som oppga at uforsvarlig ivaretagelse skjer jevnlig, finner vi at 9 % oppgir at henholdsvis medisinering og ivaretagelse av psykososiale behov foregår jevnlig. Det tilsvarende tallet for "Psykiatriske lidelser" er 8 %.

I all hovedsak er faglig uforsvarlig pasientivaretagelse knyttet til de områdene som blir vurdert som minst tilfredsstillende ivare tatt, jf tabell 8.1. Et unntak fra dette er medisinering som ett av de områdene hvor faglig uforsvarlig ivaretagelse hyppigst forekommer, noe som understøtter funn i intervjuundersøkelsen. Nærmere bestemt oppgir 8 % av sykepleierne (N=455) at det jevnlig forekommer faglig uforsvarlig ivaretagelse av medisinering.

8.1.3 Legetjenesten

På spørsmål om fastlegenes ivaretagelse av pasientenes akutte behov for medisinsk utredning mener 39 % (N=494) av sykepleierne i spørreskjemaundersøkelsen at dette er ivare tatt i tilstrekkelig grad, mens 53 % mener at dette "bare delvis" er tilfelle, og 8 % mener at det ikke er ivare tatt i tilstrekkelig grad. Dette *kan* gjenspeile at sykepleierne i intervjuene gjerne omtalte legenes pasientivaretagelse som "personavhengig", dvs at dette varierer fra lege til lege.

Når det gjelder behovet for kontinuerlig oppfølging av pasientenes behov, mener 34 % (N=495) at dette er ivare tatt i tilstrekkelig grad, mens 59 % mener at dette "Bare delvis" er tilfelle, og 7 % mener at den ikke er ivare tatt i tilstrekkelig grad. Disse svarene indikerer at sykepleierne samlet sett ikke vurderer fastlegenes ivaretagelse av kontinuerlig oppfølging som markert forskjellig fra akutte behov.

8.1.4 Behov for annet tjenestetilbud?

Det viser seg at 36 % (N=508) av sykepleierne mener det er "flere eller mange" av pasientene som burde hatt et annet omsorgs- eller behandlingstilbud. Vi har her bedt om sykepleiernes faglig baserte vurdering ut fra hva hun eller han tror er det beste for pasientene, uavhengig av hvilke tilbud som eksisterer. Samtidig mener 58 % av sykepleierne at dette er tilfelle for "noen, men ikke mange". Det framkommer videre at det er plasser i ordinær sykehjemsavdeling, i skjermede avdelinger i sykehjem og i spesialisthelsetjenestens psykiatriske eller psykogeriatriske avdelinger det i størst grad er behov for. Nærmere bestemt er det henholdsvis 71, 52 og 46 % (N=508) av sykepleierne som oppga at noen eller mange av pasientene burde hatt disse tjenestetilbudene (listet i nevnt rekkefølge). For øvrig kan det nevnes at 40 % av sykepleierne oppga omsorgsbolig som ett av tre tilbud det var mest behov for, mens bare 3 % oppga "Sykehjemsavdeling med styrket kompetanse innen aktiv medisinsk behandling".

8.2 Forhold av betydning for tjenestens kvalitet

Som nevnt gir også spørreskjemaundersøkelsen informasjon om hvilke forhold som vurderes å være av betydning for tjenestens kvalitet.

8.2.1 I det store og hele

Sykepleierne ble i spørreskjemaundersøkelsen framlagt en rekke mulige negative forhold som kan bidra til at oppgaver ivaretas utilfredsstillende i hjemmesykepleien. Den følgende tabellen viser

andelen sykepleiere som vurderte de forskjellige forholdene som *svært eller ganske viktig årsak* til at behov og oppgaver ble mindre godt ivaretatt i tjenesten hvor de jobber.

Tabell 8.3. Forhold som vurderes som "svært viktig" eller "ganske viktig" årsak til nedsatt kvalitet. Prosent og N (avgitte svar).

	Prosent	N
For liten tid til pasientene	81	473
For lav grunnbemanning på kveld og eller helg	76	458
For liten andel sykepleiere	67	449
For stor andel ufaglærte på kveld og/eller helg	58	441
For lav grunnbemanning på andre vakter enn kveld og/eller helg	56	433
For liten opplæring for hjemmehjelpere og ufaglærte	56	440
Mangelfull mulighet til faglig utvikling	47	431
For stor andel ufaglærte på andre vakter enn kveld og/eller helg	41	422
For liten opplæring for nyansatte med fagutdanning	40	424
For liten andel hjelpepleiere	39	427
Utilstrekkelig info flyt og dokumentasjon internt	37	429
For lite helsefaglig personell i omsorgsboligene	36	397
Utilstrekkelig veiledning og undervisning fra 2.linjetjeneste	35	424
Utilstrekkelig samarbeid/koordinering med andre komm. tjenester	32	433
Ustabilitet i personalgruppa	27	415
Utilstrekkelig lederkompetanse i avdelingsledelsen	22	412
Utilstrekkelig tilgang på biler	21	426
Utilstrekkelig sykepleiefaglig kompetanse i avdelingsledelsen	18	414

Vi understreker at sykepleiernes vurdering er knyttet til sitt arbeidssted. Hvis vi f.eks. ser på faktoren "Stor andel ufaglærte på kveld og/eller helg", så betyr dette at 58 % mente at andelen ufaglærte på kveld/helg er stor der de jobber og at dette er en viktig årsak til at noen behov og oppgaver blir mindre godt ivaretatt. (Det er altså to elementer som skal være oppfylt.) Dette er særlig viktig å merke seg når det gjelder de forhold som ikke så mange har ment er viktige årsaker. Det betyr f.eks. at "ustabilitet i personalgruppa", som vurderes som en svært viktig årsak av "kun" 27 % av sykepleierene, kan være en svært viktig årsak der hvor man har en ustabil personalgruppe, men at dette i mindre grad er et gjennomgående fenomen for tjenesten.

Når det gjelder det forholdet som framstår som hyppigst vurdert viktig årsak, "Liten tid til pasientene", kan man hevde at dette er et resultat av andre forhold, og ikke en årsak i seg selv. At så mange vurderer liten tid som en viktig faktor, sier samtidig mye om hvor utbredt denne opplevelsen er. Samlet sett gir tabellen uttrykk for at forhold ved bemanning og bemanningssammensetning i utbredt grad betraktes som viktige årsaker til at behov og oppgaver ivaretas mindre godt. Nærmere bestemt er det andel sykepleiere, andel ufaglærte og grunnbemanningen på kveldstid og i helgene som utpeker seg som viktige forhold. Dette samsvarer godt med resultater fra intervjuundersøkelsen, og gir grunnlag for å belyse bemannings- og kompetansesituasjonen ytterligere.

8.2.2 Kompetanse og bemanningsforhold

Som tilfellet var blant sykepleiere i sykehjem, vurderer også sykepleierne i hjemmesykepleien kompetansen blant personalet som langt på vei tilstrekkelig for å ivareta pasientenes behov på en god måte på dagvakter på hverdager, men at dette i langt mindre grad er tilfelle i helgene og også på kveldstid på hverdager. Følgende tabell tydeliggjør forskjellene mellom ulike vakter i så måte.

Tabell 8.4 Tilstrekkelig kompetanse. Prosent ”ja”-svar og N (avgitte svar)

Type vakt	Andel	N
Dagvakter hverdager	89	500
Dagvakter helg	54	488
Kveldsvakter hverdager	62	494
Kveldsvakter helg	51	484
Nattvakter hverdager	72	409
Nattvakter helg	68	405

Selv om ikke personalets kompetanse på kveldstid og i helger vurderes så utilfredsstillende som i sykehjemmene (jf kap. 5.2.2), er dette altså et klart trekk også i hjemmesykepleien.

Vi har i kapittel 8.2.1 sett at liten andel sykepleiere vurderes av mange å være en viktig årsak til at behov og oppgaver blir mindre godt ivaretatt. For å belyse dette, og for å illustrere forskjellen på bemanning på hverdager og helg og variasjonen sykepleierne imellom, kan vi benytte oss av det antall pasienter sykepleierne oppgir at de vanligvis har det sykepleiefaglige ansvaret for på ulike type vakter. Av de sykepleierne som oppgir å ha direkte pasientansvar, har disse i gjennomsnitt vanligvis ansvar for 27 pasienter på dagvakt på ukedagene (N=380. SD=38,3. Median =12). Det tilsvarende antallet er 45 på dagvakt i helgene (N=313. SD=71,2. Median=20). Samtidig har 50 % av sykepleierne ansvaret for mindre enn 12 pasienter på dagvakt på ukedagene, og 50 % har ansvar for under 20 pasienter i helgene. Variasjonen sykepleierne imellom er stor, og kan gjenspeile de variasjonene vi så i Bygdeby, Lilleby, Storeby I og Storeby II når det gjaldt antall sykepleiere i forhold til antall pasienter. På dagvakt i helgene finner vi f.eks. at 25 % av sykepleierne oppgir at de vanligvis har ansvaret for under 10 pasienter, mens 31 % har ansvar for 50 pasienter eller mer og 10 % har ansvar for 100 pasienter eller mer. Både på dagvakter i helgene og på kveldsvakt på hverdag og helg er det sykepleiere som oppgir å ha ansvaret for opp til 700 pasienter. Dette synes å være et svært stort antall pasienter vurdert på bakgrunn av pasientgruppen i kartleggingsundersøkelsen. Det bør legges til at det er mulighet for en underrapportering av antall pasienter man har ansvar for blant de sykepleierne som oppgir at dette er svært få. Dette er knyttet til at noen *kan* ha forvekslet spørsmålet med spørsmål om antall primærpasienter.

Vi ba også sykepleierne om å vurdere *den samlede kompetansen* i personalgruppa opp mot ulike typer behov og oppgaver. Følgende tabell viser hvor stor del av sykepleierne som mente at avdelingens kompetanse var tilstrekkelig på de ulike områdene.

Tabell 8.5 Vurdert tilstrekkelig kompetanse i forhold til behov. Prosent og N (antall svar).

Behov/oppgaver	Prosent	N
Grunnleggende stell og ernæring	77	501
Helsetjenester ved sykdom	61	503
Kliniske prosedyrer	49	598
Psykososiale behov	23	502

Som tilfellet var blant sykepleierne i sykehjemmene, ser vi at det er grunnleggende stell og ernæring sykepleierne vurderer tjenesten til å være best kompetansemessig rustet til å ivareta blant disse kategoriene av behov og oppgaver. For øvrig er tallene i tabellen svært sammenfallende med de vi så i sykehjemmene. I tillegg til kompetanse for å ivareta de psykososiale behovene, må man på bakgrunn av disse vurderingene også kunne si at det etterspørres mer kompetanse for å ivareta både sykdom generelt og kliniske prosedyrer spesielt. Sistnevnte understøtter funn i både kartleggings- og intervjuundersøkelsen, selv om vi har sett at tekniske sykepleieprosedyrer ikke ble vurdert som spesielt utilfredsstillende ivaretatt sammenlignet med øvrige oppgaver og behov i

spørreskjemaundersøkelsen (jf kapittel 8.1.1). Det bør også legges til at "delvis tilfredsstillende" var en svarkategori her, og at relativt mange benyttet denne. Kompetansen var altså ikke nødvendigvis helt utilstrekkelig, selv om sykepleierne ikke svarte "ja" på spørsmålet om tilstrekkelig kompetanse.

8.2.3 Samarbeidet med leger

Gjennom spørreskjemaundersøkelsen framkom det hverken klar misnøye eller sterk tilfredshet med samarbeidet med fastlegene. På spørsmål om dette fungerer bra, valgte over halvparten av sykepleierne å beskrive samarbeidet som "både og". Samtidig er 30 % (N=502) av sykepleierne helt eller nokså enig i at det er vanskelig å få tak i fastlegen. Dette bekrefter at den erfaring sykepleiere i interjvuundersøkelsen hadde også gjelder for mange.

8.2.4 Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten

I sammenligning med andre faktorer framkommer ikke utilstrekkelig veiledning og undervisning fra spesialisthelsetjenesten som en av de viktigste årsakene til at behov ivaretas utilstrekkelig (jf tabell 8.3). Likevel tilsier disse svarene at dette oppleves som mangelfullt for mange. Vi finner at en større andel av sykepleierne i hjemmesykepleien har fått veiledning fra spesialisthelsetjenesten i løpet av den siste måneden enn hva tilfellet var blant sykepleiere i sykehjem. Noe av forklaringen vil nok ligge i at sykepleierne i hjemmesykepleien ofte forholder seg til flere pasienter. Det er i hjemmesykepleien 35 % (N=491) av sykepleierne som har fått veiledning i forbindelse med enkeltpasienter eller en bestemt type problematikk i løpet av den siste måneden. Som i sykehjemmene, så er også sykepleierne i hjemmesykepleien svært lite entydige i vurderingen av informasjonen de får fra sykehusene når de mottar pasienter derfra, og hvorvidt melding om utskriving kommer i rimelig tid. Men også i hjemmesykepleien opplever flertallet av sykepleierne at epikriser blir sendt ut for lang tid etter utskriving.

