

# RAPPORT

## Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem

Bård Paulsen, Trond Harsvik, Thomas Halvorsen  
og Lars Nygård

**SINTEF Helse**

Oktober 2004



TITTEL

**SINTEF Unimed**

Postadresse: 7465 Trondheim  
Besøksadresse: Olav Kyrres gt 3  
Telefon: 80 00 25 90  
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

**Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem**

FORFATTER(E)

Bård Paulsen, Trond Harsvik, Thomas Halvorsen og Lars Nygård

OPPDRAGSGIVER(E)

Norsk sykepleierforbund, Den norske lægeforening og Fagforbundet

RAPPORTNR.

A045006

GRADERING

Åpen

OPPDRAGSGIVERS REF.

GRADER. DENNE SIDE

Åpen

ISBN

82-14-03512-0

PROSJEKTNR.

78H006

ANTALL SIDER OG BILAG

145

ELEKTRONISK ARKIVKODE

PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.)

Bård Paulsen

VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)

ARKIVKODE

E

DATO

2004-10-28

GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)

Kari Nyland

*Kari Nyland*
**SAMMENDRAG**

Rapporten drøfter sammenhengen mellom variasjoner i personellinnsats og kvalitet i tilbudet til beboerne i sykehjem. Undersøkelsen er basert på data fra i alt 29 sykehjemsavdelinger med i hovedsak vanlige langtids pleiepasienter.

Vi finner i utgangspunktet en sterk sammenheng mellom i hvilken grad ansatte opplever å ha nok bemanning, og kvaliteten i tilbudet til beboerne – målt med i alt fem kvalitetsindikatorer. Vi finner imidlertid svært svake sammenhenger mellom variasjoner i de ansattes vurderinger av bemannings-situasjonen og faktisk bemanning, uttrykt i årsverk per beboer. Vi finner ingen indikasjoner på at økning i faktisk pleiebemanning bidrar til økt kvalitet. Det ser ut til at de viktigste bidragene til kvalitetsøkning er knyttet til arbeidsmiljømessige forhold, et klima som vektlegger kompetanse-utvikling og gjensidig kollegial veiledning, sykefraværet i avdelingen, bygningens alder og samarbeide med pårørende og andre.

Det er svært stor variasjon sykehjemmene imellom mht omfanget på legetjenester. Basert på pleiernes vurderinger ser det ut til å være klare sammenhenger mellom hvor mange beboere sykehjemslegene betjener pr time hver uke, og hvor godt sykehjemmene ivaretar behov for medisinsk undersøkelse og behandling, smertebehandling og opptrening for å bedre funksjonsnivå hos beboerne.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Sykehjem	Nursing homes
EGENVALGTE	Bemanning	Staffing





**SINTEF****SINTEF RAPPORT**

TITTEL

**SINTEF Unimed**

Postadresse: 7465 Trondheim  
Besøksadresse: Olav Kyrres gt 3  
Telefon: 80 00 25 90  
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

**Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem**

FORFATTER(E)

Bård Paulsen, Trond Harsvik, Thomas Halvorsen og Lars Nygård

OPPDRAGSGIVER(E)

Norsk sykepleierforbund, Den norske lægeforening og Fagforbundet

RAPPORTNR.

A045006

GRADERING

Åpen

OPPDRAGSGIVERS REF.

GRADER. DENNE SIDE

Åpen

ISBN

82-14-03512-0

PROSJEKTNR.

78H006

ANTALL SIDER OG BILAG

145

ELEKTRONISK ARKIVKODE

PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.)

Bård Paulsen

VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)

ARKIVKODE

E

DATO

2004-10-28

GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)

Kari Nyland

*Kari Nyland***SAMMENDRAG**

Rapporten drøfter sammenhengen mellom variasjoner i personellinnsats og kvalitet i tilbudet til beboerne i sykehjem. Undersøkelsen er basert på data fra i alt 29 sykehjemsavdelinger med i hovedsak vanlige langtids pleiepasienter.

Vi finner i utgangspunktet en sterk sammenheng mellom i hvilken grad ansatte opplever å ha nok bemanning, og kvaliteten i tilbudet til beboerne – målt med i alt fem kvalitetsindikatorer. Vi finner imidlertid svært svake sammenhenger mellom variasjoner i de ansattes vurderinger av bemannings-situasjonen og faktisk bemanning, uttrykt i årsverk per beboer. Vi finner ingen indikasjoner på at økning i faktisk pleiebemanning bidrar til økt kvalitet. Det ser ut til at de viktigste bidragene til kvalitetsøkning er knyttet til arbeidsmiljømessige forhold, et klima som vektlegger kompetanse-utvikling og gjensidig kollegial veiledning, sykefraværet i avdelingen, bygningens alder og samarbeide med pårørende og andre.

Det er svært stor variasjon sykehjemmene imellom mht omfanget på legetjenester. Basert på pleiernes vurderinger ser det ut til å være klare sammenhenger mellom hvor mange beboere sykehjemslegene betjener pr time hver uke, og hvor godt sykehjemmene ivaretar behov for medisinsk undersøkelse og behandling, smertebehandling og opptrening for å bedre funksjonsnivå hos beboerne.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helse	Health
GRUPPE 2	Sykehjem	Nursing homes
EGENVALGTE	Bemanning	Staffing



# Forord

Formålet med dette prosjektet er å undersøke sammenhengen mellom personell-innsats og variasjoner i kvalitet i et utvalg norske sykehjem. Det er en svært omfattende problemstilling. Prosjektet er gjennomført i perioden september 2003 til og med mars 2004. Forutsetningen for å komme i mål innenfor forholdsvis stramme tidsrammer har vært at mange har trukket i lag.

Ansvarlige for arbeidet med å utvikle registrerings- og spørreskjema har ligget hos Trond Harsvik, Thomas Lie og Christina Hofseth. I dette arbeidet fikk vi uvurderlig hjelp av ledelse og ansatte ved Ammerudhjemmet i Oslo, som gjorde en stor innsats både i innholdsmessig utvikling av registreringsverktøy, og i teknisk utprøving.

Pål Martinussen har kvalitetssikret data og deltatt i analysearbeidet. Rapportens kapittel 1 er skrevet av Bård Paulsen og Trond Harsvik i fellesskap. Lars Nygård ved RO-sentret har gjennomført en kvalitativ analyse ved 9 sykehjem, og på grunnlag av det skrevet kapittel 2. Trond Harsvik har skrevet kapittel 3, 4, 5 og 6. Thomas Halvorsen har skrevet kapittel 8 og 9. Bård Paulsen har skrevet kapitlene 7, 10 og 11. Kapittel 12 er Thomas Halvorsen og Bård Paulsen i felleskap ansvarlige for. Karin Høyland har gitt verdifulle innspill til diskusjonen av bygningsmessige forhold i kapittel 10. Johan Håkon Bjørngaard har vært en sentral støttespiller, diskusjonspartner og kvalitetssikrer i metodiske spørsmål.

Oppdragsgivere for prosjektet har vært Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet og Den norske Lægeforening. Vi sier takk til oppdragsgiverne for et spennende oppdrag. Lisbeth Normann, Siri Bøgh, Jorunn Fryjordet og Trond Egil Hansen har fungert som en svært aktiv styringsgruppe, og gitt oss innsiktsfulle innspill og kommentarer som har vært helt avgjørende for oss. Vi sier takk for et meget interessant og spennende samarbeid.

Vi takker alle som på ulike vis har hjulpet oss underveis. Alle resultater, konklusjoner og tolkninger er det imidlertid bare vi som forfattere som er ansvarlige for.

Trondheim, oktober 2004

Bård Paulsen  
Pål Martinussen

Trond Harsvik

Thomas Halvorsen  
Lars Nygård



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	1
Innholdsfortegnelse.....	3
Tabelloversikt.....	7
Figuroversikt .....	9
Oppsummering .....	11
1 Innledning .....	17
1.1 Hypoteser .....	18
1.2 Trekk ved leveringssystemet .....	18
1.3 Forholdet mellom bemanning og kvalitet.....	20
1.4 Metode .....	21
1.4.1 Utvalg av sykehjemsavdelinger.....	21
1.4.2 Datainnsamling.....	21
1.4.3 Tidsrom for gjennomføring av undersøkelsen .....	22
1.5 Disponering av rapporten.....	23
2 Driftsvariasjoner ved 9 sykehjem – en kvalitativ tilnærming.....	25
2.1 Metode .....	25
2.2 Svakheten ved valgt metode er at den er subjektiv og avhengig av ROs ..... tolkninger og vektlegginger.....	26
2.3 Det som er felles ved alle 9 sykehjem .....	26
2.3.1 God pleie .....	26
2.3.2 Systematisk dokumentasjon av medisiner.....	27
2.3.3 Mangler psykiatrikompetanse og forståelse for "miljøterapi" .....	27