8.3 Oppsummering

Gjennom spørreskjemaundersøkelsen framkommer det at sykepleierne i hjemmesykepleien vurderer at tjenesten ivaretar pasientenes behov for grunnleggende stell og hygiene godt, men at pasientenes ernæringsbehov blir ivaretatt i noe mindre tilfredsstillende grad. Pasientbehov og oppgaver som det knytter seg medisinsk eller medisinskfaglig basert kompetanse til, vurderes også som relativt godt ivaretatt. Dette inkluderer medisinerings, sårstell, tekniske sykepleieprosedyrer og medisinsk behandling generelt sett. Psykiske lidelser og psykososiale behov er, sammen med rusproblematikk og pasientenes behov for fysisk aktivitet, de områder som vurderes minst tilfredsstillende ivaretatt av tjenesten. Mens 18 % av sykepleierne mener at det *jevnlige* forekommer at pasientbehov og oppgaver ivaretas faglig uforsvarlig, mener 66 % at dette hender, men sjeldnere. Faglig uforsvarlighet knyttes i størst grad til psykiske lidelser og psykososiale behov, og medisinerings, i tillegg til arbeid med pleieplaner, rapportering og dokumentasjon. Det er relativt få av sykepleierne som vurderer pasientenes behov for legetjenester som direkte utilstrekkelig ivaretatt, men det framkommer samtidig at legetjenestene ofte ansees som kun delvis tilstrekkelige. Behovet for et annet tjenestetilbud vurderes å være til stede for mange av pasientene, og det er da særlig i form av ordinær sykehjemsavdeling, skjermet sykehjemsavdeling og/eller psykiatrisk tilbud i spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne etterlyser i liten grad tjenestetilbud med forsterket medisinsk somatisk kompetanse.

Det synes å være en utbredt oppfatning at tiden til rådighet for hver pasient er for liten. For lav grunnbemanning, og særlig på kvelds- og helgetid, vurderes som viktig årsak til at pasientbehov og oppgaver ikke blir ivaretatt så godt som de burde, sammen med for stor andel ufaglærte og for

liten andel sykepleiere. Mangelfull opplæring for hjemmehjelpere og ufaglærte vurderes også som en relativt viktig årsak. Kompetansen i personalgruppa vurderes i stor grad som tilstrekkelig for å ivareta pasientenes behov på en god måte på dagtid på hverdager, men i klart mindre grad på kveldstid og i helger. Det gjennomsnittlige antall pasienter hver sykepleier har faglig ansvar for er da også nærmere dobbelt så stort i helgene som på dagtid på hverdager. Variasjonen er samtidig svært stor sykepleierne i mellom. I helgene har 50 % av sykepleierne ansvar for 20 pasienter eller flere.

Blant sykepleierne hadde 35 % mottatt veiledning fra spesialisthelsetjenesten i tilknytning til enkeltpasienter eller en bestemt type problematikk i løpet av den siste måneden. Like mange mener samtidig at utilstrekkelig veiledning og undervisning fra spesialisthelsetjenesten er en medvirkende årsak til utilstrekkelig pasientivaretagelse. Når det gjelder det totale bildet av samarbeidet med sykehus og leger, så preges dette av at sykepleierne er relativt lite samlet i vurderingene. Det som i størst grad oppleves som problemområder her er for sen utsending av epikriser fra sykehusene, og det å få tak i fastlegene ved behov.

9 Oppsummering og avsluttende diskusjon

I dette siste kapittelet vil vi først gi en oppsummering av resultatene i undersøkelsen. Vi vil så, på bakgrunn av dette, avslutte med å diskutere noen dilemmaer og utfordringer for kommunenes pleie- og omsorgstjeneste i tiden fremover.

9.1 Oppsummering sykehjem

Det ble gjennomført kartlegging av pasienter ved til sammen syv langtidsavdelinger, to korttidsavdelinger og en blandet korttids- og langtidsavdeling ved tre sykehjem. For å avgrense undersøkelsen ble skjermede demensavdelinger ikke inkludert. Videre ble det intervjuet avdelingssykepleiere og sykepleiere fra de samme avdelingene, samt en avdeling der det ikke var kapasitet til å gjennomføre kartleggingsundersøkelsen på grunn av liten bemanning.

Beboernes helsetilstand og problemer

Kartleggingsundersøkelsen i Bygdeby, Lilleby og Storeby viste at pasientgruppen i all hovedsak består av eldre. Kun 5 % var under 70 år, og 77 % var over 80 år. Gjennomsnittsalderen var 83,9 år. Pasientgruppen kjennetegnes av et stort omfang av sykелighet, sammensatte sykdomsbilder og omfattende pleiebehov. Praktisk talt alle pasientene har en diagnostisert lidelse som er under behandling, eller som krever spesiell oppmerksomhet fra helsepersonell. Hele 74 prosent av pasientene hadde 3 eller flere slike diagnoser. Ut fra det utvalg av diagnoser som er kartlagt i undersøkelsen, finner vi at minst 68 % av pasientene hadde en aktiv hjerte-/karsykdom, og minst 57 % hadde en tilsvarende nevrologisk lidelse. Her inngår også de 38 % av pasientene som hadde demens. De tilsvarende tallene for muskel- og skjelettsykdommer er 46 %, og for respirasjonslidelser 11 %. En aktiv kreftsykdom er registrert hos 10 % av pasientene. Over 30 % av pasientene hadde en aktiv psykisk lidelse. Nærmere halvparten av pasientene oppgis å ha smerter, og de fleste er kroniske. Tilnærmet alle pasientene får medisiner daglig, og 73 % trenger hjelp til å ta medisiner. Det var 20 % av pasientene som hadde hatt behov for øyeblikkelig legehjelp (ø-hjelp), i løpet av den siste måneden.

Kartleggingsundersøkelsen viser videre at de fleste pasientene har omfattende pleie- og omsorgsbehov. Over halvparten av pasientene oppgis å ha et ernæringsproblem, og 43 % av disse fikk fysisk hjelp til å spise eller drikke. De aller fleste pasientene har nedsatt fysisk funksjonsevne og behov for hjelp til å ivareta personlig hygiene og eliminasjon.

Sykepleierne i *intervjuene* bekreftet kartleggingsundersøkelsen i stor grad. Beboerne ved sykehjemmene beskrives som eldre, og med mer alvorlig fysisk og mental svekkelse enn tidligere. De fleste beboerne har omfattende pleiebehov og stor grad av sammensatte og komplekse sykdomstilstander. Sykepleierne mente at omfanget av syke pasienter, medisinsk behandling og sykepleieprosedyrer hadde økt de senere årene. Dette ble forklart med endringene i spesialisthelsetjenesten. Dette gjaldt særlig i korttidsavdelingene, men også i langtidsavdelingene. De mente derfor at behovet for sykepleiefaglig kompetanse i sykehjemmet har økt de siste årene.

Disse funnene samsvarer med statistikk og undersøkelser som viser at beboerne har blitt stadig eldre de siste tiårene (SSB, Otterstad 1991). Eldre over 80 år opplever ofte en vesentlig forverring i helsetilstanden. Dette kan forklare det store omfanget av sykелighet. Undersøkelsen bekrefter også andre undersøkelser som viser at pasienter i sykehjem ofte har multifunksjonstap eller sammensatte diagnoser som krever behandling eller stort behov for kontinuerlig tilsyn (Statens helsetilsyn 1999ab, Den norske lægeförening 2001, Romøren 2001b).

Kvalitet og faglig forsvarlighet på tjenestene

Sykepleiernes vurderinger av kvaliteten på tiltakene til den enkelte pasient i *kartleggingsundersøkelsen* viste at de er mest fornøyd med ivaretakelsen av det grunnleggende pasientstellet. Tiltakene i forhold til ernærings- og smerteproblematikk vurderes som minst tilfredsstillende utført. Omfanget av tiltak i forhold til ernæringsproblematikk vurderes også som utilstrekkelige. Psykiske og sosiale behov synes også vanskelig å imøtekomme i tilfredsstillende omfang.

Det synes å være et trekk at relativt utbredte sykepleieroppgaver, som f.eks. kateterisering og sårbehandling, vurderes som tilfredsstillende ivaretatt, mens tilfellet ikke helt det samme for mer spesialiserte sykepleieprosedyrer. Særlig er dette tilfelle når det ikke framkommer at sykepleier(e) har vært involvert. Dette er faktisk tilfelle i overraskende stor grad for denne type tiltak.

Det synes å være et utilfredsstilt behov for medisinsk utredning og legetilsyn for pasientene. Blant pasientene vurderes 23 % å ha behov for et annet tjenestetilbud enn det de nå får, og behovet synes størst for plass i skjermet sykehjemsavdeling.

I *intervjuene* av ledelsen, sykepleierne og legene fremkom det store forskjeller i kvalitet mellom sykehjemmene, og også mellom avdelinger innenfor hvert sykehjem. Sykehjemmene i Lilleby og Bygdeby ble beskrevet som å ha god kvalitet på tjenestene. De største manglene på kvalitet og faglig forsvarlighet var ved sykehjemmet i Storeby, men her varierte kvaliteten mellom avdelingene fra god til marginal, og til overveiende faglig uforsvarlig på en rekke områder.

Samlet sett oppga sykepleierne i hovedsak at kvaliteten på den generelle sykepleien var relativt god, men de var mer delt i synet på kvaliteten av det grunnleggende stellet enn det kartleggingsundersøkelsen tilsier. Det var særlig et generelt problem å ivareta kvaliteten på den grunnleggende sykepleien på kveld og i helger, og i de dårligste avdelingene. Mangler i kvalitet omhandler, som tilfellet var i kartleggingsundersøkelsen, særlig områdene ernæring, aktivitet og psykososial omsorg. Sykepleierne formidlet blandet erfaring når det gjaldt oppfølgingen av den medisinske siden ved sykepleien. Det var et problem at viktige observasjoner ikke ble foretatt og rapportert tidnok. Sykepleierne varierte også i vurderingene av ivaretakelsen av sykepleiefaglige prosedyrer. På den ene siden ble dette prioritert av sykepleierne. På den andre siden førte den lave sykepleierdekningen, spesielt i Storeby, til at sykepleierne hadde vanskelig for å følge opp pasientene og de sykepleiefaglige prosedyrer i tilstrekkelig grad.

Den landsomfattende spørreskjemaundersøkelsen bekrefter flere hovedtrekk fra undersøkelsene i Bygdeby, Lilleby og Storeby. Også her framkom det at sykepleierne vurderer pasientenes behov for grunnleggende stell som relativt godt ivaretatt. Samtidig blir ernæringsbehov vurdert som relativt sett bedre ivaretatt enn hva kartleggingsundersøkelsen tilsier. Også i spørreskjemaundersøkelsen gis et bilde av at sykepleieroppgaver som er utbredt i sykehjemmene, som medisinerings og sårstell, ivaretas relativt godt. Når det gjelder tekniske sykepleieprosedyrer framstår vurderingen av dette som bedre i spørreskjemaundersøkelsen enn i kartleggingsundersøkelsen. Om disse forskjellene skyldes metodiske årsaker, at sykepleierne vurderer ulikt ved generelle vurderinger enn ved konkrete vurderinger av tiltak hos pasienten, eller om sykehjemmene i denne undersøkelsen er lite representative på dette området, synes vanskelig å si.

Sykepleierne på landsbasis er lite fornøyd med ivaretakelsen av pasientenes psykososiale behov og behov for fysisk aktivisering. Det samme gjaldt for psykiske lidelser og demens. Her ser vi at det pekes på samme problemområder som i de to tidligere delundersøkelsene. I tillegg var de mindre fornøyd med ivaretakelsen av indirekte sykepleie, og spesielt gjelder dette arbeidet med pleieplaner. Mens 77 % av sykepleierne mente at det forekommer faglig uforsvarlig ivaretakelse av pasientenes behov i deres avdeling, var det 17 % som mente at dette forekommer jevnlig.

Sykepleierne på landsbasis vurderte at pasientenes behov for kontinuerlig medisinsk oppfølging er bedre ivaretatt enn akutte medisinske behov. Gjennomsnittlig sett vurderes 17 % av pasientene å ha behov for et annet tjenestetilbud. Behovet synes størst for plasser i skjermet avdeling i sykehjem og i psykiatriske eller psykiogeriatriske avdelinger i spesialisthelsetjenesten.

Organisatoriske faktorer som påvirker kvaliteten på tjenestene

I intervjuene oppga sykepleierne at de trivdes i arbeidet ved sykehjemmene. Mange trivdes med eldreomsorg, og opplevde det positivt å kjenne pasientene over tid. Positive tilbakemeldinger, nærheten og relasjonen til beboerne var en viktig kilde til arbeidsglede for sykepleierne. I mange avdelinger var det et godt kollegialt arbeidsmiljø. Manglende muligheter til å gjøre arbeidet på en faglig tilfredsstillende måte var på den annen side en viktig årsak til misnøye og frustrasjon. Det ble benyttet tradisjonell sykepleierorganisering i alle sykehjemmene, og samarbeidet mellom sykepleierne og hjelpepleierne var kjennetegnet av tradisjonelle spenninger og ambivalenser.

Sykepleierne i de tre kommunene oppga i hovedsak at tidspress, for lav grunnbemanning, sykepleierbemanning, manglende kompetanse i personellgruppen særlig på kveld og helg, var viktigste årsaker til at det var vanskelig å ivareta pasientene på en kvalitetsmessig og faglig forsvarlig måte. Den store andelen ufaglærte svekket også den faglige kvaliteten. I Storeby ble det også oppgitt at den store andelen utenlandske sykepleiere og pleieassistenter som snakket dårlig norsk, var et problem. Alt dette førte til vanskelige arbeidsforhold for alle yrkesgruppene. Det var store variasjoner i bemanningen mellom sykehjemmene, særlig gjaldt dette sykepleiere. Lilleby og Bygdeby hadde best bemanning, sett i forhold til Storeby. Sykehjemmene med best grunn- og sykepleierbemanning var mest tilfreds med kvaliteten på pleien, og med arbeidsmiljøet. Det var ved flere avdelinger dårlige muligheter for avdelingssykepleierne til å arbeide med ledelse i avdelingene. Legetilsynet ble beskrevet som rimelig godt, men i to kommuner var det ønske om å styrke legetilsynet. Det synes å være få muligheter for kurs og fagutvikling for sykepleierne, og sykepleierne ønsket bedre muligheter for dette.