2.4	Det sosiale tilbudet vurderes som utilfredsstillende .....	27
2.5	Forhold ved driftssituasjonen som varierer – diskusjon av dimensjoner ..... avdelingene vurderes etter.....	27
2.6	Om ledelsen utøver ledelse .....	27
2.7	Ledelse og arbeidsmiljø .....	27
2.8	Kultur for kompetanseutvikling: Faglige mål.....	27
2.9	Kultur for kompetanseutvikling: Etisk og faglig refleksjon .....	27
2.10	Individuelle tiltaksplaner og dokumentasjon .....	27
2.11	Plan, forutsigbarhet og opplevd arbeidsbelastning .....	27
2.12	Innleie av vikarer .....	27
2.13	Hvordan forstås arbeidspresset? .....	27
2.14	Kan avdelingen anbefales .....	27
2.15	Oppsummering: Driftsvariasjon ved de 9 sykehjemsavdelingene ..... karakterisert i forhold til ulike dimensjoner. ....	27
2.16	Avsluttende kommentarer .....	27
3	Kvalitet i sykehjem .....	27
3.1	Utvikling av kvalitetsmål .....	27
3.2	Kvalitetsindikatorer .....	27
4	Uavhengig variabel: Bemanning i sykehjem .....	27
4.1	Faktisk bemanning .....	27
4.2	Sykefravær og bemanningsvariasjoner .....	27
4.3	Forholdet mellom faktisk og opplevd bemanning .....	27
4.4	Enkel analyse bemanning og kvalitet .....	27
5	Kompetanse og kompetanseutvikling .....	27
5.1	Kompetansesammensetning .....	27
5.2	Kompetanseutviklende kultur .....	27
5.3	Formell- og realkompetanse .....	27
5.4	Forholdet mellom formell og opplevd kompetanse .....	27
5.5	Enkel analyse kompetanse og kvalitet .....	27

6	Beboerne .....	27
6.1	Beskrivelse av beboerne .....	27
6.2	Diagnoser .....	27
6.3	Medisinering .....	27
6.4	Pleietyngde .....	27
7	Ledelse og organisering av sykehjem .....	27
7.1	Avdelingsledelse .....	27
7.2	Organisering av pleien .....	27
7.3	Oppsummering .....	27
8	Arbeidsmiljø og samhandling internt .....	27
9	Samarbeid med andre .....	27
10	Bygningsmessige forhold .....	27
10.1	Bygningsmessige forhold og arbeidssituasjonen for de ansatte .....	27
10.2	Er det sammenheng mellom bygningens alder og kvaliteten på tilbudet til ... beboerne? .....	27
11	Legetjeneste i sykehjem .....	27
11.1	Bemanningsvariasjoner i legetjenesten i sykehjemmene .....	27
11.2	Dekker legetjenesten behovet? .....	27
11.3	Variasjoner i kvaliteten i det medisinske tilbudet ved institusjonene .....	27
11.4	Oppsummering, legebemanning .....	27
12	Sammenfattende analyse og drøfting: forholdet mellom bemanning .. og kvaliteten på tilbudet til beboerne .....	27
12.1	Hva forklarer variasjoner i kvalitetsindeks 1: Grunnleggende medisinsk pleie og behandling? .....	27
12.2	Kvalitetsindeks 2: Kontroll over egen livs- og døgnrytme .....	27
12.3	Kvalitetsindeks 3: Muligheter for aktivitet og et selvstendig liv .....	27
12.4	Kvalitetsindeks 4: Informasjon og støtte .....	27
12.5	Ivaretagelse av problemer vedrørende psykisk helse .....	27

12.6	Drøfting .....	27
12.7	Er denne undersøkelsen representativ?.....	27
12.8	Sykehjemmet – et velferdsstatlig dilemma? .....	27
	Referanser .....	27
	Vedlegg .....	27



## Tabelloversikt

Tabell 3.1	Ivaretagelse av beboerne ulike tider på døgnet. 5 er tilfredsstillende .... mens 1 er utilfredsstillende.....	27
Tabell 3.2	Vurdering av total kvalitet. ....	27
Tabell 3.3	Subjektivt mål på hva som er kvalitet. ....	27
Tabell 4.1	Pleieårsverk pr. døgnplass .....	27
Tabell 4.2	Fordeling av pleiere pr. døgnplass ulike tider på døgnet og uken .....	27
Tabell 4.3	Korrelasjoner mellom ulike mål for bemanning. Antall pleiere og årsverk er pr. døgnplass.....	27
Tabell 4.4	Opplevd bemanning på ulike tidspunkter .....	27
Tabell 4.5	Subjektivt opplevd bemanning dagtid helg sett i sammenheng med faktisk bemanning pr. beboer.....	27
Tabell 4.6	Kvalitetsmål og pleieårsverk pr. døgnplass .....	27
Tabell 4.7	Kvalitetsmål og subjektiv opplevelse av bemanning .....	27
Tabell 4.8	Sykefravær i sykehjemsavdelingene i prosent. ....	27
Tabell 5.1	.....	27
Tabell 5.2	Opplevd kompetanse .....	27
Tabell 5.3	Forholdet mellom opplevd kompetanse og formell kompetanse. ....	27
Tabell 5.4	Kvalitetsmål og andel faglærte. ....	27
Tabell 5.5	Kvalitetsmål og kompetanseutviklende kultur.....	27
Tabell 5.6	Kvalitetsmål og subjektivt opplevd kompetanse.....	27
Tabell 6.1	Kjønnsfordeling. ....	27
Tabell 6.2	Kjønns- og aldersfordeling. ....	27
Tabell 6.3	Type sykehjemsopphold. ....	27
Tabell 6.4	Sykdomskategorier. ....	27
Tabell 6.5	Diagnoser. ....	27

Tabell 6.6	Medisinering. ....	27
Tabell 6.7	Medisinsk behandling. ....	27
Tabell 6.8	Pleietyngde.....	27
Tabell 7.1	Har/har ikke avdelingsleder etter avdelingsstørrelse. Absoluttet tall. N=29. ....	27
Tabell 7.2	Bruk av gruppeledere i avdelinger med og uten avdelingsleder. N=28.	27
Tabell 7.3	Antall sykehjemsavdelinger med ulike pleieorganisering. Absolutte tall. N=29.....	27
Tabell 8.1	Fast veiledningstilbud? .....	97
Tabell 10.1	Sammenhenger mellom bygningens alder, sykefravær og i hvilken grad de fysiske forholdene ligger til rette. Bivariate korrelasjoner (Pearsons R) N=558. ....	27
Tabell 10.2	Sammenhenger mellom bygningens alder og kvalitetsindeks 1-5. .... Bivariate korrelasjoner (Pearsons R). N=558.....	27
Tabell 11.1	Gjennomsnittlig antall legetimeverk ved avdelingene 2002. N=29. ...	27
Tabell 11.2	Antall beboere pr legetime pr. uke ved avdelingene. N=29. ....	27
Tabell 11.3	Vurderinger av legetjenesten. Pleiepersonellets vurderinger. .... Prosentvis. N=568 .....	27
Tabell 11.4	Sammenhengen mellom antall beboere pr. legetime pr uke og pleiepersonellets vurderinger av legetjenestens tilstrekkelighet. .... Bivariat korrelasjonsanalyse. Pearsons R. N=568. ....	27
Tabell 11.5	Forholdet mellom antall beboere pr legetime og gjennomsnittlig skåre på indikatorer på ivaretagelse av medisinske oppgaver i avdelingen. Bivariate korrelasjoner. Pearsons R. N=568 .....	27
Tabell 12.1	Faktorer som påvirker kvalitetsindeks 1: Grunnleggende medisinsk pleie og behandling. Stegvis regresjon. ....	27
Tabell 12.2	Faktorer som påvirker kvalitetsindeks 2: Kontroll over egen livs- og døgn rytme. Stegvis regresjon. ....	27
Tabell 12.3	Faktorer som påvirker kvalitetsindeks 3: Muligheter for aktivitet og et selvstendig liv. Stegvis regresjon.....	27
Tabell 12.4	Faktorer som påvirker kvalitetsindeks 4: Informasjon og støtte. Stegvis regresjon. ....	27
Tabell 12.5	Faktorer som påvirker kvaliteten på medisinsk behandling og pleie ved psykiske problemer. Stegvis logistisk regresjon. ....	27

## Figuroversikt

Figur 5.1 Andel faglærte og opplevd kompetanse dag helg .....	27
Figur 5.2 Tilstrekkelig veiledning og opplevd kompetanse dag hverdager .....	27
Figur 7.1 Gjennomsnittlig skår på kvalitetsindeks etter pleieform i avdelingen. N=568 .....	27
Figur 8.1 Fordeling av skåre på Skala 1 "Tilfredshet med kolleger" .....	27
Figur 8.2 Fordeling av skåre på Skala 2 "Trivsel og samarbeid" .....	27
Figur 8.3 Fordeling av skåre på Skala 3 "Arbeidsbelastning" .....	27
Figur 8.4 Veiledning fra kolleger Tabell 8.1 Fast veiledningstilbud? .....	27
Figur 9.1 Fordeling av skåre på indeks "Sykehjemmenes samarbeid med sykehus" .....	27
Figur 9.2 Bivariat frekvenstabell mellom tjenestekvalitet og samarbeid med sykehus .....	27
Figur 9.3 Fordeling av skåre for samarbeid med hjemmesykepleien .....	27
Figur 9.4 Fordeling av skåre for samarbeid med pårørende .....	27
Figur 10.1 Andel beboere med eget bad i sykehjemsbygg eldre og yngre enn 25 år. N=28. ....	27
Figur 12.1 Fallende tendens for effekten av variabel "årsverk pr beboer" på kvalitet i tilbudet. ....	27



# Oppsummering

Formålet med dette arbeidet er å undersøke forholdet mellom bemanning i sykehjem og kvaliteten på tilbudet til beboerne.

Utgangshypotesen er: jo bedre bemanning, jo bedre kvalitet i det samlede tilbudet. Forholdet mellom ressursinnsats i form av pleieårsverk, og det tilbudet man klarer å realisere vis a vis beboerne, er imidlertid komplisert. Viktige problemstillinger i denne sammenheng er f. eks:

- Hvor godt er det enkelte sykehjemmet organisert og ledet?
- Hvilken rolle spiller generelle interkollegiale forhold og andre sider ved arbeidsmiljøet i institusjonen?
- Hva betyr erfaring og kompetansesammensetning?
- Hva betyr interne tiltak for å utvikle kompetanse i forhold til de spesielle oppgavene et sykehjem står overfor?
- I hvilken grad virker pasientsammensetning og pleietyngde inn på dette forholdet?
- Spiller bygningenes alder noen rolle?
- I hvilken grad spiller omfanget på sykehjemslegenes arbeid inn?
- Hva betyr samarbeidet med sykehuset, hjemmesykepleie og pårørende?

## Metode

Undersøkelsen er gjennomført i perioden september 2003 til mars 2004. Det er hentet inn data fra 29 langtids somatiske sykehjemsavdelinger, som i utgangspunktet fortrinnsvis skal bestå av langtids somatiske plasser. Datainnsamlingen er foretatt ved hjelp av spørreskjema til sykepleiere, hjelpepleiere, pleieassistenter, sykehjemsleger og avdelingsledere. Beboerne er kartlagt gjennom en beboerregistrering. Det er i tillegg gjennomført telefonintervjuer med alle avdelingsledere og 12 sykehjemsleger. Undersøkelsen innledes med kvalitativ studie, hvor 9 av sykehjemsavdelingene inngår. Her ble det gjennomført intervjuer av ansatte med ulike funksjoner samt ledere.

## Noen funn fra den kvalitative delen av undersøkelsen.

9 sykehjem ble besøkt og underkastet en kvalitativ undersøkelse, basert på intervju med representanter for ledere og ulike grupper blant de ansatte. Sykehjemmene var valgt ut slik at tre var blant de beste bemannede, tre var middels, og tre var valgt ut blant dem med svakest bemanning. Det som særlig framstår som avgjørende for en avdelings "interne liv", er hvordan en har lyktes med samhandling, kommunikasjon, faglig fokus og etablering av en kompetanseutviklende kultur.

Kvaliteten på, og forståelsen for, skriftlige pleieplaner som verktøy i pleien var svært varierende. Ved noen avdelinger ble dette oppfattet som unødvendig papirarbeid. Ledelsemessige forhold varierte betydelig - fra situasjoner der organisatoriske forhold gjorde ledelse umulig, til sykehjem der ledelsen var aktiv, tydelig og nærværende.

## Kvalitetsmål

- Med utgangspunkt i kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenesten er det utviklet 6 mål på kvaliteten i sykehjemsavdelingene. Det er utviklet 4 kvalitetsindekser, et mål på kvalitet i forbindelse med psykisk helse og mål på kvalitet når alt tas i betraktning. Kvaliteten er vurdert av pleiepersonalet.
- Kvalitetsindeks 1: *"Grunnleggende pleie- og medisinsk behandling"* viser en gjennomsnittsverdi på 73 på en skala fra 0 til 100. Dersom vi ser på variasjoner mellom sykehjemsavdelingene, finner vi at gjennomsnittet varierer fra 53 til 88.
- Kvalitetsindeks 2: *"Kontroll over egen livs- og døgnrytme"*. Gjennomsnittsverdien er 66,8. Gjennomsnittet for avdelingene varierer fra 46,3 til 91,9.
- Kvalitetsindeks 3: *"Aktivitet og selvstendig liv"*. Resultatene viser at gjennomsnittet for denne indeksen er 57. Hvis vi ser på variasjonen mellom sykehjemsavdelingene finner vi at laveste gjennomsnittsverdi er 37 mens høyeste verdi er 81.
- Kvalitetsindeks 4: *"Informasjon og støtte"*. Gjennomsnittet er 77. Variasjonen i gjennomsnittsverdi mellom sykehjemsavdelinger er fra 62 til 94.
- Kvalitetsmål 5: *"Psykisk helse"*. På en skala fra 1 til 5, der 5 er tilfredsstillende er gjennomsnittet 2,6. Avdelingen som skårer lavest, har et gjennomsnitt på 1,6 mens høyeste verdi er 3,1
- Totalt kvalitetsmål: *"Alt tatt i betraktning. Mener du beboerne generelt sett blir ivarettatt på en tilfredsstillende måte i avdelingen?"* Det er benyttet tilsvarende skala som i punktet ovenfor. Gjennomsnittet er 4. Laveste gjennomsnitt for en avdeling er 3,2 mens det høyeste er 4,9.

## Beboerne

- Beboerne i de 29 sykehjemmene er i gjennomsnitt 83,0 år alle avdelinger sett under ett. 43 prosent av beboerne er eldre enn 85 år. Kjønnfordelingen er 68 prosent kvinner og 32 prosent menn.
- 87 prosent av beboerne har fast plass i ordinær sykehjemsavdeling, resten har midlertidige opphold med ulike begrunnelser.
- Beboerne har i gjennomsnitt 4 aktive diagnoser. 22 prosent har 6 eller flere.
- På en skala fra 1 til 5 der 1 er "Lett" og 5 "Tung", er beboernes gjennomsnittlige pleietyngde 3,68. Laveste gjennomsnittlige pleietyngde i en avdeling er 2,91 mens høyeste er 4,40.

## Sykehjemsavdelingene

- Sykehjemsavdelingen varierer i størrelse fra 8 til 36 døgnplasser. Gjennomsnittlig antall døgnplasser er 24,5 (standardavvik 8,3).

### **Pleiebemannning**

- Det er stor spredning i antall pleieårsverk per døgnplass i avdelingene. Laveste antall årsverk per døgnplass er 0,62 mens høyeste er 0,90. Gjennomsnittet 0,79 pleieårsverk per døgnplass.
- Pleieårsverkene disponeres ulikt i avdelingene i forhold til tid på døgnet, hverdager og helg. Her varierer for eksempel antall pleiere per døgnplass på dagvakt hverdager registrert i uke 46 2003 fra 0,21 til 0,46.
- Sykefraværet varierer betydelig mellom de undersøkte sykehjemsavdelingene. Fire avdelinger har et sykefravær på 19 -20 prosent mens det i andre enden av skalaen befinner seg fem avdelinger som har et sykefravær som er lavere enn 7 prosent.
- Det ser ut til at mange sykehjemsansatte opplever bemanningen som utilstrekkelig på dagtid i helgene, og de største problemene rapporteres fra de som har den dårligste faktiske bemanningen i helgene.
- For ukedagene ellers, og for kveld/natt, er det ingen sammenhenger mellom faktisk bemanning og de ansattes vurderinger av bemanningssituasjonen.
- Det er en klar bivariat sammenheng mellom den subjektive vurderingen av bemanningssituasjonen og samtlige kvalitetsmål: ved avdelinger der de ansatte generelt opplever at bemanningen er tilstrekkelig skåres tilbudet til beboerne høyt på alle kvalitetsmål.
- Vi fant ingen tilsvarende bivariate sammenhenger mellom faktisk pleiebemannning og mål på kvalitet.

### **Kompetanse og kompetanseutvikling**

- Den formelle kompetansesammensetningen er målt som andeler sykepleier- og hjelpepleierårsverk av det totale antallet pleieårsverk som er oppgitt. Den gjennomsnittlige andelen faglærte er 84 prosent. Andelen varierer fra 60 til 98 prosent.
- Avdelingens vektlegging av kompetanseutviklende tiltak ser ut til å variere. Dette gjelder både opplevelse av å ha tilstrekkelig veiledning i det daglige arbeidet og tilbud om etter- og videreutdanning. Sykepleiere er jevnt over noe mindre fornøyd med disse forholdene enn hjelpepleiere og pleieassistenter.
- Sykehjemslegene opplyser at de ønsker å bruke mer tid på undervisning av pleiepersonalet.
- Det er store variasjoner hvorvidt pleierne subjektivt opplever at kompetansen i avdelingen er tilfredsstillende. Variasjonene knytter seg både til hvordan kompetansen er på ulike vakter hverdager og helg samt mellom sykehjemsavdelingene. Kompetansen oppleves i gjennomsnitt best på dagtid på hverdager mens den er dårligst på dagvakter og kveldsvakter i helgene.
- Det er en sammenheng både mellom subjektivt opplevd kompetanse og formell kompetanse samt mellom subjektivt opplevd kompetanse og hvilke tiltak for kompetanseutvikling som eksisterer i avdelingen.
- Det er klare bivariate sammenhenger mellom ulike kompetansemål og mål på kvalitet.

### **Arbeidsmiljø og samhandling internt**

- Et stort flertall av pleierne har en positiv vurdering av sine arbeidskolleger når det gjelder å vise engasjement, personlig egnethet og fleksibilitet.
- Selv om mange pleiere i de kvalitative undersøkelsene i 9 sykehjemsavdelinger har gitt uttrykk for at arbeidspresset i avdelingene er høyt, oppgir svært mange at de trives i jobben sin og at samarbeidet med kolleger fungerer godt.
- Når det gjelder den kvantitative undersøkelsens kartlegging av arbeidsbelastningen i avdelingen, viser resultatene at hovedandelen av pleierne sier seg verken enige eller uenige i påstanden om at arbeidsbelastningen er stor.