I spørreskjemaundersøkelsen på landsbasis oppgir sykepleierne de samme organisatoriske faktorer som årsak til nedsatt kvalitet på tjenestene. Tidspress, lav grunnbemanning, og for stor andel ufaglærte på kvelds- og helgetid er de hyppigst oppgitte årsakene til at behov og oppgaver ikke blir ivaretatt tilfredsstillende. For liten andel sykepleiere og for liten opplæring til de ufaglærte vurderes også av mange som viktige årsaker. Sykepleierne oppga å ha ansvaret for et langt større antall pasienter i helgene enn på hverdagene, og den samlede kompetansen i helgene ble vurdert som utilstrekkelig for å ivareta pasientene på en god måte. Variasjonen er svært stor sykepleierne i mellom når det gjelder antall pasienter de vanligvis har det sykepleiefaglige ansvaret for, men i helgene har halvparten av sykepleierne ansvar for over 40 pasienter.

9.2 Oppsummering hjemmesykepleien

Det ble gjennomført en kartleggingsundersøkelse og intervjuer i tre hjemmesykepleiedistrikter i kommunene, til sammen fem soner i Lilleby og Storeby, og hele Bygdeby. I tillegg ble det i hjemmesykepleien inkludert intervjuer fra et annet bydelsdistrikt for å belyse variasjoner i storbyene på en bedre måte.

Brukernes helsetilstand og problemer

Kartleggingsundersøkelsen av brukerne i hjemmesykepleien viste en større aldersspredning, og noen flere yngre, enn i sykehjemmene. Likevel var 75 % av pasientene 70 år eller eldre, og 47 % 80 år eller eldre. Gjennomsnittsalderen var 73,1 år. I likhet med sykehjemspasientene kjennetegnes også disse av en viss sykелighet og omfattende pleie- og omsorgsbehov, selv om omfanget av sykелighet synes noe mindre enn i sykehjemmene. Tilnærmet alle pasientene har en aktiv sykdom, og 44 % har 3 aktive diagnostiserte sykdommer eller flere. At 18 % av pasientene

har vært innlagt på sykehus og 20 % har hatt behov for øyeblikkelig medisinsk hjelp i løpet av den siste måneden, viser en viss ustabilitet i helsetilstand.

Blant et utvalg av hjerte-/karsykdommer har 46 % av pasientene minst én av disse i en grad som tilsier behandling eller spesiell oppmerksomhet fra helsepersonell. Andelen med en aktiv psykisk lidelse er 31 %, men da inkluderes også *alle* diagnosetyper. Kartleggingen av sykdommer viser videre at 13 % er diagnostisert med demens, og en nevrologisk aktiv sykdom er til stede hos minst 25 %. Videre er 28 % registrert med aktiv muskel- eller skjelettsykdom, 12 % med en respirasjonssykdom, og 9 % med kreft. Hele 85 % av pasientene tar medisiner daglig, og over 60 % trenger hjelp til å administrere medisiner.

Hos 19 % er det oppgitt smerteproblematikk. Omtrent 50 % av pasientene har problemer knyttet til henholdsvis ernæring og ivaretagelse av personlig hygiene, og 64 % har psykiske eller sosiale problemer. Det er 10 % som oppgis å ha et rusproblem. Tiltakene som er iverksatt tilsier at spekteret av sykepleieoppgaver er stort. På bakgrunn av et relativt omfattende og sammensatt sykdomsbilde i pasientgruppen vil observasjon, og tilhørende vurderinger, som omfatter en stor del av pasientene, forventes å være en sentral oppgave for sykepleierne. Foruten oppgaver som fordrer mer grunnleggende sykepleiekompetanse, er det også iverksatt et relativt stort omfang av tiltak som må vurderes å kreve utvidet sykepleierkompetanse. Når det gjelder mer spesialiserte prosedyrer, hvor behovet for medisinsk og klinisk sykepleierkompetanse synes å være til stede i mest eksplisitt grad, er dette tiltak som ikke synes å være iverksatt i vesentlig mindre grad i hjemmene enn i sykehjemmene.

Sykepleierne i *intervjuene* bekrefter kartleggingsundersøkelsen som viser at den største andelen av pasientene innenfor hjemmesykepleien er eldre pleietrengende pasienter med et sammensatt og variert sykdomsbilde. I tillegg har hjemmesykepleien en høyere andel unge brukere enn i sykehjemmene. Det er et høyt omfang av brukere som bor alene, med psykososiale problemer, ensomhet og utrygghet. Det bekreftes også at demente pasienter og pasienter med alvorlige psykiske lidelser utgjør en viktig oppgave i alle kommuner. I alle kommunene synes det som at endringene i spesialisthelsetjenesten har ført til at hjemmesykepleien i økende grad må ivareta sykere pasienter, utføre mer spesialiserte sykepleieprosedyrer og dekke rehabiliteringsbehov. Kapasitetsproblemene har ført til at hjemmehjelperne i stadig større grad benyttes til pleieoppgaver i alle de tre kommunene, noe som går utover tilbudet om praktisk hjelp.

Kvalitet og faglig forsvarlighet på tjenestene

Mens pasientenes behov for grunnleggende stell i kartleggingsundersøkelsen vurderes som relativt godt ivaretatt, framstår det som et større problem å få ivaretatt ernæringsmessige, psykiske og sosiale behov, samt smerteproblematikk, på en tilfredsstillende måte. Mens noen av de mer utbredte sykepleietiltakene, som medisiner og sårstell, vurderes som relativt godt gjennomført, er ikke dette tilfellet for på langt nær alle de ulike sykepleietiltakene. Samtidig kan det synes som om sykepleierne ikke er kontinuerlig involvert i gjennomføringen av en rekke tiltak der hvor dette kunne forventes. Forskjellen mellom de ulike tjenestestedene er her store. Ved sammenligninger mellom tjenestestedene, framkommer det at et generelt bilde av at tiltakene vurderes som bedre faglig tilfredsstillende utført ved det tjenestestedet hvor sykepleierdekningen er klart høyest og andel ufaglærte er klart lavest. Dette gjelder særlig tidkrevende oppgaver som hjelp til å spise eller drikke, og hjelp til toalettbesøk.

Nærmere 30 % av pasientene vurderes å ha et udekket behov for medisinsk utredning, men her er det også store forskjeller mellom de tre tjenestestedene. Tilsvarende variasjoner finner vi når det gjelder hyppigheten av hjelp fra hjemmesykepleien, men samlet sett vurderes hyppigheten av besøkene å være i overensstemmelse med pasientenes behov for 73 % av pasientene. Behov for

opphold i døgninstitusjon ble vurdert å være til stede for 19 % av pasientene, og det er særlig plass i sykehjem eller omsorgsbolig som vurderes som bedre egnet alternativ.

I intervjuene bekreftes kartleggingsundersøkelsen i stor grad. Sykepleierne fra alle distriktene mener at grunnleggende sett er kvaliteten på ivaretagelsen av pasientene tilfredsstillende, selv om det kan forekomme mangler i oppfølgingen, faglig uforsvarlighet og feil eller avvik. I Storeby II er det imidlertid vanskelig å bedømme kvaliteten på basis av sykepleierintervjuene da sykepleierne i mindre grad deltar i pasientbehandling på grunn av en sykepleierpool-ordning. Områder hvor det hyppigst oppgis å forekomme svikt i kvaliteten er medisinerings, sykepleieprosedyrer, for overfladiske observasjoner av pasienter, uteglemte besøk, og mer generelt overfor demente, pasienter med dårlig ernæringsstilstand, pasienter som krever mer omfattende eller kontinuerlig tilsyn og rehabiliteringspasienter. Grunnleggende stell prioriteres, men i likhet med i sykehjemmene er sykepleierne i intervjuene mer delt, og nyansert, i vurderingen av kvaliteten på det grunnleggende stellet enn i kartleggingsundersøkelsen. I tillegg oppgis det i alle tre kommuner at brukernes psykososiale behov nedprioriteres.

Spørreskjemaundersøkelsen på landsbasis bekrefter flere sentrale funn fra hjemmesykepleien i de tre kommunene. Pasientenes behov for grunnleggende stell og hygiene vurderes som bedre ivaretatt enn pasientenes ernæringsbehov og smerteproblematikk. Problemet med å ivareta pasientenes ernæringsbehov framstår likevel ikke så tydelig, sammenlignet med andre behov og oppgaver, som det gjorde i kartleggings- og intervjuundersøkelsen. Det samme gjelder for tekniske sykepleieprosedyrer. Medisinerings framstår gjennom spørreskjemaundersøkelsen som relativt sett bedre ivaretatt enn hva intervjuundersøkelsen, og til dels kartleggingsundersøkelsen, indikerer. Psykiske lidelser og psykososiale behov er, sammen med rusproblematikk og pasientenes behov for fysisk aktivisering, de områder som vurderes minst tilfredsstillende ivaretatt i tjenestene. Sykepleierne er også mindre fornøyd med ivaretagelsen av de indirekte sykepleieroppgavene, og spesielt gjelder dette arbeidet med pleieplaner.

Når det gjelder faglig uforsvarlig ivaretagelse av behov og oppgaver, mener 66 % av sykepleierne at dette skjer der de jobber, mens 16 % mener at dette skjer jevnlig. Faglig uforsvarlighet knyttes i størst grad til psykiske lidelser, psykososiale behov og medisinerings, samt arbeidet med pleieplaner og rapportering og dokumentasjon.

Behov for legetjenester, akutt så vel som kontinuerlig, vurderes av få som direkte utilstrekkelig dekket, men av mange som kun delvis tilfredsstillende dekket. Behovet for et annet tjenestetilbud enn det de får, vurderes av 36 % av sykepleierne å være til stede for "flere eller mange" av pasientene. Behovet for ordinær sykehjemsavdeling, skjermet sykehjemsavdeling og psykiatrisk tilbud i spesialisthelsetjenesten framstår som størst.

Organisatoriske faktorer som påvirker kvaliteten på tjenestene

Sykepleierne oppga i intervjuene at de trivdes generelt godt i arbeidet i hjemmesykepleien, og flere kunne ikke tenke seg en annen måte å arbeide på. Dette arbeidet er mer variert, selvstendig og mindre rutinepreget enn arbeidet i sykehus og sykehjem. Flere påpekte at det var berikende å arbeide med pasienter i deres hjemmesituasjon og på brukernes egne premisser.

Hjemmesykepleien i distriktene i de tre kommunene beskrives generelt som tjenester under ekspansjon. I alle distriktene er det kapasitetsproblemer på grunn av en økning i antall brukere og andel syke og sterkt pleietrengende pasienter, uten tilsvarende opptrapping av bemanningen, men kapasitetsproblemerkene varierer mellom kommunene. Organisatoriske faktorer som fremkommer som særlig kritiske for ivaretagelse av pasientene i hjemmesykepleien er tidspress, utilstrekkelig grunnbemanning, utilstrekkelig antall sykepleiere, stor andel ufaglærte og at disse forholdene er særlig framtrekkende på kveld og i helger. Det var uttalt bekymring for ufaglærtes kompetanse til å

ivareta viktige observasjoner, men også for utførelsen av pleien. Sykepleierne fremhevet at hjemmesykepleien står overfor særegne problemer med å kvalitetssikre tjenesten hjemme hos den enkelte bruker på grunn av den selvstendige arbeidsmåten. Ikke minst gjaldt dette ivaretakelsen av viktige medisinske og sykepleiefaglige observasjoner og sykepleiefaglige prosedyrer. Dokumentasjons- og rapporteringssystemene oppgis å være mangelfullt ivaretatt i alle distriktene. Dette øker faren for informasjonssvikt i en fragmentert tjeneste med mange brukere og personell, der det kan skje at viktige besøk, beskjeder, observasjoner eller tiltak ikke viderefremmes. Kapasitetsproblemer fører også til diskusjoner om arbeidsdeling mellom pleiepersonalet og om utformingen av sykepleierrollen. Kvaliteten på samarbeidet med fastleger og sykehus varierer noe, og det synes fortsatt behov for å videreutvikle samarbeidet for å sikre en bedre oppfølging av enkeltpasienter på tvers av nivå og tjenester.

I spørreundersøkelsen på landsbasis oppga sykepleierne igjen de samme årsaker til manglende kvalitet som i de tre kommunene. Disse sammenfaller også i stor grad med funnene i sykehjem. Dette er tidspress, lav grunnbemanning – særlig på kveldstid og i helger – , samt for stor andel ufaglærte og for liten andel sykepleiere. Mangelfull opplæring for hjemmehjelpere og ufaglærte vurderes også som en viktig årsak. Det gjennomsnittlige antall pasienter hver sykepleier har faglig ansvar for er nærmere dobbelt så stort i helgene som på dagtid på hverdager. Variasjonen er samtidig svært stor sykepleierne i mellom, ergo tjenestesteder imellom.