### **Samarbeid med andre**

- Det er variasjoner i pleiernes vurderinger av samarbeidet med sykehus. Hovedandelen er "mellom-fornøyd" med samarbeidet. Blant legene som har noe å utsette på dette samarbeidet, er det blant annet epikrisetiden som oppfattes som for lang. Epikrisene er noen ganger også mangelfulle i forhold til opplysninger som legene vurderer som viktige.
- Samarbeidet med hjemmesykepleien vurderes i gjennomsnitt som noe bedre enn tilfellet er for samarbeidet med sykehusene. Når det gjelder forbedringsmuligheter for dette samarbeidet peker legene på rutiner i forbindelse med innskrivningen. Informasjonen som legen mottar i forbindelse med innskrivning vurderes som for dårlig og noen ganger direkte misvisende. Enkelte leger foreslår at pasienten bør vurderes i fellesskap av hjemmetjenesten og fastlegen før innskriving. Blant leger som er fornøyd fortelles det at man samarbeider tett med fastlegene i den innledende fasen av et opphold.
- Pleiernes vurderinger av samarbeidet med pårørende, viser et gjennomsnitt på 4,1 på en skala fra 1 til 5 der indikerer at man er helt enige i påstanden om at samarbeidet med pårørende fungerer veldig bra. Dette betyr at et stort flertall av pleierne kan sies å være fornøyd med samarbeidet med pårørende.

### **Legetjenesten**

- Legene bruker i gjennomsnitt 4 timer ved den enkelte avdeling per uke. Avdelingene varierer i størrelse og tar man hensyn til antall beboere i avdelingen er medianverdien 6,3 beboere per legetime. 6 av avdelingene har 4 eller færre beboere per legetime. 11 avdelinger har over 8 beboere per legetime.
- Under halv parten av pleiepersonellet mener at legetjenesten ved egen avdeling er tilstrekkelig dimensjonert for å ivareta ulike oppgaver. Spesielt kritisk er pleiepersonalet til legetjenestens evne til å gi pårørende den informasjon som etterspørres. Det ser også ut til at legetjenestens evne til å være til stede når det oppstår akutte behov for medisinsk utredning er svakere enn ønskelig.
- Blant legene som mener at tiden de bruker i avdelingen ikke er tilstrekkelig for å imøtekomme beboernes behov for medisinsk tilsyn, foreslår disse en gjennomsnittlig økning i timetallet på 38 prosent.
- Det er en klar (bivariat) sammenheng mellom variasjoner i legetid per beboer og variasjoner i kvalitet – målt på visse legerelaterte kvalitetsmål. Jo bedre forholdstall mellom antall legetimer og antall beboere, jo bedre vurderes opp treningstilbud, tilbud om smertebehandling, og tilbud om medisinsk oppfølging og behandling ved sykehjemmet.



### **Bygningsmessige forhold.**

- Gjennomsnittsalderen for bygningsmassen er 25 år. Det eldste ble bygd i 1953. 3 av sykehjemmene er bygd rundt tusenårsskiftet.
- 90 prosent av beboerne bor på enerom.
- 71 prosent bor på enerom med eget bad.
- Det er en klar (bivariat) sammenheng mellom bygningens alder og sykefravær i avdelingene.
- Det er klare (bivariate) sammenhenger mellom bygningens alder og hvor godt det kan tilrettelegges for ulike praktiske gjøremål, samt tiltak for å stimulere beboerne.

Multivariat analyse av faktorer som påvirker sammenhengen mellom pleiebemanning og kvalitet i tilbudet til beboerne.

En multivariat analyse gir liten støtte til utgangshypotesen om at en økning i bemanningen gir økt kvalitet i tilbudet til beboerne, når det korrigeres for andre forhold som kan antas å spille inn. Betingelsene for kvalitetsforbedringer ved de sykehjemmene vi har analysert ser først og fremst ut til å henge sammen med forhold som:

- arbeidsmiljø,
- en kompetanseutviklende kultur,
- håndtering av sykefravær i avdelingen,
- bygningens alder,
- samarbeid med sykehus, pårørende og andre.

For visse kvalitetsmål se det ut til å være en negativ sammenheng mellom pleiebemanning og kvalitet i tilbudet til beboerne. Det er lite rimelig å tolke dette som et uttrykk for at økt bemanning fører til at kvaliteten blir dårligere.

En mer rimelig tolkning er at sammenhengen er den motsatte: at dårlig kvalitet i tilbudet kan utløse økt bemanning. Det er kommunene som er ansvarlige for sykehjemmene. Situasjonen ved sykehjemmene har høy offentlig og politisk interesse. Dersom det ved et sykehjem oppstår problemer av en slik art at ansatte, pårørende eller andre opplever at tilbudet ikke holder mål, er det rimelig å anta at trykket på den kommunale politiske og administrative ledelse kan utløse et sterkt behov for handling som viser at man tar problemet alvorlig. Vanligvis har kommunene et begrenset sett av virkemidler. Det viktigste og vanligste er å sette inn ekstra personellressurser. Dersom økt bemanning ikke løser problemene vil vi få en økning i andelen sykehjem med dårlig kvalitet og god bemanning. Statistisk vil dette slå ut som en negativ sammenheng mellom bemanning og kvalitet.



# 1 Innledning

SINTEF Helse har fått i oppdrag fra Norsk sykepleierforbund, Fagforbundet og Den norske lægeforening å se nærmere på sammenhenger mellom bemanning og det tilbudet som gis til beboerne i sykehjem.

I media blir vi konfrontert med oppslag om problematiske tilstander i norske sykehjem, og folk er utrygge på om kommunene klarer å gi våre eldre et tilfredsstillende tilbud. Noen mener at presset på kommunal økonomi fører til at mange sykehjem må drives med en bemanning under det som er nødvendig for å gi beboerne det de trenger. Andre mener at de problemene i sykehjem først og fremst henger sammen med dårlig organisering, ledelse og drift i den enkelte institusjon.

Flere undersøkelser peker på betydelige variasjoner i kvaliteten i tilbudet til pasienter i norske sykehjem. Hofseth og Norvoll finner i sin studie at det ser ut til at grunnleggende stell og sykepleie stort sett godt i varetatt, mens variasjonen er stor når det gjelder ivaretagelsen av mer spesialiserte sykepleieprosedyrer (Hofseth og Norvoll 2003). Videre har mange sykehjemsavdelinger problemer med å ivareta omsorgen på følgende områder:

- Smerteproblematikk
- Ernæringsproblematikk
- Psykososiale behov og problemstillinger

Dessuten ser det ut til å være et visst utilfredsstilt behov for legetilsyn og medisinsk utredning. I Hofseth og Norvolls studie fremheves bemanningsvariasjoner, både antall personer og kompetansen som disse personene besitter, som en viktig årsak til variasjoner i tilbudet til pasientene som avdekkes i rapporten. Den norske lægeforening har uttrykt bekymring over legetjenesten i sykehjemmene, samtidig som de påpeker betydningen av tilstrekkelig og kompetent pleiepersonale, og har bl.a. tatt til orde for minstekrav til legedekning i sykehjemmene (Fryjordet 2001, Legeforeningen 2003). I sin begrunnelse for dette viser de bl.a. til Helsetilsynets kartlegging av legetjenester i sykehjem (Waalder og Nilsen 1999). Fagforbundet har, med bakgrunn i bekymring over bemanningssituasjonen, i lengre tid arbeidet for innføring av bemanningsnormer i sykehjem. Både Helsetilsynets kartlegging (Waalder og Nilsen 1999) og Hofseth og Norvolls studie (Hofseth og Norvoll 2003) peker på potensiale for økt samarbeid mellom leger og pleiepersonalet, men ingen av disse undersøkelsene går nærmere inn på bemanningssammensetningen. På den annen side finner vi at fra andre hold nedtones betydningen av pleiebemanningen, og at det også uttrykkes skepsis til en sammenheng mellom pleiebemanning og kvalitet på sykehjemstjenestene (St.meld. nr. 45 (2002-2003), Guldvog 2003).

## 1.1 Hypoteser

Vi er oppmerksomme på at det er mange forhold som har innvirkning på sammenhengen mellom bemanning og kvalitet på sykehjemstjenestene. Likevel kan vi i prinsippet tenke oss personellbehovet i omsorgssektoren som en funksjon av antall brukere og deres behov for tjenester. Ut fra dette kan vi tenke oss personellbehovet i sykehjem er bestemt ved:

- Antall personer
- Med definerte behov for omsorgstjenester
- vurdert i forhold til visse mål for standard på tilbudet

Når forholdet mellom ressursinnsats og tjenesteproduksjon i omsorgstjenestene er langt mer komplisert enn vår enkle formel tilsynelatende indikerer, henger dette til dels sammen med det vi kan kalle "trekk ved leveringssystemet". Videre kompliseres bildet av måleproblemer knyttet til behov og kvalitet på de tjenester som tilbys. Dette vil vi komme tilbake til nedenfor. I forskningsprosjektet vil vi ta høyde for det komplekse forholdet mellom bemanning og kvalitet i sykehjem. Hypotesene for prosjektet er følgende:

*Sykehjem med en høy medisinsk- og pleiefaglig bemanning har en tendens til å gi et tilbud til sine beboere som dekker alle sentrale behov og tilfredsstiller krav til kvalitet i tilbudet.*

*Sykehjem med en lav medisinsk- og pleiefaglig bemanning har en tendens til å gi et tilbud til sine beboere der behov står udekket, og der ikke alle krav til kvalitet er tilfredsstilt.*

Nullhypotesen blir da:

*Det er ingen systematiske forskjeller mht behovsdekning og kvalitet i tilbudet til brukerne mellom sykehjem med høy og lav medisinsk- og pleiefaglig bemanning.*

## 1.2 Trekk ved leveringssystemet

De forvaltningsmessige, økonomiske og organisatoriske rammene for måten tjenesten tilbys brukerne på utgjør leveringssystemet. Mange studier har vist at trekk ved leveringssystemet kan ha stor betydning for hva slags muligheter profesjonene har for å yte de aktuelle tjenestene, og hva slags tilbud brukerne til slutt får (bl.a. Kjerstad, Dræge og Rusten 1999). Kommunene har forskjellig økonomi, ulik befolkningssammensetning, og ulik satsing på forholdet mellom åpen omsorg og institusjonsomsorg. Det danner den ytre rammen for sykehjemsdriften, og vil ha konsekvenser for sykehjemmenes økonomi, bemanning og brukersammensetning.

Gitt en viss bemanning, kan ulike forhold ved måten sykehjemmet er organisert og drives på virke inn på forholdet mellom den totale personellinnsatsen og kvalitet og omfang på de tjenester som leveres. Det gjelder blant annet:

- Organisasjonsmodell
- Kompetansesammensetning
- Legetjenesten
- Ledelse

- Arbeidsmiljø
- Samhandling
- Evne til samspill med andre tjenester.

Det finnes mange ulike "modeller" for organisering av sykehjem. Det kan dreie seg både om overordnet struktur og ledelsesfunksjoner, ansvars- og oppgavefordeling mellom ulike faggrupper, og prinsipper for ansvarsplassering vis a vis beboerne (Harsvik et al 2002, Dahl og Gullikstad 2002). Sykehjem kan være organisert i store og små avdelinger, i varierende grad organisere spesielle avdelinger for beboere med spesielle problemer, og ha ulike modeller for ansvarsforholdet mellom den ansatte og beboere. Det er viktig å ha nok ansatte til å dekke bemanningsplanen. Men samtidig må staben være sammensatt slik at man har de kompetansemessige forutsetninger som er nødvendige for ulike oppgaver. Hvordan det enkelte sykehjem arbeider med utvikling av kompetanse hos pleierne er et annet element som bør tas med i betraktningen. Samspillet mellom sykepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere<sup>1</sup> og annet pleiepersonell kan variere fra institusjon til institusjon, og gi store variasjoner med hensyn til rolleutforming og ansvarsavgrensning for faggruppene. Valg av organisasjonsmodell er vanligvis bestemt av oppfatninger om hva som gir den beste totale ressursutnyttelse og det totalt sett beste tilbudet til brukerne.

En lang rekke "mykere" organisasjonsinterne forhold vil ha konsekvenser for hvor godt et sykehjem klarer å løse sine oppgaver. En dårlig leder, interne konflikter, et dårlig arbeidsmiljø kan skape trivselsproblemer, personalgjennomtrekk og fraværsproblemer. I en studie av to sykehjem i Stavanger viser Nygård hvordan disse to sykehjemmene – som i utgangspunktet er tilnærmet identiske mht bygningsmessig utforming og bemanning – leverer svært ulike tilbud til sine brukere (Nygård 2002). Han fant at årsakene til variasjonene primært var organisasjonsinterne forhold knyttet til ledelse og intern samhandling. Slike lite målbare forhold er sannsynligvis en viktig forklaring på store variasjoner i ressursutnyttelse og kvalitet i omsorgstjenesten.

Et siste moment vi vil trekke fram her, er forholdet til det omgivende nett av tjenester som sykehjemmene er avhengige av å samhandle med. Det dreier seg om legetjenester på allmennlege og spesialistnivå, rehabiliteringstjenester og den åpne omsorgen. Det er sannsynlig at svikt i f.eks. samspillet med legetjeneste og rehabiliteringstjenester vil kunne ha store konsekvenser for hvor godt en omsorgsorganisasjon klarer å ta vare på sine pasienter.

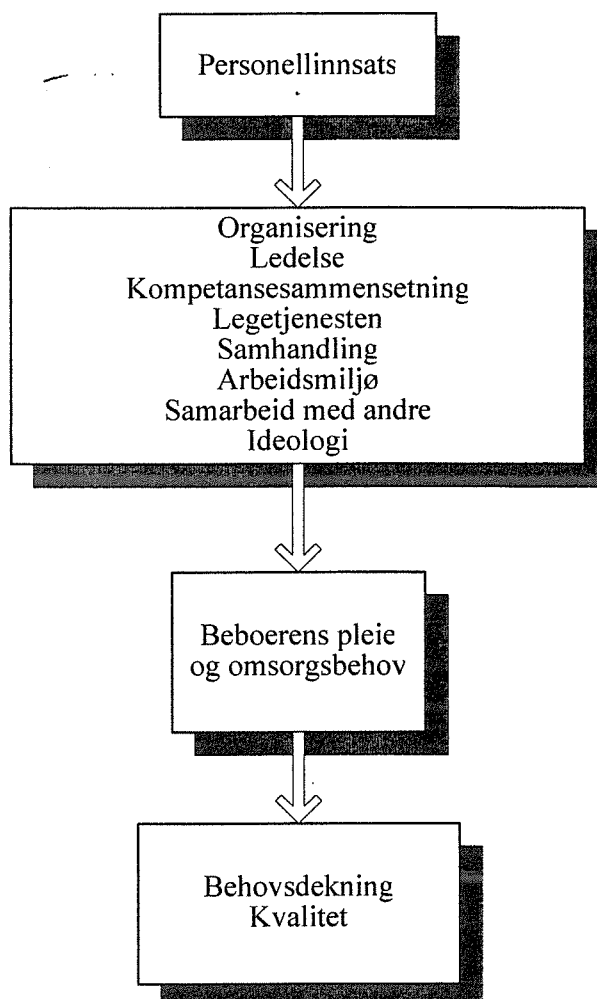
Drøftingen over viser at trekk ved måten sykehjem er organisert og drives på vil ha konsekvenser for forholdet mellom personellinnsats og kvalitet og volum på omsorgstilbudet til beboerne. I et teoretisk perspektiv kan vi si at effekten av personellinnsatsen kan påvirkes både positivt og negativt av trekk ved leverings-systemet. I prinsippet forutsetter en analyse av forholdet mellom personellinnsats og tjenesteproduksjon at det kontrolleres for effektene av slike forhold. Når det gjelder på hvilken måte vi har behandlet disse forholdene, vil vi komme tilbake til dette i kapittel 12.

---

<sup>1</sup> I rapporten vil vi heretter benyttet begrepet hjelpepleiere men inkludere også omsorgsarbeidere i dette.

### 1.3 Forholdet mellom bemanning og kvalitet

I redegjørelsen ovenfor har vi forsøkt å vise at forholdet mellom bemanning og kvalitet i sykehjem er svært komplisert. I figuren nedenfor har vi prøvd å fremstille dette som en teoretisk modell. Vi antar i utgangspunktet en sammenheng mellom personellinnsats og tjenesteproduksjon: Jo bedre personelldekning, jo større mulighet for produksjon av omsorgstjenester. Effekten av personellinnsatsen blir imidlertid påvirket av sykehjemmets leveringssystem: Måten tjenesten er organisert på, trekk ved ledelse, arbeidsmiljø, lokal kultur og ideologi og en rekke andre forhold ved sykehjemsorganisasjonen. Samtidig knytter det seg betydelige problemer til å måle variasjoner i resultatet av innsatsen i omsorgstjenestene. Riktignok er antallet pasienter som betjenes bestemt gjennom det faktiske antallet plasser i en institusjon. Men hvor mye den enkelte pasient krever av innsats vil variere. Det krever at utfallsmålet justeres med bakgrunn i mål på pasientenes faktiske behov for pleie og behandling, i tillegg til indikatorer på variasjoner i kvalitet.



## 1.4 Metode

### 1.4.1 Utvalg av sykehjemsavdelinger

I dette prosjektet vil vi undersøke mulige sammenhenger mellom bemanning og kvalitet ved å benytte oss av data fra 29 sykehjemsavdelinger. Vi har valgt ut avdelingene gjennom flere trinn. Først tok vi utgangspunkt i kommuner/bydeler med mer enn 10.000 innbyggere. Deretter trakk vi hver tredje kommune/bydel fra lista til vi hadde 30 enheter. Videre trakk vi tilfeldig ut ett sykehjem i den aktuelle kommunen/bydelen. Vi har gjennom utvelgelsesprosessen tilstrebet å få et homogent utvalg av sykehjemsavdelinger når det gjelder beboere. Det aktuelle sykehjemmet ble derfor anmodet om å gi oss tilgang til en langtids somatisk avdeling. Et annet utvalgsriterium har vært at avdelingen skulle være i en tilnærmet normal driftssituasjon. Avdelinger som eksempelvis var i ferd med å flytte inn i et nytt bygg i den perioden undersøkelsen ble gjennomført, ble ekskludert. Det ble da trukket ut et nytt sykehjem i bydelen/kommunen. Videre har vi vært avhengige av at den utvalgte avdelingen har sagt seg villig til å delta i undersøkelsen. Totalt har vi vært i kontakt med 51 sykehjem og 22 av disse ble enten ekskludert av oss eller ønsket ikke selv å delta i undersøkelsen. En sykehjemsavdeling trakk seg i det undersøkelsen ble satt i gang, og det var ikke tid til å erstatte denne. Ved oppstart av datainnsamlingen hadde vi derfor 29 somatiske langtidsavdelinger.