I sammenligning med andre faktorer, framstår ikke utilstrekkelig veiledning og undervisning fra spesialisthelsetjenesten blant de forhold som av flest vurderes som viktig årsak til at behov ivaretas utilstrekkelig, men svarene i spørreskjemaundersøkelsen tilsier likevel at dette oppleves som mangelfullt av mange. Sammenlignet med sykepleierne i sykehjem, hadde en klart større andel av sykepleierne i hjemmesykepleien, nærmere bestemt 35 %, mottatt veiledning fra spesialisthelsetjenesten i tilknytning til enkeltpasienter eller en bestemt type problematikk i løpet av den siste måneden. I samarbeidet med sykehusene er det også i hjemmesykepleien for sen utsending av epikriser fra sykehusene det synes å være mest misnøye med. I samarbeidet med leger bekrefter spørreskjemaundersøkelsen at mange opplever det som et problem å få tak i fastlegene ved behov.

9.3 Dilemmaer og utfordringer i tiden fremover

Gjennom undersøkelsen tydeliggjøres det at det i tjenestenes pasientgrupper både finnes omfattende, vedvarende pleiebehov og stort omfang av aktiv sykdom. Det drives i tjenestene altså både langtids pleie og omsorg og medisinsk behandling. Videre framstår personellsituasjonen som en særlig sentral faktor av betydning for tjenestenes kvalitet. Betydningen av personalfaktorer forsterkes også av at det dreier seg om relasjonelt og emosjonelt arbeid hvor personalet utgjør en særlig viktig ressurs i organisasjonene (Sørensen 2001). Dette danner grunnlag for valg av de følgende momenter som vi har valgt trekke fram avslutningsvis.

9.3.1 Perspektiver på kommunenes pleie- og omsorgstjeneste

Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene er preget av flere ulike kunnskapstradisjoner som samvirker eller konkurrerer med hverandre (Thorsen og Wærness 1999). Som denne undersøkelsen viser, er det helsefaglige personalet i sykehjem og hjemmesykepleie i hovedsak preget av generalistenes tilnæringsmåter, der den grunnleggende sykepleie står i fokus. Samtidig har man i de senere årene fra helsepolitisk hold utviklet pleie- og omsorgstjenestene i kommunene ut fra et sosialfaglig omsorgsperspektiv der brukerperspektivet har stått sentralt (St. melding nr. 28 (1999-2000)). Dette perspektivet innebærer at tjenestene skal utformes på brukernes premisser og at brukernes synspunkter skal være viktigste premissleverandør for vurdering av kvaliteten på

tjenestene. I de senere årene har også nye økonomiske og private modeller for utvikling av pleie- og omsorgstjenestene fått innpass i kommunenes tenkemåte (Gullikstad og Dahl 2002). Disse modellene innebærer et større innslag av brukerorientering og nye former for arbeidsdeling mellom yrkesgruppene. Videre er den også kjennetegnet ved en uttalt form for deprofesjonalisering av tjenestene, med økt bruk av ufaglærte og mindre makt og mulighet for profesjonene til å være premissleverandør i tjenestene. Selv om de fleste kommunene fortsatt driver etter mer tradisjonelle former for pleie- og omsorgstjenester, preges kommunene av disse nye idéstrømningene.

Endringene i spesialisthelsetjenesten fører til at kommunene i økt grad får pasienter med behov for medisinsk og sykepleiefaglig oppfølging. Omfanget av sykkelighet kan tyde på at behovet for helsetjenester og personell med medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse må vurderes nærmere i tiden fremover. I sykehjemmene gjelder dette både i korttids- og langtidsavdelingene. Det er også et spørsmål om hvordan man skal få ivaretatt mer spesialiserte behandlings- og rehabiliteringsoppgaver i kommunene. Samtidig har tjenestene brukere med vedvarende pleie- og omsorgsbehov, inkludert beboere som bor i sykehjemmene over lang tid, noe som tilsier vektlegging av sosialfaglige perspektiver og brukerperspektiver, samt å unngå unødig medikalisering av pleie- og omsorgstjenestene. Dette presser frem en diskusjon om hensiktsmessige perspektiver i kommunenes tjenester. Viktige utfordringer synes å være knyttet til spørsmål om i hvilken grad, og på hvilken måte, man skal integrere disse perspektivene i utformingen av kommunenes pleie- og omsorgstjenester.

9.3.2 Personellsituasjon og kvalitet

I undersøkelsen har sykepleierne i særlig grad fremhevet for lav bemanning og mangelfull samlet kompetanse som en vesentlig årsak til mangel på kvalitet i tjenestene. Dette omhandler både grunnbemanning og sykepleierbemanning, særlig på kveldstid og i helger. Ikke minst synes det å være en særlig bekymring for omfanget av ufaglærte, med de implikasjoner dette har for observasjoner og utføringen av pleien.

Sykepleiernes opplevelser av den høye andelen ufaglærte samsvarer med utviklingen av personellsituasjonen som viser at kommunene har problemer med å fylle nye stillinger i sykehjem og hjemmesykepleie med faglært personale. Dette gjelder særlig i storbyer (Sosial- og helsedirektoratet 2002).

I undersøkelsen finner vi, i likhet med tidligere undersøkelser (bl.a. Slagsvold 1999b), at flere ulike organisatoriske faktorer synes å samvirke når det gjelder kvalitet i tjenestene. På de beste og de dårligste stedene er det den samlede virkning av flere faktorer som gjør at kvaliteten og arbeidsmiljøet oppleves som henholdsvis godt eller dårlig. Samtidig fremtrer antall og sammensetning av personalet å være en svært viktig organisatorisk faktor for kvalitet i tjenestene.

Diskusjonen om bemanning i pleie- og omsorgstjenestene er ikke ny, og spørsmålet om bemanningsnormer har vært debattert i flere år (St.meld. nr.28 (1999-2000), St.meld. nr. 34 (1999-2000), Moland 1999) I denne rapporten vil vi ikke ta stilling til spørsmålet om bemanningsnormer. Variasjonene i bemanning, i kommunene og mellom hverdag og kveld, særlig i sykepleierstillinger, var imidlertid overraskende stor. Det synes å være en nær sammenheng med personellsituasjonen og opplevelsen av kvalitet og arbeidsmiljø ved de enkelte avdelinger. Det synes dermed som spørsmålet om grunnbemanning, sykepleierbemanning og kompetanse hos personalgruppen vil være helt sentralt i tiden fremover når man skal diskutere spørsmålet om kvalitetsutvikling av tjenestene.

Undersøkelsen bekrefter at pleie- og omsorgstjenestene i stor grad er personellintensive. Dette forsterkes av økende fysisk og mental svekkelse hos pasientene. Kommunene må derfor gis muligheter for å ivareta de omfattende nye oppgavene og arbeidsgiveransvaret for de store yrkesgruppene i sektoren gjennom nasjonale prioriteringer og statlig ansvar for tjenestene. Samtidig er kommunenes bekymring for kostnadsutviklingen i pleie- og omsorgstjenesten stor, og det synes som dette kan føre til uttalte motstands- og avvergeteknikker mot å vurdere bemanningsspørsmålet i sektoren. Et viktig funn i undersøkelsen er at bemanningsspørsmålet ikke synes å være et "bunnløst sluk". Både ledelsen og sykepleierne ved de beste avdelingene oppga at bemanningen i hovedsak var bra nok (selv om de ønsket flere sykepleiere på kveld og helg). Dette kan muligens også tyde på at det finnes en viss standard for tilstrekkelig bemanning sett i forhold til behovene ved det enkelte arbeidssted.

For å få et bedre grunnlag for å diskutere bemanningsspørsmålene, kan det her være behov for å utrede de viktigste kostnadsimplikasjonene av å innføre en mer stabil og tilfredsstillende grunnbemanning i forhold til den omfattende bruken av ad-hoc løsninger som benyttes i tjenestene i dag.

9.3.3 Sykepleierrollen og arbeidsdelingen innenfor de sykepleiefaglige yrkesgruppene i tjenestene

Avslutningsvis vil vi trekke frem noen implikasjoner av undersøkelsen når det gjelder spørsmålet om sykepleierrollen i kommunene og arbeidsdelingen mellom de medisinske og sykepleiefaglige yrkesgruppene innenfor tjenestene.

Som diskutert i kapittel 4 om sykehjemmene, synes det som at det kliniske arbeidet i stor grad bygger på det gjensidige samspillet mellom de ulike yrkesgruppene og den kompetansen disse besitter. Dersom leddene i denne kjeden brytes, gir dette opphav til problemer med ivaretagelsen av pasienten. Dersom legene er borte, blir det merarbeid på sykepleierne. Dersom sykepleierne er borte, får legene mindre bakgrunnsopplysninger for å ivareta den medisinske behandling, og hjelpepleierne og ufaglærte får mindre muligheter for råd og veiledning. Sykepleierne er på sin side avhengige av hjelpepleierne og ufaglærte for å utføre pleien på en tilfredsstillende måte, og av hjelpepleierne for å bidra til å undervise og veilede de ufaglærte.

I de siste årene har utviklingen av kommunehelsetjenesten ført til omfattende spørsmål om utformingen av sykepleierrollen. En viktig trend ved denne utviklingen har vært å trekke sykepleierne ut fra den direkte sykepleien og fra det pleiefaglige teamet. Dette har skjedd ved at sykepleieroppgavene i større grad er avgrenset til vurderingsoppgaver og utførelse av sykepleieprosedyrer, samt administrasjon. Dette kommer tydeligst frem i organisering av sykepleiere i sykepleierpool-ordninger av ulike slag (Harsvik mf.l. 2002).

På bakgrunn av denne og tidligere undersøkelser synes det å være behov for en diskusjon av sykepleierrollen i kommunehelsetjenesten, og om disse nye modellene er riktig vei å gå. Sykepleiernes deltakelse i teamet på avdelingene synes sentralt for å bidra til undervisning og veiledning av det øvrige pleiepersonalet. Dette skyldes også at kvalitetssikringen av arbeidet, i likhet med sykehusene (Vareide mf.l. 2001), ofte tar form som en "spørrekultur" der tilgjengeligheten av sykepleiere da blir viktig. Videre synes det som sykepleieres tilstedeværelse i avdelingen og i *utførelsen* og *oppfølgingen* av sykepleien til pasientene har stor kvalitetssikrende betydning. Sykepleiernes funksjon bør dermed ikke bare avgrenses til en begynnende vurdering av pasientens behov og iverksetting av tiltak. Dette bekreftes også i internasjonale undersøkelser fra sykehus. Disse finner sterk sammenheng mellom sykepleiernes tilstedeværelse i avdelingen og omfang av komplikasjoner og dødelighet hos pasientene (Needleman mf.l. 2002). Videre synes denne undersøkelsen å tyde på at sykepleierne ikke bare er viktige for å sikre den medisinske

oppfølgingen av pasientene, men at de er helt sentrale for å sikre kvaliteten på den grunnleggende sykepleien. Dette taler for at spørsmålet om bruk av sykepleiere ikke bør avgrensnes til spørsmål om medisinsk rettede oppgaver eller sykepleieprosedyrer, men også bør omhandle sykepleieres betydning innenfor langtidsomsorgen og i den grunnleggende pleie- og omsorg som gis i disse tjenestene.

På den andre siden synes det behov for å vurdere de tradisjonelle yrkesrollene og arbeidsdelingen mellom pleiepersonalet. Dette er vesentlig både for å sikre en bedre utnytting av kompetansen og for å redusere arbeidsbelastningen for personalet. En slik diskusjon kan bidra til å endre de gamle og tradisjonelle konfliktene mellom yrkesgruppene i sektoren. Det bør diskuteres en hensiktsmessig avgrensning av sykepleierrollen for å redusere omfanget av rollestress hos sykepleierne og avdelingslederne. Videre bør det diskuteres behovet for å skape en mer variert hjelpepleierrolle som avlaster hjelpepleierne (og omsorgsarbeidernes) tunge pleieoppgaver, og som i større grad utnytter deres kompetanse. De ufaglærte må på sin side også sikres anerkjennelse, oppfølging og gode arbeidsforhold innenfor tjenestene da de har stor betydning for den totale kvaliteten i tjenestene.

Referanseliste

- Den norske lægeforening (2001a): *Når du blir gammel og ingen vil ha deg*. En statusrapport om situasjonen i helsetjenesten fra Den norske lægeforening.
- Den norske lægeforening (2001b): *En sammenhengende helsetjeneste. Fra stykkevis og delt til fullt og helt*.
- Borgenhammar, E. (1993) *Att vårda liv : organisation, etik, kvalitet*. Stockholm, SNS förlag.
- Dahl, T. og Gullikstad, B.(2002): *Sykehjem i drift. Privat versus kommunal organisering av tjenester*, SINTEF-rapport STF38 A02504. Trondheim, SINTEF IFIM.
- Gautun, H., Kjerstad, E. og Kristiansen, F.: *Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. SNF-rapport nr. 57/01, Bergen, Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning.
- Grønmo, S. (1985): "Datakombinasjoner og analysestrategier", i Dale, B., Jones, M. og Martinussen, W. (red.): *Metode på tvers. Samfunnsvitenskapelige forskningsstrategier som kombinerer metoder og analysenivåer*, Tapir, Trondheim.
- Grue, E.V. (2000): *Omsorgsbolig. Behov for hjemmetjenester, medisinske – og psykososiale behov*. Rapport nr. 5/2000. Oslo: Diakonhjemmets høgskolesenter.
- Grue, E.V. & Sørbye, L.W. (1998) *Helse – og omsorgsbehov for hjemmeboende vurdert med RAI-HC Pleie- og omsorgstjenesten i St. Hanshaugen – Ullevål bydel*. Forskningsrapport nr. 8/98. Oslo: Diakonhjemmets høgskolesenter.
- Harsvik, T., Hofseth, C., Norvoll, R., Hem, K.-G. (2002) *Sykepleiere i sykehjem*, SINTEF-rapport STF78 A023504. Oslo, SINTEF Unimed.
- Holmøy, Jon (2001): *Pleie og omsorgstjenester 1995-1999. Noen hovedtall basert på GERIX-data*. Statistisk sentralbyrå, rapport 2001/12.
- Melsom, H. m.fl. (2001): Terminalomsorg til kreftpasienter. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 2001; 121: 2590-2.
- Moland, L. (1999): *Suksess og nederlag i pleie- og omsorgssektoren. Kvalitet, effektivitet og miljø*, Oslo, FAFO.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. and Zelevinsky, K.: Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals, *New England Journal of Medicine*, Vol.346, No.22, May30, 2002.
- Norgesnettrådet (2000): Rammeplan og forskrift. Sykepleierutdanning.
- Norsk sykepleierforbund (2001): *Lover og forskrifter som grunnlag for forsvarlig handling i helsesektoren*.
- NOU 1999:15: *Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus*.
- Otterstad, Hans Knut: *Pleiepasientene i helsetjenesten*. Folkehelse, Rapport nr.6, 1991.

- Romøren, T.I.(2001): *Den fjerde alderen. Funksjonstap. Familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Oslo, Gyldendal.
- Romøren, T.I (2001b): *Metusalems søsken*, doktorgradsavhandling. Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo.
- Slagsvold, B. (1994): *Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*, Dr.philos-avhandling, Norsk gerontologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Slagsvold, B. (1999a): Norsk eldreomsorg: hvor dårlig er dårlig? I: *Aldring og Eldre* nr. 3, 1999.
- Slagsvold, B. (1999b): "Kvalitet og kontekst", i Thorsen, K. og Wærness (red.): *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo, Ad Notam Gyldendal.
- Svensson, R. (1998): *Samfunn, medisin, sykepleie – en introduksjon til medisinsk sosiologi*. Oslo, Ad Notam Gyldendal.
- Torgersen,U. (1981): *Profesjonssosiologi*. Oslo ,Universitetsforlaget.
- Thorsen,K. og Wærness, K. (1999): "Eldreomsorg i omforming", i Thorsen, K. og Wærness (red.): *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*, Oslo, Ad Notam Gyldendal.
- Vareide, P.K., Hofseth, C., Norvoll, R., Røhme, K. (2001): *Stykkevis og helt – Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og identitet i sykehus*, SINTEF-rapport STF78 A013506. Oslo, SINTEF Unimed.
- Statens helsetilsyn (1999a): *Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998*. I Helsetilsynets utredningsserie nr. 7-99.
- Statens helsetilsyn (1999): *Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging*.
- Statens helsetilsyn (2002): *Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten. Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001*. (IK-2765).
- SSB/Statistisk sentralbyrå (2002): *Statistikk for Pleie og omsorgstjenester* (www.ssb.no/03/03/20/pleie/tab-2002-10-04-03.html).
- Sosial- og helsedepartementet: *NOU 1992:2 Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uheldredelige syke og døende*.
- Sosial- og helsedepartementet (1997): *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (I-13/97).
- Sosial- og helsedepartementet (1999): *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie og omsorgstjeneste. En analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner*.
- Sosial- og helsedepartementet (2001): *Rett person på rett plass*. Handlingsplan for helse- og sosialpersonell, rapport nr. 2 Resultater 1998-2000 og planer 2001-2004.

Sosial- og helsedepartementet: *St. melding nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet.*

Sosial- og helsedepartementet: *St. melding nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene.*

Sosial- og helsedepartementet: *St.meld. nr. 34 (1999-2000) Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år.*

Sosialdepartementet: *St.meld nr. 31 (2001-2002) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen "Fra hus til hender".*

Sosial- og helsedirektoratet (2002): Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006.

Statens helsetilsyn (1999a): *Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998.* I Helsetilsynets utredningsserie nr. 7-99

Statens helsetilsyn (1999b): *Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging.*

Statens helsetilsyn (2001): *Sykestuefunksjonen – the missing link?*

Sørensen, B.Aa. (2001): *Et nytt Helse-Norge? En panelstudie fra somatiske sykehus, AFI-rapport 5/01.* Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet.

Vedlegg 1: Skjema for beboere ved sykehjem

NB! Det skal fylles ut ett skjema for hver pasient!



A. PERSONDATA

1. **Kjønn:** Kvinne Mann

2. **Fødselsår (4 siffer)**

3. **Vært beboer ved sykehjemmet i følgende antall måneder (2 siffer):**

(Oppgi kun hele måneder. Under 1 mnd føres som 0. 1 føres som 01 osv.)

4. **Nå innlagt ved hvilken type avdeling?** Korttidsavdeling Langtidsavdeling

5. **Hjelpens status (Sett evt. flere kryss)**

Opphold for utredning

Avlastning

Rehabilitering

Oppfølging etter sykehusopphold

I påvente av plass på sykehus

Fast plass i ordinær sykehjemsavd

Annet

B. SYKDOMSDIAGNOSER

Kryss av for sykdom som er diagnostisert av lege og som er under behandling eller krever spesiell oppmerksomhet fra helsepersonell.

Hjerte/kar

Cerebro-vaskulær skade (inkl. slag)

Hjertesvikt

Arteriosklerotisk hjertesykdom

Dyp venetrombose

Hypertensjon

Arytmi

Perifer karsykdom

Nevrologisk

Demens

Hodeskade

Parkinsons

Afasi

Epilepsi

Multippel sklerose

(Annen) progredierende nevrol. lidelse

Muskel og skjelett

Artritt el. andre revmatiske lidelser

Kronisk muskelsmertesyndromer

Lårhalsbrudd

Andre frakturer

Osteoporose

Fordøyelse- og endokrinologisk system

Ulcussykdommer

Betennelser i fordøyelseskanalen

Leversvikt

Diabetes

Hyper- eller hypotyreose

Psykiske lidelser

Utviklingshemming

Autisme

Depresjon

Angstlidelser

Schizofreni og andre psykotiske lidelser

Øvrige psykiatriske diagnoser

Annet

Kreft

Allergier

Glaukom

Psoriasis

Herpes zoster

Infeksjoner som ikke er tatt med over

Respirasjon

Emfysem

Kronisk bronkitt

Astma

Pneumoni

Nyrer, urinveier og gynekologiske plager

Nyresvikt

Urinveisinfeksjon

Underlivsinfeksjon

Nedsunken livmor

T

1

T

T

T

Har pasienten andre diagnostiserte lidelser som er under behandling eller som krever spesiell oppmerksomhet fra helsepersonell?

Ja Nei

Får pasienten medisiner daglig?

Ja Nei

Trenger pasienten hjelp til å ta medisiner?

Ja Nei

Har vært innlagt i sykehus i løpet av siste måned?

Ja Nei

Har hatt ø-hjelp (legetilsyn el. legevakt) i løpet av siste måned?

Ja Nei

Har hatt unormale laboratorieverdier i løpet av siste måned? Ja Nei Prøver ikke tatt

C. PROBLEMOMRÅDER OG HJELPETILTAK

Kryss av for de problemer som er registrert hos pasienten under hvert av de følgende nummererte problemområdene. For hvert av problemene angir du også om dette problemet er å finne i stor, middels eller mindre grad hos pasienten. (F.eks. Hvor stor grad av dehydrering har pasienten?) Deretter krysser du av for hvilke tiltak som er iverksatt av pleiepersonell i forhold til dette problemområdet *i løpet av de siste 7 dagene*. Bak disse krysser du av for hvor tilfredsstillende dette har vært utført ut fra sykepleiefaglige standarder. Du krysser også av dersom sykepleier(e) har deltatt direkte i utføringen av tiltaket, og/eller dersom sykepleier(e) har veiledet andre uten å vært direkte deltakende.

1. Ernæring

- Nedsatt appetitt el. underernæring
 Dehydrering
 Fedme/overvekt
 Svelgpareser
 Kvalme og/eller oppkast
 Andre problemer

Problemomfang

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |

Tiltak

- Informasjon/veiledning/motivasjon
 Observasjon
 Vektmåling
 Diett
 Drikkeliste og/el. diuresemåling
 Insulin- og blodsukkerkontroll
 Kosttilskudd
 Fysisk hjelp til å spise el. drikke
 Sondeernæring
 Intravenøs væsketilførsel el. TPN

Faglig tilfredsstillende utført?

- | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |

Sykepl. deltatt

-

Sykepl. veiledet

-

Er de iverksatte tiltakene tilstrekkelig for å imøtekomme pasientens behov på en faglig tilfredsstillende måte innenfor dette området? Ja Delvis Nei Vet ikke

T

2

T

2. Personlig hygiene og eliminasjon

	Problemmfang		
	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Nedsatt evne til munnhygiene	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Nedsatt evne til av- og påkledning og/eller kroppsvask	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Nedsatt evne til toalettbesøk grunnet fysisk immobilitet	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Obstipasjon	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Diaré	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Inkontinens (Urin el. avføring)	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Annet vannlatingsbesvær	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Andre problemer	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad

Tiltak	Faglig tilfredsstillende utført?				Sykepl. deltatt	Sykepl. veiledet
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Informasjon/veiledning/motivasjon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Observasjon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hjelp til personlig hygiene	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hjelp til toalettbesøk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medisinering	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Klyx/ klystér	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inkontinensutstyr	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kateterisering/-stell e. blæreskylling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stomistell	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dialysebehandling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er de iverksatte tiltakene tilstrekkelig for å imøtekomme pasientens behov på en faglig tilfredsstillende måte innenfor dette området? Ja Delvis Nei Vet ikke

3. Respirasjon

	Problemmfang		
	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Dyspné (inkl. i anfall)	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Slim/ekspektorat	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Hoste	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Andre problemer	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad

Tiltak	Faglig tilfredsstillende utført?				Sykepl. deltatt	Sykepl. veiledet
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Informasjon/veiledning/ psyk.støtte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Observasjon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medisinering	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sekretløsende tiltak	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Regulering av ligge- /sittestillingsleie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> O2-behandling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Respirator	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tracheostomi	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ventilator	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sugning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er de iverksatte tiltakene tilstrekkelig for å imøtekomme pasientens behov på en faglig tilfredsstillende måte innenfor dette området? Ja Delvis Nei Vet ikke

4. Sirkulasjon

- Hypo- el- hypertensjon
 Ødemer
 Stuvning/lungeødem
 Andre problemer

Problemomfang

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |

Tiltak

- Informasjon/veiledning/motivasjon
 Observasjon
 Medisinering
 Regulering av ligge- /sittestillingsleie
 Forebygge trykksår
 BT- og pulskontroll
 CVK-stell
 Elastiske bind og strømper

Faglig tilfredsstillende utført?

- | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |

Sykepl. deltatt

-

Sykepl. veiledet

-

Er de iverksatte tiltakene tilstrekkelig for å imøtekomme pasientens behov på en faglig tilfredsstillende måte innenfor dette området? Ja Delvis Nei Vet ikke

5. Hud og infeksjoner

- Arterielle el. venøse sår
 Eksem el. andre utslett
 Fistler
 Hudinfeksjoner
 Andre infeksjoner
 Feber
 Andre problemer

Problemomfang

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |
| <input type="checkbox"/> Stor grad | <input type="checkbox"/> Middels grad | <input type="checkbox"/> Mindre grad |

Tiltak

- Informasjon/veiledning/motivasjon
 Observasjon
 Medisinering
 Regulering av ligge- /sittestillingsleie
 Forebygge trykksår
 Sårstell
 Smitteregime

Faglig tilfredsstillende utført?

- | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Delvis | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |

Sykepl. deltatt

-

Sykepl. veiledet

-

Er de iverksatte tiltakene tilstrekkelig for å imøtekomme pasientens behov på en faglig tilfredsstillende måte innenfor dette området? Ja Delvis Nei Vet ikke

6. Psykiske og sosiale problemer

	Problemmfang		
<input type="checkbox"/> Forvirring	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Nedsatt hukommelse	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Nedstemthet	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Uro/vandring	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Sorg el. krisereaksjoner	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Sosial isolasjon/ ensomhet	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> I konflikt med familie el. øvrig nettverk	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Aggresjon/vold/utagerende atferd	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Annen sosialt avvikende atferd	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Rusmisbruk	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Andre problemer	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad

Tiltak	Faglig tilfredsstillende utført?				Sykepl. deltatt	Sykepl. veiledet
<input type="checkbox"/> Informasjon/veiledning/psyk. støtte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Observasjon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Samtaler med pårørende	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hjelp til å komme ut	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medisinering	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er de iverksatte tiltakene tilstrekkelig for å imøtekomme pasientens behov på en faglig tilfredsstillende måte innenfor dette området? Ja Delvis Nei Vet ikke

7. Aktivitet, motoriske og sensoriske funksjoner

	Problemmfang		
<input type="checkbox"/> Søvnforstyrrelser	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Nedsatt mobilitet	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Ustøhet/falltendens	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Kontrakturer	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Nedsatt syn	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Nedsatt hørsel	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad
<input type="checkbox"/> Andre problemer	<input type="checkbox"/> Stor grad	<input type="checkbox"/> Middels grad	<input type="checkbox"/> Mindre grad

Tiltak	Faglig tilfredsstillende utført?				Sykepl. deltatt	Sykepl. veiledet
<input type="checkbox"/> Informasjon/veiledning/motivasjon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Observasjon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Regulering av ligge- /sittestillingsleie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bruk av heis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er de iverksatte tiltakene tilstrekkelig for å imøtekomme pasientens behov på en faglig tilfredsstillende måte innenfor dette området? Ja Delvis Nei Vet ikke

8. Døende/terminalstadier

For dette problemområdet er det ikke listet ulike typer problemer, men kun tiltak.