### 1.4.2 Datainnsamling

Data som prosjektet baserer seg på er hentet inn fra ulike kilder ved hjelp av ulike instrumenter. Det er laget et pasientregistreringsskjema, og det er utviklet spørreskjema (se vedlegg) for:

- avdelingsledere
- sykepleiere
- hjelpepleiere/pleieassistenter
- sykehjemsleger

Spørreskjemaene og pasientregistreringsskjemaet er utviklet med hjelp fra kvalitetsgruppen til Kirkens bymisjon i Oslo. Utkastene til skjema ble først diskutert med kvalitetsgruppen. Deretter ble reviderte utkast til skjema for de ulike personell gjennomgått sammen med henholdsvis hjelpepleiere/pleieassistenter, sykepleiere og sykehjemslege ved ett av Kirkens bymisjons sykehjem. Etter nok en revisjon ble både pasientregistreringsskjema og spørreskjema pilotert ved det samme sykehjemmet.

Vi har i tillegg til kvantitative data også benyttet oss av kvalitative data. Ressurs-senteret for omstilling i kommunesektoren (RO-senteret) har vært engasjert av SINTEF Helse for å gjennomføre undersøkelser ved 9 av de 29 sykehjemsavdelingene. De 9 avdelingene er fordelt på følge de måle 3 avdelinger som viser seg å ha en bemanning klart over gjennomsnittet, 3 avdelinger som har en bemanning som er tilnærmet lik gjennomsnittet og 3 avdelinger med en bemanning klart under gjennomsnittet.

Den kvalitative tilnærmingen skal søke å beskrive det komplekse samspillet mellom innsatsressursene i en sykehjemsavdeling, trekk ved avdelingens organisasjon og virkemåte, og vurdering av tilbudet til beboerne.

Intervjuene skal danne grunnlag for en utfyllende drøfting av de kvantitative data. I hver av de 9 avdelingene er personer i følgende funksjoner intervjuet:

- Sykehjemmets leder. Individuelt intervju.
- Avdelingens leder. Individuelt intervju.
- Spesialfunksjoner internt på avdelingen (eks. gruppeleder, fagsykepleier, etc.). Individuelt eller gruppeintervju.
- Sykehjemslege. Individuelt intervju.
- Lokal tillitsvalgt for Sykepleierforbundet. Individuelt intervju.
- Lokal tillitsvalgt for Fagforbundet. Individuelt intervju.
- Utøvende hjelpepleiere/omsorgsarbeidere. Gruppeintervju..
- Utøvende sykepleiere. Gruppeintervju.
- Pleieassistent. Gruppeintervju.
- Kommunalt tilsatt som kan vurdere avdelingen "utenfra". Individuelt intervju.

I tillegg til den kvalitative undersøkelsen som er beskrevet ovenfor, ble spørreskjemaundersøkelsen til sykehjemslegene supplert med telefonintervjuer. I disse intervjuene ga vi legene mulighet til å utdype beskrivelsen og vurderingen av legetjenesten ved sykehjemsavdelingen. Legene fikk også anledning til å utdype sine synspunkter på forhold som var tatt opp i spørreskjemaet.

#### 1.4.3 Tidsrom for gjennomføring av undersøkelsen

Spørreskjema til avdelingsleder ble besvart gjennom telefonintervju gjennomført i oktober og november 2003. I dette intervjuet ble blant annet tall for årsverk og antall beboere hentet inn. Disse tallene ble kvalitetssikret i perioden januar til mars 2004. Ved hjelp av e-post og telefon har vi fått bekreftet at antall årsverk, fordeling av årsverk med hensyn til profesjon og antall beboere er korrekte for situasjonen ved avdelingen høsten 2003. Spørreskjema til sykepleiere, hjelpepleiere/pleieassistenter samt pasientregistreringsskjema ble sendt ut uke 47 med svarfrist 5. desember. Sykehjemslegene fikk tilsendt skjema i uke 50 med svarfrist 19. desember. Flere av sykehjemmene fikk ikke prioritert arbeidet med pasientregistreringen innen oppgitt frist, og vi mottok de siste registreringene i uke 6 i 2004. Når det gjelder spørreskjemaundersøkelsen til sykepleiere og hjelpepleiere/pleieassistenter, mottok vi de siste skjemaene 15. januar 2004.

I løpet av desember 2003 hadde vi fått inn svar fra omtrent halvparten av sykehjemslegene. Vi gjennomførte purring per telefon i januar og februar, og hadde til slutt mottatt svar fra leger ved 24 sykehjem. Telefonintervjuene med sykehjemslegene ble gjennomført i perioden desember 2003 – februar 2004. Det ble gjennomført 12 legeintervjuer per telefon, og 9 leger ved avdelingen som vi besøkte ble også intervjuet. Den kvalitative undersøkelsen ved 9 sykehjemsavdelinger ble også gjennomført i perioden desember 2003 til mars 2004.



#### 1.4.4 Svarprosent

Vi har fått inn svar fra samtlige avdelingsledere (100 prosent). Når det gjelder sykehjemsleger, har vi intervjuet ved hjelp av telefon eller personlig oppmøte leger ved 21 av 29 sykehjem. De siste åtte klarte vi ikke å få avtaler med.

Utdeling av spørreskjema til pleiepersonalet ble administrert lokalt av avdelingslederne. Avdelingslederne ble forespurt om å holde oversikt over hvor mange spørreskjema som ble delt ut til i løpet av den aktuelle to-ukers perioden. Dette sviktet imidlertid ved flere sykehjem. Vi har derfor ikke en nøyaktig oversikt over hvor mange skjema som ble delt ut, og følgelig ingen eksakt svarprosent. Vi har derfor anslått svarprosenten på grunnlag av oppgaver over antall ansatte ved institusjonene. Totalt er det ansatt 999 pleiere<sup>2</sup> i avdelingene som inngår i undersøkelsen. Dette er sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter, og disse arbeider i alt fra 9 til 100 prosent stilling. Vi har til sammen fått inn 568 svar. Dette utgjør i gjennomsnitt en svarprosent på 56,9 prosent. Avdelingene gjennomsnittlig har et gjennomsnittlig sykefravær på 11,4 prosent. Dersom vi tar utgangspunkt i at det har vært et tilsvarende sykefravær i den aktuelle perioden, kan vi anslå at det har vært 885 personer som har vært tilgjengelige for besvarelse av spørreskjema i løpet av den tiden registreringen pågikk. I så fall kan svarprosenten anslås til 64 prosent. Vi må imidlertid anta at frafallet pga sykefravær vil være noe lavere, siden sykefravær bare en del av registreringsperioden ikke fratar den sykmeldte muligheten til å besvare skjema. På den annen side vi det å være en del fravær pga ferie, kurs, eller permisjoner pga av andre forhold. Med utgangspunkt i betraktningene ovenfor anslår vi svarprosenten for pleiepersonalet til omkring 60 prosent.

Det kan videre ha vært en viss seleksjon av respondenter som følge av måten spørreskjemaundersøkelsen har vært gjennomført på. Det er nærliggende å anta at personer som er ansatt med lave stillingsandeler kan, som følge av turnus, ha vært fraværende fra arbeidsstedet i tiden undersøkelsen pågikk. Videre kan personer som stort sett arbeider kveld, natt og helg, ha hatt mindre "press" på seg for å levere skjema da avdelingsleder har vært den som har vært pådriver for å få gjennomført undersøkelsen. Avdelingsleder arbeider stort sett dagtid på hverdager. Det kan ha ført til at ansatte med en vaktplan hovedsakelig utenom ordinær dagtid kan være noe underrepresentert i utvalget.

#### 1.5 Disponering av rapporten

Kapittel 2 gir en bakgrunnsbeskrivelse av variasjoner i driftsmåter ved norske sykehjem, basert på en gjennomgang av hovedfunn i kvalitative analyser fra 9 av sykehjemmene som inngår i denne undersøkelsen. I kapitlene 3 drøftes innholdet i kvalitetskrav til tilbudet i sykehjemsbeboerne. På grunnlag av det utvikles en serie kvalitetsindekser som hver belyser hoveddimensjoner i krav til kvalitet.

I kapitlene 4 til 11 drøftes ulike forhold som antas å innvirke på forholdet mellom bemanning og kvalitet i sykehjemmene. Kapitel 4 drøfter variasjoner i bemanning, og undersøker forholdet mellom faktisk bemanning og personalets vurderinger av bemanningsbehov i de 29 sykehjemmene som inngår i analysen. I kapitlene som følger drøftes ulike forhold som kan antas å innvirke på forholdet mellom ressursinnsats og kvalitet i tilbudet til beboerne.

---

<sup>2</sup> Vi mangler her data for totalt antall ansatte i to avdelinger. For disse har vi tatt forutsatt at de har et forholdstall mellom antall årsverk og antall antall som er lik gjennomsnittet for de øvrige sykehjemsavdelingene.

I kapittel 12 gis det en sammenfattende drøfting, der vi undersøker den samlede effekten av ulike forhold på grunnlag av en multivariat analyse.

En analyse av 24 sykehjemslegers vurderinger av virksomheten ved de sykehjemmene de arbeider ved er gitt i vedlegg.

## 2 Driftsvariasjoner ved 9 sykehjem – en kvalitativ tilnærming

### 2.1 Metode

Fra utvalget av sykehjem, ble 9 valgt ut for besøk og kvalitativ tilnærming. De 9 ble valgt slik at 3 har god bemanning, 3 har liten bemanning, mens 3 ligger i midt-sjiktet.

Målet med den kvalitative tilnærmingen er å få et bilde av *variasjoner* ved driftssituasjonen. Det understrekes at hensikten ikke er å kartlegge kvaliteten ved tjenestetilbudet ved det enkelte sykehjem.