Tiltak	Faglig tilfredsstillende utført?				Sykepl. deltatt	Sykepl. veiledet
<input type="checkbox"/> Terminalomsorg/ palliativ behandl.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kontinuerlig overvåking	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ivaretagelse av pårørende	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er de iverksatte tiltakene tilstrekkelig for å imøtekomme pasientens behov på en faglig tilfredsstillende måte innenfor dette området? Ja Delvis Nei Vet ikke

9. Smerteproblematikk

Besvares dersom pasienten har smerter, uavhengig av årsak. (Sett evt. flere kryss.)

- Kroniske smerter
- Akutte smerter
- Smerter som lar seg vanskelig kontrollere
- Ikke-utredede el. diagnostiserte smerter
- Smertelindring igangsatt av lege el. smerteteam

Tiltak	Faglig tilfredsstillende utført?				Sykepl. deltatt	Sykepl. veiledet
<input type="checkbox"/> Informasjon/veiledning/psyk.støtte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Observasjon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TNS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annen ikke-medikamentell lindring	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Smertestillende per os	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Intravenøs behandling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Epidural smertelindr./morfinpumpe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opioid behandling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oppfølging av cytostatikabehandl.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oppfølging av strålebehandling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Delvis	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er de iverksatte tiltakene tilstrekkelig for å imøtekomme pasientens behov på en faglig tilfredsstillende måte innenfor dette området? Ja Delvis Nei Vet ikke

10. Mener du det er behov for (mer) medisinsk utredning? Ja Nei

Hvis ja: Innenfor hvilke(t) av problemområdene er behovet for utredning størst? (Sett inntil 3 kryss)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Ernæring | <input type="checkbox"/> 6. Aktivitet, motoriske og sensoriske funksjoner |
| <input type="checkbox"/> 2. Personlig hygiene og eliminasjon | <input type="checkbox"/> 7. Psykiske og sosiale problemer |
| <input type="checkbox"/> 3. Respirasjon | <input type="checkbox"/> 8. Terminalstadier |
| <input type="checkbox"/> 4. Sirkulasjon | <input type="checkbox"/> 9. Smerteproblematikk |
| <input type="checkbox"/> 5. Hud og infeksjoner | |

D. ØVRIG TILSYN OG BEHANDLING

1. a) Hvor ofte har pasienten hatt fast tilsyn av lege i løpet av den siste måneden?

- Ukentlig el. oftere Annenhver uke Hver 3. uke Hver 4. uke Sjeldnere
 Vet ikke

b) Har pasienten i denne perioden også hatt daglig tilsyn av lege?

- Ja Nei

c) Er omfanget av legetilsyn tilstrekkelig i forhold til pasientens behov?

- Ja Nei

2. Hvilke andre tjenester har pasienten mottatt i løpet av de siste 7 dagene?

- Fysioterapeut Aktivitør Psyk.sykepleier el. psykolog
 Ergoterapeut Logoped Prest

3. Har pasienten mottatt tannhelsetjenester i løpet av de siste 12 måneder?

- Ja Nei Vet ikke

E. ALTERNATIVT TJENESTETILBUD

Burde pasienten etter din vurdering fått tilbud om annen tjeneste eller omsorg på annet tjenestenivå?

- Nei
 Ja, og står på venteliste
 Ja, pasienten burde ha fått et bedre egnet tilbud, men har ikke fått det

Hvis ja: Hvilken type tilbud anser du som mest egnet for pasienten?

Sett evt. flere kryss dersom du mener det beste er kombinasjoner av tilbud.

- Hjemmesykepleie Rekreasjonshjem Skjernet avdeling i sykehjem
 Omsorgsbolig Ordinær sykehjemsavdeling Sykehus
 Dagsenter Rehab.avdeling i sykehjem Annet

F. EVENTUELLE KOMMENTARER ELLER TILLEGGSSOPPLYSNINGER OM PASIENTEN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vedlegg 2 Spørreskjemaundersøkelse sykehjem

--

A. OM DEG SELV

1) Hvor mange år har du arbeidet som sykepleier der du jobber nå?

--

Oppgi kun hele tall. Under ett år skrives som 0.

2) Hvor mange års erfaring har du som sykepleier totalt sett etter utdanningen?

--

3) Sett kryss for type erfaring du eventuelt har som sykepleier etter utdanningen:

- Fra annet sykehjem Fra sykehus
 Fra hjemmesykepleien Annet

4) Er du spesialsykepleier?

- Nei Ja

Hvis ja, innen hvilken spesialitet? Geriatri Onkologi Psykiatri Annet

5) Hvor stor stillingsandel har du?

--

Oppgi svaret i prosent av full stilling, uten %-tegn bak.

6) Har du en stilling som innebærer lederansvar?

- Nei Ja, faglig lederansvar Ja, personallederansvar Ja, begge deler

Hvis ja, har du formell lederutdanning? Nei Ja

7) Hvilke type vakter inngår i din jobb? *Sett evt. flere kryss.*

- Dagvakter Kveldsvakter Nattevakter Vakter i helger

8) Er sykehjemstjenesten integrert i hjemmetjenesten slik at hjemmesykepleie også inngår i ditt arbeid? Ja Nei

B. OM AVDELINGEN

1) Angi omtrentlig gjennomsnittlig antall pasienter du har ansvar for på ulike typer vakter. I dette inkluderes også de pasientene som du har bakvaktansvar for.

Sett kun ett tall i ruten bak den type vakter som inngår i din jobb.

Dagvakter på hverdager	Dagvakter i helger
Kveldsvakter på hverdager	Kveldsvakter i helger
Nattevakter på hverdager	Nattevakter i helger

2) Type avdeling:

- a) Korttidsavdeling c) Fast tilknyttet flere avdelinger
 b) Langtidsavdeling d) Ikke fast tilknyttet avdeling(er) pga. "Poolordning" e.l.

NB: Hvis svaret ditt er c) eller d), gå til neste side!

3) Er avdelingsleder (eller tilsvarende enhetsleder) sykepleier?

- Ja Nei

4) Hvor mange pasienter er det i din avdeling?

--

C. LEGETJENESTEN

- 1) Er legetjenesten ved sykehjemmet tilstrekkelig for å ivareta
- a) Akutt behov for medisinsk utredning? Ja Bare delvis Nei
- b) Kontinuerlig oppfølging av medisinske behov? Ja Bare delvis Nei
- 2) Deltar legen(e) i tverrfaglige møter i avdelingen?
 Nei Ja, av og til Ja, regelmessig/ofte
- 3) Driver legen(e) organisert undervisning overfor personalet?
 Nei Ja, av og til Ja, regelmessig/ofte
- 4) Veileder legen(e) personalet i behandling og oppfølging av enkeltpasienter?
 Nei Ja, men i utilstrekkelig grad Ja, i tilstrekkelig grad
- 5) Opplever dere problemer med å få *ekstern legevakt* til å komme innen rimelig tid ved akutte behov?
 Nei Ja, i noen grad Ja, i stor grad Ikke aktuelt

D. VEILEDNING OG SAMARBEID

- 1) Får du tilstrekkelig veiledning fra kolleger i det daglige arbeidet?
 Ja Stort sett tilstrekkelig Ofte utilstrekkelig Generelt utilstrekkelig
- 2) Har du i løpet av den siste måneden mottatt veiledning eller undervisning fra 2.linjetjenesten i tilknytning til enkeltpasient(er) eller en bestemt type problematikk? Ja Nei

3) Markér i hvilken grad du er enig i utsagnene !

	Helt enig	Nokså enig	Både/ og	Nokså uenig	Helt uenig
a) Jeg står i uforsvarlig stor grad alene med vanskelige vurderinger og avgjørelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Samarbeidet mellom sykehjemmet og <i>hjemmesykepleien</i> fungerer godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Samarbeidet mellom sykehjemmet og <i>sykehus</i> fungerer godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Melding om <i>utskrivning fra sykehuset</i> kommer i rimelig tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) <i>Informasjonen</i> vi får ved <i>utskrivning</i> fra sykehus er god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) <i>Epikriser</i> blir sendt ut for lang tid etter utskrivning fra sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. ARBEIDSMOTIVASJON

Hvilke av de følgende forhold betyr mest for ditt ønske om å forbli i jobben din? Sett inntil 4 kryss!

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mulighet for faglig utvikling | <input type="checkbox"/> Trivsel sammen med pasientene |
| <input type="checkbox"/> Mulighet for permisjon | <input type="checkbox"/> Begrenset fysisk slitasje |
| <input type="checkbox"/> Mulighet for redusert arbeidstid | <input type="checkbox"/> Arbeidstid som passer med private behov |
| <input type="checkbox"/> Varierte arbeidsoppgaver | <input type="checkbox"/> Lønn |
| <input type="checkbox"/> God avdelingsledelse | <input type="checkbox"/> Mulighet til å bruke mange sider av egen fagkompetanse |
| <input type="checkbox"/> Fellesskap for faglige vurderinger | <input type="checkbox"/> Trivsel i personalgruppa |
| <input type="checkbox"/> Kort vei til arbeidsplassen | <input type="checkbox"/> Annet:..... |
| <input type="checkbox"/> Mulighet for faglig god pasientivaretagelse | |



F. PASIENTIVARETAKELSE

- 1) Er det tilstrekkelig kompetanse blant personalet til å få ivare tatt pasientenes behov på en god måte ved de ulike typer vakter?

Type vakter	Ja, tilstrekkelig kompetanse	Nei, utilstrekkelig kompetanse
a) Dagvakter på hverdager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kveldsvakter på hverdager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Nattevakter på hverdager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Dagvakter i helger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kveldsvakter i helger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Nattevakter i helger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 2) Er kompetansen generelt sett tilstrekkelig for å ivareta pasientenes for:

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| a) Helsetjenester ved sykdom? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Bare delvis | <input type="checkbox"/> Nei |
| b) Kliniske prosedyrer? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Bare delvis | <input type="checkbox"/> Nei |
| c) Grunnleggende stell og ernæring? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Bare delvis | <input type="checkbox"/> Nei |
| d) Psykososiale behov? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Bare delvis | <input type="checkbox"/> Nei |

T

T

3) Det er under listet en rekke behov og oppgaver som ivaretas i sykehjem. For hver av disse skal du gi en vurdering av hvor godt dette ivaretas i din(e) avdeling(er), på en skala fra 1 til 5 hvor 1 er "Svært tilfredsstillende" og 5 er "Svært utilfredsstillende".

Pasientbehov og oppgaver	Svært tilfredsstillende				Svært utilfredsstillende	Har ikke grunnlag for å svare
	1	2	3	4		
1.Grunnleggende stell og pasienthygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Ernæringstilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Psykosiale behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Smerteproblematikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Cancerproblematikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Demensproblematikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.Psykiatriske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.Medisinsk behandling (generelt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Tekniske (sykepleie)prosedyrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Medisinerings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.Sårstell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.Forebygging av sengeleiekomplikasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.Terminalpleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.Smitteregime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.Samvær og tilsyn med pasientene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.Utvide respekt overfor pasientene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.Veiledning, info og samtaler med pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.Veiledning og info til pasientene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.Pasientobservasjon og tilstandsvurderinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.Medisinsk utredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.Utarbeidelse av pleieplaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.Rapportering og dokumentasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.Evaluering av sykepleietiltakene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.Holde seg faglig oppdatert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.Informasjonsutveksling/kommunikasjon i avd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T

4

T

4) Hender det at pasientbehov eller oppgaver i din(e) avdeling(er) ivaretas på en faglig uforsvarlig måte?

Nei

Ja, det hender, men sjelden

Ja, det hender jevnlig

Hvis ja, kryss av for de behov eller oppgaver dette gjelder:

1. Grunnleggende stell og pasienthygiene

2. Ernæringstilstand

3. Psykosiale behov

4. Fysisk aktivitet

5. Smerteproblematikk

6. Cancerproblematikk

7. Demensproblematikk

8. Psykiatriske lidelser

9. Medisinsk behandling (generelt)

10. Tekniske (sykepleie)prosedyrer

11. Medisinering

12. Sårstell

13. Forebygging av sengeleiekomplikasjoner

14. Terminalpleie

15. Smitteregime

16. Samvær og tilsyn med pasientene

17. Utvise respekt overfor pasientene

18. Veiledning, info og samtaler med pårørende

19. Veiledning og info til pasientene

20. Pasientobservasjon og tilstandsvurderinger

21. Medisinsk utredning

22. Utarbeidelse av pleieplaner

23. Rapportering og dokumentasjon

24. Evaluering av sykepleietiltakene

25. Holde seg faglig oppdatert

26. Info.utveksling/kommunikasjon i avd.

5) Sett på bakgrunn av det tjenestetilbudet din(e) avdeling(er) gir i dag, er det etter din mening pasienter i avdelingen som burde ha hatt et annet omsorgs-/eller behandlingstilbud?