En annen måte å forklare målet med denne kvalitative tilnærmingen, er følgende: I kap. 1 skisseres en enkel forklaringsmodell som viser at det kan antas å være flere mellomliggende variabler som gjør at det ikke nødvendigvis er en direkte sammenheng mellom bemanning og ansattes vurdering av tjenestekvalitet. Slike mellomliggende variabler kan være ledelse, internt samarbeidsklima, osv. Målet med den kvalitative tilnærmingen er å beskrive hvordan disse mellomliggende variablene kan variere ved ulike sykehjem.

Styrer eller avdelingsleder var ROs kontaktperson. Det ble i forkant av samtalene orientert om bakgrunn og formål. Følgende ramme ble lagt rundt samtalene: aktuell avdeling (og/eller) sykehjem omtales anonymisert. Det vil heller ikke bli gitt opplysninger om kommune eller fylke sykehjemmene kommer fra. RO vil ikke bruke opplysninger eller vurderinger på en slik måte at enkeltpersoner kan identifiseres. RO bærer heller ikke informasjon mellom samtalene. Når ansatte ved aktuell avdeling leser ROs rapport, vil en vite hvilken avdeling det gjelder, men det vil ikke i rapporten framgå hva ulike informanter formidler. Informantene skulle ikke forberede seg før samtalene.

Før samtalene fikk RO, i den grad det fantes ved sykehjemmet, tilsendt stillingsbeskrivelser, årsplan (virksomhetsplan), HMS-kalender (plan) og resultat av eventuelle undersøkelser av brukernes (pårørendes) opplevde kvalitet og/eller ansattes vurdering av arbeidsmiljøet.

RO hadde samtaler med avdelingsleder, avdelingsleders overordnede, kommunal medarbeider som kjenner avdelingen gjennom samarbeid (for eksempel representant fra bestillerkontoret), sykehjemslege, verneombud, tillitsvalgt fra sykepleieforbundet og fagforbundet.<sup>3</sup> Avhengig av avdelingens/sykehjemmets struktur, ble ansatte med særlige funksjoner intervjuet (nestleder, gruppeleder, fagsykepleier og lignende). I tillegg ble et utvalg sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgarbeidere og andre på utøvende nivå intervjuet.

---

<sup>3</sup> Verneombud og tillitsvalgt ble intervjuet selv om de arbeidet ved annen avdeling.

RO oversendte rapportutkast og ba om kommentarer. De endelige rapportene følger som utrykt vedlegg.<sup>4</sup>

*Styrken* ved valgt metode er at intervjuene bærer preg av åpne, dynamiske samtaler, hvor temaer og opplysninger kan dveles ved og utdypes. Det som formidles som ROs forståelse av driftssituasjonen bygger direkte på ansattes egne vurderinger og forståelser.

## 2.2 Svakheten ved valgt metode er at den er subjektiv og avhengig av ROs tolkninger og vektlegginger.

Det som er ROs vurderingsgrunnlag er det som informantene sier i samtaler. RO har ikke undersøkt om praksis er i overensstemmelse med det informantene formidler. En av dimensjonene som RO vurderer avdelingene i forhold til, er for eksempel om avdelingen har tydelige mål, eller om dokumentasjonsarbeidet er tilfredsstillende. RO tar bare stilling til om ansatte sier at avdelingen har mål som det styres etter, ikke om det er disse målene som er de "riktige" målene for aktuell avdeling. RO spør kun om informantenes vurdering av dokumentasjonsarbeidet på ulike områder, og har ikke sjekket om praksis er i samsvar med det som formidles i samtaler.

Av praktiske årsaker – behov for avgrensning – har en ikke spesifikt søkt om vurderinger av natt-tjenesten.

## 2.3 Det som er felles ved alle 9 sykehjem

Det er enkelte forhold som omtales om lag på samme måte ved samtlige 9 sykehjem. Dette gjelder følgende:

### 2.3.1 God pleie

Ansatte formidler entydig at brukernes medisinske oppfølging og pleie vurderes som tilfredsstillende – mange informanter sier at pleietilbudet er *meget* tilfredsstillende. Det sies at brukernes grunnleggende behov blir trygt, forsvarlig og kontinuerlig ivaretatt. Brukernes medisinske situasjon blir kontinuerlig vurdert og fulgt opp på en forsvarlig og tilfredsstillende måte. Det er ikke konstatert tilstander hos brukerne som skyldes svikt i den pleiemessige oppfølgingen. I den grad for eksempel medisinsk sett nødvendige trykksår forekommer, er disse importert fra somatiske sykehus. Brukerne får tilstrekkelig hjelp til næringsinntak, og de får hjelp til naturlige funksjoner uten urimelig ventetid.<sup>5</sup> Brukeren er ren, og gir et "verdig" inntrykk.

Når ansatte vurderer pleien som tilfredsstillende, tas det i hovedsak to forbehold: det anses som en utfordring at det er lite antall ansatte som ikke makter å forholde seg til brukerne på en etisk og faglig profesjonell måte. Videre kan vikarer repre-

---

<sup>4</sup> Og kan bestilles fra: Sintef helse, ..... RO sto fritt til å arbeide inn avdelingens kommentarer. Slik 8 av de 9 rapportene framstår, er ledelsens vurdering at rapporten gir en dekkende beskrivelse av avdelingens situasjon. Tilbakemeldingene uttrykker takknemlighet for et arbeid som vurderes som godt utgangspunkt for videre utviklingsarbeid ved avdelingen. Ved 1 av sykehjemmene formidlet rapportutkastet opplysninger som enkelte ansatte ikke aksepterte.

<sup>5</sup> Ved 3 av sykehjemmene er det et lite mindretall blant informantene som mener at brukerne ikke får tilstrekkelig hjelp til matinntaket i helgene. Ved flere av sykehjemmene er det et mindretall som mener at brukerne må vente "urimelig lenge" før en får hjelp til toalettbesøk, der informantene ikke konkret kan angi hva som er rimelig ventetid, eller der flertallet mener at en ventetid ut over det rimelige (som oftest antydtes til ca 5 minutter) skyldes dårlige holdninger hos personalet.

sentere et (meget) svakt ledd i oppfølgingen av brukerne. Forbeholdene skal vi komme tilbake til.

Til tross for forbeholdene, vurderer ansatte pleietilbudet som i hovedsak tilfredsstillende.

### 2.3.2 Systematisk dokumentasjon av medisiner

Som vi skal komme tilbake til, er det generelt store variasjoner ved dokumentasjonsarbeidet. Men så langt gjelder dokumentasjon av medisiner (forordnet av lege), sier ansatte ved samtlige sykehjem at medisinforbruket systematisk dokumenteres og at dokumentasjon av eventuelle avvik bevisst tas opp for å forebygge framtidige avvik.

### 2.3.3 Mangler psykiatrikompetanse og forståelse for "miljøterapi"

I den grad avdelingene har – eller nylig har hatt – brukere med psykiatriske lidelser (som ikke er aldersrelatert), er ansattes generelle vurdering at sykehjemmet har sviktende kompetanse. Det sies også at det kan være vanskelig å få brukere vurdert av den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

Alle avdelingene har brukere med aldersrelatert mental reduksjon eller aldersrelaterte psykiske lidelser. Overfor disse kan det være viktig at alle ansatte atferdsmessig forholder seg til brukerne på samme måten – for å dempe uro eller angst, bør den enkelte for eksempel møtes på en bestemt måte. Generelt formidler ansatte at avdelingene er lite bevisste på å utvikle denne typen miljøterapeutiske mål og tiltak. Det er den medisinske situasjonen og pleien som står i fokus. For det andre sies det at i den grad "miljøterapeutiske" mål og tiltak utvikles for enkeltbrukere, er det et problem at mange ansatte ikke forstår hensikten med spesielle atferdsmessige eller "miljøterapeutiske" mål og tiltak. Det blir gjerne slik at ansatte møter for eksempel den urolige brukeren på den måten en selv vurderer som hensiktsmessig.<sup>6</sup>

## 2.4 Det sosiale tilbudet vurderes som utilfredsstillende

Kanskje med ett unntak<sup>7</sup>, vurderes tilbudet om sosiale og andre aktiviteter generelt som utilfredsstillende ved alle avdelingene. Videre at brukerne har et stort og udekket behov for menneskelig nærhet til og psykososial støtte fra personalet. Uansett sykehjem eller stillingskategori sies at "flere turer ute, aktiviteter og tid for å sette seg ned å prate med brukerne" er det mest nærliggende og største potensialet for å bedre brukernes tilbud. I den grad ansatte sier at de har dårlig samvittighet for tilbudet de yter til brukerne, er dette knyttet til brukernes ensomhet og udekte behov for psykososial støtte og da særlig at det er de "saktmodige" blant brukerne som får minst oppmerksomhet til fordel for de brukerne som aktivt og tydelig søker eller "krever" personalets nærhet.

---

<sup>6</sup> Dette er trolig en konsekvens av utvalgsprosedyre. En forutsetning for utvalget er at avdelingene skal ha "ordinære" sykehjemsfunksjoner – somatisk langtidspålegg er hovedfunksjonen til 8 av de 9 avdelingene. Avdelinger med rene spesialfunksjoner, som for eksempel mentalt reduserte, skulle ikke tas med i utvalget. Av annen erfaring, vet RO at avdelinger spesielt tilrettelagt for mentalt reduserte legger tilbudet opp etter "miljøterapeutiske" prinsipper. Dette blir for øvrig også bekreftet av ROs informanter ved sykehjem som har slike spesialfunksjoner i andre avdelinger.