Vi ber deg her om å gi en faglig vurdering ut fra hva du tror hadde vært det beste for pasienten, uavhengig av om pasienten selv ville ønsket et slikt tilbud og om pasienten står på venteliste for et annet tilbud, og også uavhengig av hvilke tilbud som eksisterer i kommunen eller regionen.

Nei, ingen

Hvis nei, gå til neste side i spørreskjemaet.

Ja,

Hvis ja:

a) Omtrentlig hvor mange gjelder dette?

b)Hvilke andre omsorgs-/eller tjenestetilbud mener du at disse heller burde hatt?

Sett inntil 3 kryss!

Hjemmesykepleie

Omsorgsbolig

Spesialisert rehabiliteringsavdeling i sykehjem

Skjermet avdeling i sykehjem

Sykehjemsavdeling med styrket kompetanse innen aktiv medisinsk behandling

Psykiatrisk eller psykogeriatrisk avdeling (i spesialisthelsetjenesten)

Somatisk avdeling i sykehus

Annet:.....

G. VILKÅR FOR PASIENTIVARETAKELSE

Når det gjelder behov og oppgaver som blir mindre godt ivaretatt i din(e) avdeling(er), hva er etter din mening årsakene til dette?

Sett bare ett kryss på hver linje!

Mulige årsaker	Svært viktig årsak	Ganske viktig årsak	Litt viktig årsak	Uviktig/ ikke av betydning
For lav grunnbemanning på kveld og/eller helg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For lav grunnbemanning på dagtid på hverdagene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For liten andel sykepleiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For liten andel hjelpepleiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For stor andel ufaglærte på kveld og/eller helg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For stor andel ufaglærte på andre vakter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ustabilitet i personalgruppa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilstrekkelig sykepleiefaglig kompetanse i avd.ledelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilstrekkelig lederkompetanse i avd.ledelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For liten tid til hver pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For lite opplæring for nyansatte med fagutdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For lite opplæring for pleieassistenter/ufaglærte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelfull mulighet til faglig utvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilstrekkelig informasjonsflyt og dokumentasjon internt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilstrekkelig samarbeid/ koordinering med andre kommunale tjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilstrekkelig veiledning og undervisning fra 2.linjetjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. VILKÅR FOR LEDELSE

NB: Besvares kun av sykepleiere med avdelingslederansvar (dvs. avdelingssykepleier og tilsvarende)!!

	I liten grad		I stor grad		
	1	2	3	4	5
1) I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelig lederkompetanse i forhold til ditt lederansvar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) I hvilken grad opplever du mulighet til å styrke egen lederkompetanse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) I hvilken grad opplever du mulighet til å ivareta dine oppgaver som fagansvarlig sykepleier i det daglige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) I hvilken grad opplever du mulighet til å ivareta personallederoppgavene i det daglig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vedlegg 3: Tabellvedlegg Sykehjem

Vedlegg 3.1 til kapittel 3, kartleggingsundersøkelsen: Tiltak og sykepleierinvolvering

De følgende 9 tabellene viser tiltak som er iverksatt overfor ulike typer problemer hos pasientene, samlet i problemområder. Prosentandelen pasienter med minst ett av problemene innen problemområdet er oppgitt i parentes bak angivelsen av hvert problemområde. For hvert tiltak framkommer 1) hvor stor prosentandel av pasientene med denne type problematikk det enkelte tiltaket er iverksatt overfor i løpet av de siste 7 dagene ("Andel av kategori"), 2) hvor stor prosentandel av alle pasientene tiltaket er iverksatt overfor og hvor mange dette er i antall (N=290), 3) prosentandelen av pasientene tiltaket ble vurdert faglig tilfredsstillende overfor, og 4) prosentandel av pasientene hvor det har vært sykepleier(e) direkte involvert i utføringen av tiltaket, indirekte involvert i form av å ha veiledet andre, eller både direkte og indirekte involvert. Når det gjelder pkt. 3) og 4), så er dette prosentener av antallet pasienter de ulike tiltakene ble iverksatt overfor, og som er oppgitt i parentes bak "Andel av totalt N". Se for øvrig forklaring etter første tabell.

Når det gjelder "Andel faglig tilfredsstillende", kan det legges til at det her også fantes svaralternativet "Delvis tilfredsstillende". Selv om denne ikke er tatt med i tabellen under, inngikk også disse svarprosentene i vurderingene som ligger til grunn for resultatpresentasjon og konklusjoner i kapittel 3.

Personlig hygiene og eliminasjon (Totalt 97 % av pasientene)	Andel av kategori (N=281)	Andel av tot N (Antall i parentes)	Andel faglig tilfredsstillende	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil	Både og
Hjelp til personlig hygiene	95	92 (266)	83	38	20	26
Hjelp til toalettbesøk	79	77 (223)	78	37	17	24
Observasjon	67	65 (188)	79	37	17	37
Medisinering	62	60 (174)	83	66	8	20
Informasjon/veiledning/motivasjon	59	58 (167)	68	33	17	38
Inkontinensutstyr	57	56 (161)	73	34	22	19
Klyx/ klystér	21	20 (58)	64	36	26	21
Kateterisering/-stell eller blæreskylling	8	8 (23)	65	48	4	17
Stomistell	3	3 (8)	25	13	0	13
Dialysebehandling	3	2 (7)	14	0	0	14

Ser vi på tabellens første rad "Hjelp til personlig hygiene," kan vi lese at dette tiltaket/tiltakene i perioden ble iverksatt blant 95 % prosent av alle som hadde et problem innen kategorien "Personlig hygiene og eliminasjon". Videre ser vi at dette utgjør 92 % av alle pasienter, og at dette i antall er 266. Deretter ser vi at overfor 83 % av disse pasientene er dette tiltaket vurdert som faglig tilfredsstillende utført. Under overskriften *Sykepleierdeltakelse* finner vi at det har vært sykepleier(e) direkte involvert i tiltaket overfor 38 % av disse pasientene, mens sykepleier(e) har vært indirekte involvert i form av veiledning blant 20 % av disse pasientene. Sykepleier har vært involvert i form av både direkte deltakelse og veiledning av annet personell overfor 26 % av disse pasientene. I de resterende tilfellene, her 16 % , er det altså ikke oppgitt at sykepleier(e) har deltatt direkte eller indirekte.

Aktivitet, motoriske og sensoriske funksjoner (Totalt 89 % av pas.)	Andel av kategori (N=259)	Andel av tot N (Antall i parentes)	Andel faglig tilfredsstillende	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Informasjon/veiledning/ motivasjon	68	61 (177)	64	37	12	39
Observasjon	66	59 (179)	81	41	11	39
Regulering av ligge- /sittestillingsleie	48	43 (124)	80	39	9	40
Bruk av heis	24	21 (62)	72	26	8	39

Psykiske og sosiale problemer (Totalt 82 % av pas.)	Andel av kategori (N=237)	Andel av tot N (Antall i parentes)	Andel faglig tilfredsstillende	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Informasjon/veiledning/ psykisk støtte	76	62 (179)	49	34	14	36
Observasjon	68	56 (161)	69	44	8	35
Medisinering	59	48 (139)	71	59	7	20
Samtaler med pårørende	49	40 (115)	66	52	4	33
Hjelp til å komme ut	33	27 (79)	58	56	16	28

Ernæring (Totalt 57 % av pas)	Andel av kategori (N=166)	Andel av tot N (Antall i parentes)	Andel faglig tilfredsstillende	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Observasjon	69	40 (117)	68	38	12	39
Informasjon/veiledning/ motivasjon	65	38 (110)	57	35	14	42
Fysisk hjelp til å spise eller drikke	43	26 (75)	60	25	13	31
Vektmåling	37	21 (61)	57	25	28	28
Diett	31	18 (52)	44	31	15	42
Kosttilskudd	28	16 (46)	63	35	13	35
Insulin- og blodsukkerkontroll	22	15 (42)	69	55	5	24
Drikkeliste og/eller diuresemåling	18	10 (30)	43	30	17	30
Sondeernæring	7	4 (11)	36	36		18
Intravenøs væske-tilførsel eller TPN	4	2 (7)	14	29		

Sirkulasjon (Totalt 48 % av pas.)	Andel av kategori (N=138)	Andel av tot N (Antall i parentes)	Andel faglig tilfredsstillende	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Observasjon	67	32 (93)	77	48	12	39
Medisinering	67	32 (92)	84	61	5	24
Regulering av ligge-/sittestillingsleie	48	23 (68)	64	31	18	44
Informasjon/veiledning/motivasjon	43	20 (59)	59	37	10	48
Forebygge trykksår	42	21 (61)	71	34	18	43
BT- og pulskontroll	42	21 (61)	68	49	8	34
Elastiske bind og strømper	29	14 (40)	54	25	28	28
CVK	1	1 (2)	0			

Smerteproblematikk (Totalt 48 % av pas.)	Andel av kategori (N=136)	Andel av tot N (Antall i parentes)	Andel faglig tilfredsstillende	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Smertestillende per os	93	43 (126)	74	60	2	32
Observasjon	63	30 (86)	71	48	8	41
Informasjon/veiledning/psykisk støtte	55	26 (75)	58	37	8	44
Annen ikke-medikamentell lindring	13	6 (17)	44	53	0	24
Opioid behandling	9	4 (12)	58	50	0	33
TNS	4	2 (5)	20	0	0	0
Oppfølging av strålebehandling	3	1 (4)	25	25	0	0
Intravenøs behandling	2	1 (3)	0	33	0	0
Epidural smertelindring/morfinpumpe	2	1 (3)	33	0	33	0
Oppfølging av cytostatikabehandling	2	1 (3)	0	0	0	0

Hud og infeksjoner (Totalt 38 % av pas.)	Andel av kategori (N=111)	Andel av tot N (Antall i parentes)	Andel faglig tilfredsstillende	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Observasjon	69	27 (77)	75	39	12	44
Forebygge trykksår	55	23 (67)	80	25	16	78
Sårstell	51	20 (57)	78	49	7	39
Informasjon/veiledning/motivasjon	47	18 (58)	65	39	10	44
Regulering av ligge-/sittestillingsleie	43	17 (48)	76	25	17	50
Medisinering	41	16 (45)	64	49	7	31
Smitteregime	9	3 (10)	70	40		30

Respirasjon (Totalt 25 % av pas.)	Andel av kategori (N=72)	Andel av tot N (Antall i parentes)	Andel faglig tilfredsstillende	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Observasjon	72	19 (54)	67	50	9	30
Medisinering	50	12 (36)	69	72	8	17
Informasjon/veiledning/ (psyk.støtte)	49	12 (36)	53	42	17	33
Regulering av ligge-/sittestillingsleie	38	9 (27)	85	48	11	33
Sekretløsende tiltak	28	7 (20)	75	60	10	25
Ventilator	7	2 (5)	80	100		
O ₂ -behandling	6	1 (4)	100	100		
Tracheostomi	1	0 (1)	100	100		
Suging	1	0 (1)				
Respirator	0	0 (0)	0			

Døende/ terminalstadier (Totalt 3 % av pas.)	Andel av kategori (N=9)	Andel av tot N (Antall i parentes)	Andel faglig tilfredsstillende	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Terminalomsorg/ palliativ behandl.	Ikke aktuelt	3 (8)	63	50	0	23
Kontinuerlig overvåking		2 (6)	40	50	0	34
Ivaretagelse av pårørende		2 (6)	60	50	0	33

Vedlegg 3.2 til kapittel 5.1.2, Spørreskjemaundersøkelsen i sykehjem: Uforsvarlig pasientivaretagelse

De sykepleierne som mente at det i deres avdeling er pasientbehov eller oppgaver som ivaretas på en faglig uforsvarlig måte (420 sykepleiere), ble bedt om å angi hvilke av en rekke oppgitte behov eller oppgaver dette gjelder. Tabellen viser prosent og antall sykepleiere som da krysset av for de ulike oppgavene, listet i synkende rekkefølge etter prosent.

Uforsvarlig ivaretagelse. Prosent av N (420) og antall.

	Prosent	Antall
Psykiatriske lidelser	50	210
Psykososial behov	49	206
Utarbeidelse av pleieplaner	44	186
Fysisk aktivitet	43	181
Samvær og tilsyn med pasientene	41	172
Demensproblematikk	37	156
Smitteregime	32	135
Rapportering og dokumentasjon	29	123
Holde seg faglig oppdatert	28	118
Evaluering av sykepleietiltakene	24	102
Utvide respekt overfor pasientene	22	93
Informasjonsutveksling/ kommunikasjon i avdelingen	20	84
Veiledning, info og samtaler med pårørende	19	81
Pasientobservasjon og tilstandsvurderinger	19	79
Medisinering	17	70
Ernæringstilstand	15	65
Veiledning og info til pasientene	15	61
Sårstell	14	60
Forebygging av sengeleiekomplikasjoner	14	60
Grunnleggende stell og hygiene	14	57
Medisinsk utredning	12	49
Terminalpleie	11	46
Tekniske (sykepleie)prosedyrer	10	44
Cancerproblematikk	10	42
Medisinsk behandling (generelt)	10	41

Som et eksempel kan vi se av tabellen at 50 % av de sykepleierne som mente at uforsvarlig ivaretagelse foregår, enten jevnlig eller sjeldnere, oppga at dette gjelder for "Psykiatriske lidelser" (evt. i tillegg til andre områder). Vi ser at i antall er dette 210 sykepleiere. Det var blant sykepleierne i sykehjem 544 som besvarte spørsmålet om faglig uforsvarlighet i avdelingen (jf tabell 5.2 i kapittel 5.1.2). Det var altså 210 av disse 544 sykepleierne, dvs 39 % av sykepleierne, som mente at det jevnlig eller sjeldnere foregår uforsvarlig ivaretagelse av pasientbehov eller oppgaver knyttet til "Psykiatriske lidelser" i avdelingen(e) hvor de jobber. (Sistnevnte prosentandel er regnet ut på grunnlag av tabellen, men er ikke å lese i tabellen.)

Vedlegg 4: Tabellvedlegg Hjemmesykepleien

Vedlegg 4.1 til kapittel 6, kartleggingsundersøkelsen: Tiltak og sykepleierinvolvering

De følgende 9 tabellene viser tiltak som er iverksatt overfor ulike typer problemer hos pasientene, samlet i problemområder. For hvert tiltak framkommer 1) hvor stor prosentandel av pasientene med denne type problematikk det enkelte tiltaket er iverksatt overfor i løpet av de siste 7 dagene blant pasientene i det tilfeldige utvalget ("Andel av kategori"), 2) hvor stor prosentandel av alle pasientene i det tilfeldige utvalget tiltaket er iverksatt overfor og antall ("Andel av N", N=384), 3) prosentandelen av pasientene tiltaket ble vurdert faglig tilfredsstillende utført overfor, og 4) prosentandel av pasientene hvor det har vært sykepleier(e) direkte involvert i utføringen av tiltaket, indirekte involvert i form av å ha veiledet andre, eller både direkte og indirekte involvert. Vurdering av tiltaket og sykepleierdeltakelse (pkt. 3 og 4) baserer seg på *alle* pasientene tiltaket er utført overfor i det totale utvalget på 402 pasienter. Dette antallet pasienter, altså N for pkt. 3 og 4, er oppgitt i parentes i kolonnen "Andel faglig tilfredsstillende". Det er verd å merke seg at dette tallet, altså grunnlaget for prosenttallene, for enkelte tiltak er svært lavt.

Se for øvrig eksempelet etter første tabell som forklaring.

Psykiske og sosiale problemer (64 % av pasientene)	1) Andel av kategori (N ¹ =244)	2) Andel av N ² (n)	3) Andel faglig tilfredsstillende (N ³)	4) Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Informasjon/veiledning/psykisk støtte	78	49 (189)	63 (196)	65	10	10
Observasjon	66	42 (160)	68 (167)	61	12	10
Medisinering	55	35 (135)	84 (140)	68	13	5
Samtaler med pårørende	41	26 (101)	61 (103)	61	10	10
Hjelp til å komme ut	37	24 (91)	60 (95)	42	25	6

Supplerende forklaring:

N¹ = Antall pasienter med psykiske og sosiale problemer i det tilfeldige utvalget, dvs. 64 % av alle disse pasientene jf kolonnetittel i 1. kolonne.

N² = 384, dvs. alle pasientene i det tilfeldige utvalget.

N³ = Antall pasienter i det totale utvalget som det enkelte tiltaket ble utført overfor.

Ser vi på tabellens første rad "Informasjon/veiledning/motivasjon", kan vi lese at dette tiltaket ble iverksatt overfor 78 % av de med et problem innen kategorien "Psykiske og sosiale problemer" i løpet av de siste 7 dagene. Videre ser vi at dette utgjør 49 % av alle pasientene i det tilfeldige utvalget, og at dette i antall er 189. Deretter ser vi at tiltaket vurderes å være faglig tilfredsstillende utført for 63 % av alle pasientene det ble iverksatt overfor, og at dette utgjør 196 pasienter, siden alle de registrerte pasientene er inkludert. (Som det framgår av kartleggingsskjemaet i vedlegg foran, var "Delvis" også et svaralternativ her, i tillegg til "Nei". Selv om denne ikke er tatt med i tabellene, inngikk selvsagt også disse svarprosentene i vurderingene som ligger til grunn for resultatpresentasjon og konklusjoner i kapittel 6.) Under overskriften *Sykepleierdeltakelse* finner vi at det har vært sykepleier(e) direkte involvert i tiltaket overfor 65 % av disse pasientene, mens sykepleier(e) har vært indirekte involvert i form av veiledning overfor 10 %. Sykepleier har vært involvert i form av både direkte deltakelse og veiledning av annet personell også overfor 10 %. I de resterende tilfellene, her 15 %, er det altså ikke oppgitt at sykepleier(e) har deltatt direkte eller indirekte.

veiledning av annet personell også overfor 10 %. I de resterende tilfellene, her 15 %, er det altså ikke oppgitt at sykepleier(e) har deltatt direkte eller indirekte.

Aktivitet, motoriske og sensoriske funksjoner (55 % av pasientene)	Andel av kategori (N=210)	Andel av N (n)	Andel faglig tilfredsstillende (N)	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Informasjon/veiledning/motivasjon	71	39 (148)	75 (157)	69	10	6
Observasjon	51	28 (107)	70 (114)	63	12	3
Regulering av ligge-/sittestillingsleie	19	10 (39)	71 (44)	52	18	11
Bruk av heis	14	8 (30)	61 (33)	39	12	9

Personlig hygiene og eliminasjon (53 % av pasientene)	Andel av kategori (N=204)	Andel av N (n)	Andel faglig tilfredsstillende (N)	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Hjelp til personlig hygiene	79	42 (161)	73 (171)	59	19	6
Informasjon/veiledning/motivasjon	61	33 (125)	75 (129)	66	16	9
Observasjon	47	25 (95)	68 (101)	56	20	9
Inkontinensutstyr	38	20 (77)	77 (82)	59	20	6
Hjelp til toalettbesøk	36	19 (74)	66 (80)	46	25	10
Medisinering	34	19 (71)	75 (77)	74	8	3
Klyx/ klystér	15	8 (30)	23 (31)	36	10	0
Kateterisering/-stell eller blæreskylling	14	7 (28)	38 (29)	59	3	0
Stomistell	12	7 (27)	31 (29)	45	3	0
Dialysebehandling	9	5 (19)	5 (20)	35	5	0

Ernæring (45 % av pasientene)	Andel av kategori (N=173)	Andel av N (n)	Andel faglig tilfredsstillende (N)	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Informasjon/veiledning/motivasjon	81	37 (140)	62 (148)	63	19	3
Observasjon	60	27 (103)	64 (111)	63	21	4
Vektmåling	27	12 (46)	25 (48)	31	19	2
Diett	27	12 (46)	31 (49)	45	20	2
Insulin- og blodsukkerkontroll	27	12 (46)	48 (48)	56	8	2
Kosttilskudd	26	12 (45)	45 (51)	49	16	2
Fysisk hjelp til å spise eller drikke	20	9 (34)	36 (36)	25	28	3
Drikkeliste og/eller diuresemåling	15	7 (25)	26 (27)	33	19	0
Sondeernæring	12	6 (21)	9 (23)	30	9	4
Intravenøs væske-tilførsel eller TPN	11	5 (19)	5 (21)	29	10	0

Sirkulasjon (31 % av pasientene)	Andel av kategori (N=120)	Andel av N (n)	Andel faglig tilfredsstillende (N)	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Medisinering	68	21 (82)	81 (86)	74	5	4
Observasjon	67	21 (80)	77 (83)	76	7	6
Informasjon/veiledning/ motivasjon	50	16 (60)	74 (62)	82	5	3
Elastiske bind og strømper	43	13 (51)	60 (55)	64	9	6
BT- og pulskontroll	40	13 (48)	60 (50)	52	12	12
Forebygge trykksår	26	8 (31)	49 (33)	61	9	18
Regulering av ligge- /sittestillingsleie	25	8 (30)	38 (32)	53	16	9
CVK	14	4 (4)	0 (18)	39	6	0

Hud og infeksjoner (25 % av pasientene)	Andel av kategori (N=95)	Andel av N (n)	Andel faglig tilfredsstillende (N)	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Observasjon	70	17 (67)	79 (58)	77	7	7
Sårstell	63	16 (60)	70 (69)	68	3	7
Informasjon/veiledning/ motivasjon	58	15 (56)	71 (58)	81	3	7
Forebygge trykksår	44	11 (42)	57 (46)	72	2	12
Medisinering	35	9 (33)	56 (34)	78	0	7
Regulering av ligge- / sittestillingsleie	24	6 (23)	23 (26)	58	0	0
Smitteregime	22	6 (22)	29 (24)	75	0	4

Respirasjon (20 % av pasientene)	Andel av kategori (N=77)	Andel av N (n)	Andel faglig tilfredsstillende (N)	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Observasjon	68	14 (53)	68 (59)	71	14	3
Informasjon/veiledning/ (psyk.støtte)	66	14 (52)	60 (55)	75	13	4
Medisinering	55	11 (43)	68 (47)	70	9	4
Sekretløsende tiltak	38	8 (29)	26 (31)	32	13	0
Regulering av ligge- /sittestillingsleie	30	6 (23)	29 (24)	50	4	0
Ventilator	29	6 (22)	13 (23)	35	0	0
O ₂ -behandling	27	6 (21)	13 (23)	44	0	0
Respirator	23	5 (18)	0 (19)	32	0	0
Tracheostomi	23	5 (18)	0 (19)	32	0	0
Suging	23	5 (18)	0 (19)	32	0	0

Vedlegg 4.2 til kapittel 8.1.2, Spørreskjemaundersøkelsen i sykehjem: Uforsvarlig pasientivaretagelse

De sykepleierne som mente at det i deres avdeling er pasientbehov eller oppgaver som ivaretas på en faglig uforsvarlig måte (372 sykepleiere) ble bedt om å angi hvilke av en rekke oppgitte behov eller oppgaver dette gjelder. Tabellen viser prosent og antall sykepleiere som da krysset av for de ulike oppgavene, listet i synkende rekkefølge etter prosent.

Uforsvarlig pasientivaretagelse. Prosent (N=372) og antall.

Behov/ oppgave	Prosent	Antall
Psykiatriske lidelser	41	152
Psykososiale behov	39	145
Utarbeidelse av pleieplaner	38	140
Medisinering	34	125
Rapportering og dokumentasjon	34	125
Fysisk aktivitet	30	112
Demensproblematikk	29	107
Rusproblematikk	26	95
Ernæringstilstand	25	92
Smitteregime	25	92
Evaluering av sykepleietiltakene	23	85
Holde seg faglig oppdatert	21	78
Rehabilitering	18	68
Sårstell	18	67
Pasientobservasjon og tilstandsvurderinger	16	60
Smerteproblematikk	16	59
Forebygging av skader/ulykker i hjemmet	16	59
Info.utveksling/ kommunikasjon i avdelingen	16	59
Veiledn., info og samtaler med pårørende	15	57
Tekniske (sykepleie)prosedyrer	13	49
Grunnleggende stell og pasienthygiene	12	45
Utvide respekt overfor pasientene	12	45
Tilsyn med pasientene	12	44
Medisinsk behandling (generelt)	12	43
Veiledning og info til pasientene	11	41
Forebygging av sengeleiekomplikasjoner	10	38
Cancerproblematikk	10	36
Terminalpleie	6	23

Som et eksempel kan vi se av tabellen at 41 % av de sykepleierne som mente at uforsvarlig ivaretagelse foregår, enten jevnlig eller sjeldnere, oppga at dette gjelder for "Psykiatriske lidelser" (evt. i tillegg til andre områder). Vi ser at i antall er dette 152 sykepleiere. Det var blant sykepleierne i sykehjem 455 sykepleiere i hjemmesykepleien som besvarte spørsmålet om faglig uforsvarlighet (jf tabell 8.2 i kapittel 8.1.2). Det var altså 152 av disse 455 sykepleierne, dvs 33 % av sykepleierne, som mente at det jevnlig eller sjeldnere foregår uforsvarlig ivaretagelse av pasientbehov eller oppgaver knyttet til "Psykiatriske lidelser" i tjenesten hvor de jobber. (Sistnevnte prosentandel er regnet ut på grunnlag av tabellen, men er ikke å lese i tabellen.)

Smerteproblematikk (19 % av pasientene)	Andel av kategori (N=72)	Andel av N (n)	Andel faglig tilfredsstillende (N)	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Smertestillende per os	68	14 (53)	70 (59)	56	3	3
Informasjon/veiledning/psykisk støtte	51	11 (42)	52 (48)	60	2	6
Observasjon	39	8 (31)	53 (34)	62	3	9
Annen ikke- medikamentell lindring	21	5 (19)	15 (20)	30	3	5
Opioid behandling	18	1 (4)	56 (16)	38	0	6
TNS	8	2 (9)	20 (10)	10	10	0
Intravenøs behandling	6	1 (5)	0 (6)	0	0	0
Epidural smertelindring/morfinpumpe	4	1 (4)	17 (6)	17	0	0
Oppfølging av cytostatikabehandling	4	1 (5)	0 (6)	0	0	0
Oppfølging av strålebehandling	4	1 (4)	0 (5)	0	0	0

Døende/ terminalstadier (2% av pasientene ¹)	Andel av kategori (N=8)	Andel av N	Andel faglig tilfredsstillende (N)	Sykepleierdeltakelse		
				Direkte	Veil.	Både og
Terminalomsorg/ palliativ behandl.	Mindre relevant, da registr. kun tiltak	1 (5)	63 (8)	75	13	0
Kontinuerlig overvåking		1 (4)	0 (4)	25	0	0
Ivaretagelse av pårørende		1 (4)	40 (5)	40	20	0

¹ Basert på antall pasienter tiltak er iverksatt overfor, og ikke oppgitt problematikk, som tilfellet er for de andre kategoriene.