<sup>7</sup> Unntaket gjelder sykehjem 6 (se den oppsummerende tabellen til slutt i dette kapitlet) hvor de fleste informanter også vurderer de sosiale tilbudene som rimelig tilfredsstillende, men hvor likevel enkelte informanter mener at det sosiale tilbudet er dårlig.

Samtidig formidler ansatte at avdelingene generelt i liten grad konkretiserer sosiale eller åndelige behov gjennom individuelle tiltaksplaner. Når RO i samtaler stiller motspørsmål til ansattes vurdering av det dårlige tilbudet, formidles samtidig en viss usikkerhet ved grunnlaget for egne vurderinger. Samtidig som ansatte tydelig formidler at muligheten for sosiale og andre aktiviteter klart er det dårligste ved avdelingens tilbud, formidles samtidig usikkerhet om hvilke konkrete brukere og tilsvarende hvilke tilbud som bør prioriteres – da med unntak av "turer ute i frisk luft" som sies å være en stor mangel ved samtlige avdelinger.<sup>8</sup>

## 2.5 Forhold ved driftssituasjonen som varierer – diskusjon av dimensjoner avdelingene vurderes etter

I det uttrykte vedlegget beskrives driftssituasjonen ved hver enkelt avdeling gjennom 9 individuelle rapporter. I dette avsnittet skal vi først generelt diskutere, beskrive og gi meningsinnhold til de dimensjonene som de 9 avdelingene vurderes etter. Derneft skal driftssituasjonen ved de 9 avdelingene presenteres samlet og i oppsummert form.

Hvilke dimensjoner skal avdelingene vurderes i forhold til? Utvalg, vekting og beskrivelse av dimensjonene driftssituasjonen skal vurderes i forhold til, bestemmer i stor grad hvilken forståelse av driftssituasjonen som skal beskrives. Utvalg av dimensjoner som beskrives nedenfor er bestemt ut fra de dimensjonene som RO anser som sentrale og relevante for å forstå driftssituasjonen ved de ulike avdelingene. ROs valg er samtidig de dimensjonene som ansatte ved avdelingene anser som sentrale og relevante.

## 2.6 Om ledelsen utøver ledelse

Ikke alle ledere utøver ledelse. Enkelte ledere er ikke ledere, men drukner i administrative rutiner: timelister, vikarinnleie, møter, innkjøp av medisiner og bleier og praktisk koordinering. Enkelte ledere ivaretar praktiske og administrative rutiner, og har små muligheter for å utøve ledelse i tillegg. Utøvelse av ledelse kan i stor grad bli avgrenset til å en form for løpende byråkrati: en sier ja eller nei til å bytte vakter, en skal koordinere en syketransport med et annet oppdrag – osv. Ansatte kan formidle at de i liten grad vet hva lederen gjør eller at lederen utfører rutinearbeid som de fleste kan gjøre (ringe etter vikarer for eksempel). Som regel gir ansatte entydig uttrykk for at de savner kontakt med og tilbakemeldinger fra lederen. Ansatte kan si at de savner en (tydelig) leder.

At leder blir pålagt så mye administrativt arbeid at lederen ikke kan utøve ledelse, er kanskje den vanligste årsaken til at en avdeling mangler ledelse. Men det kan også ligge innebygde organisatoriske stengsler som gjør det umulig å utøve ledelse. For sykehjem 8 for eksempel er virksomhetsleder pålagt personalansvar for vel 200 medarbeidere i tillegg til flere andre administrative funksjoner. Virksomhetsleder er med andre ord pålagt et ansvar som det ikke finnes en snev av realisme i at lederen kan fylle. Kommunen har innført administrativ to-nivåmodell, og virksomhetsleder har ikke anledning å delegere personalansvar til (faglige) mellomledere blant annet fordi dette oppfattes som en måte å gjeninnføre et tredje ledernivå – det vil si det nivået kommunen har vedtatt ikke lenger skal finnes.

---

<sup>8</sup> Motspørsmålene var: Om en vurderte brukernes udekte behov for sosiale og andre aktiviteter ut fra eget og ikke ut fra brukernes ståsted. Om en har sjekket ut egen forståelse med andre ansattes forståelse. Om en har felles prioritering av hvilke brukere og tilsvarende hvilke tiltak som bør prioriteres.

Å utøve ledelse, krever delvis at en må være tydelig – og dra konklusjoner. Å være tydelig og konkret opplever enkelte ledere som ubehagelig, som noe en ikke mestrer eller som noe en ikke har fått trening eller veiledning i. En leder som ikke tørr å være tydelig, gjennomskues av ansatte. En utydelig leder, eller en leder som er "for snill" og nærmest ledes av andre, blir lett samtaleemne i skjulte korridordiskusjoner.

Utøvende nivå kan avvise ledelse. Dette er situasjonen ved sykehjem 7 hvor leder og sykepleier de siste 10 årene kontinuerlig er skiftet ut etter kort tid. Ansatte på utøvende nivå har i hovedsak arbeidet stabilt sammen i 15 – 30 år, og avviser ledelse som betyr endringer i forhold til det utøvende nivå er vant med.

Både de som har og de som savner en tydelig leder, beskriver utøvelse av god ledelse om lag på samme måte:

- lederen "ser" den enkelte medarbeider, har sans for humor, gir tilbakemeldinger og gir forståelsen av at den enkelte medarbeider er en svært viktig medarbeider (verdsettende ledelse)
- lederen vet hva hun vil, setter opp tydelige utviklingsmål, og følger opp og etterspør både på system- og individnivå om målene blir nådd
- det blir "tatt tak i ting" ved at det uavklarte blir gjennomdiskutert og satt ord på før det uavklarte blir et problem – og det nytter å si i fra fordi lederen følger opp
- lederen har en balansert forståelse av å lede gjennom både vedtak og prosesser: leder skjærer igjennom og leder gjennom vedtak som klart sier i fra "hvor skapet skal stå" når det er nødvendig, og leder ved å legge til rette for åpne og involverende prosesser når det er nødvendig
- lederen er verdsettende og nærværende

## 2.7 Ledelse og arbeidsmiljø

Den byråkratisk-administrative personaloppfølgingen blir i stor grad funksjonelt ivarettatt ved alle 9 sykehjem, selv om det kan eksistere enkelte gråsoner for vikarer (en får lønn, har ordnede arbeidsavtaler osv.). Når det gjelder den nære og løpende personaloppfølgingen er det imidlertid vesentlig variasjon.

Ansatte ønsker tilbakemeldinger fra arbeidskollegaer og ledelse. Ut fra en betraktning er ROs erfaring at ansatte ønsker *flere og tydeligere* tilbakemeldinger fra ledelsen uavhengig av hvor mange og tydelige tilbakemeldinger ledelsen gir. Tilbakemeldinger fra ledelsen ses på som et "gode" som det aldri blir for mye av.

Det er vesentlig at lederen er til stede ved avdelingens daglige arbeid slik at lederen kan gi tilbakemeldinger ut fra reell kunnskap om og direkte vurderinger av den enkelte ansattes måte å fylle arbeidet sitt på. Ansatte sier at direkte, konkrete og ærlige tilbakemeldinger fra leder gir grobunn for lagånd og arbeidsglede. En er "voksne" arbeidstakere, og greier å fylle arbeidet sitt uten leders tilbakemeldinger, men det sies at leders tilbakemeldinger "alltid" gjør arbeid og samhandling enklere, lettere, smidigere. Det sies å være en vesentlig forskjell hvis medarbeider *antar* at leder er tilfreds med arbeidet en utfører "fordi en går ut fra at en har fått høre det hvis en gjør noe galt", sammenlignet med at medarbeideren vet at en gjør godt arbeid fordi leder har formidlet det direkte.

Tilbakemeldingene skal inneholde både ris og ros – men først og fremst skal de være ærlige. Det finnes ledere som i hovedsak bare gir negative tilbakemeldinger – en får høre alt som ikke fungerer og som en glemmer av, men aldri at en gjør noe

bra. Denne ledertypen sies å dempe arbeidsgleden, og blir gjerne et yndet tema for skjulte diskusjoner i krokene. En leder som bare gir negative tilbakemeldinger taper raskt grunnlaget for å utøve ledelse – avdelingen blir uten ledelse.

Avgjørende for at lederen skal fylle sitt ansvar overfor personalet, er at lederen raskt og direkte følger opp "den vanskelige medarbeideren" – medarbeideren som lurar seg unna, som ikke følger rutinene som er lagt, eller som ikke makter å forholde seg til brukerne på en etisk akseptabel og faglig profesjonell måte. Så godt som alle organisasjoner har eller har hatt en slik medarbeider. Det avgjørende spørsmålet er om denne typen medarbeider raskt og direkte blir fulgt opp.

Teoretisk kan det være vanskelig å dra skillet mellom faglig veiledning og individuell oppfølging hvor det bør og må settes grenser for den "vanskelige" medarbeideren. Ansatte sier at de som ordinær ansatt gjerne kan veilede, men at de viker tilbake fra grensesetting, noe de forventer leder skal og må gjøre. Det skapes sterke frustrasjoner hvis den vanskelige medarbeideren fortsetter uten korreksjon – særlig når dette representerer uetisk oppførsel overfor brukerne.

Langt de fleste medarbeiderne slutter lojalt opp om rutiner og prosedyrer. Hvis prosedyrene ikke blir fulgt, er det som regel bare et lite fåtall (navngitte) medarbeidere som ikke følger rutinene eller som ikke tar ansvar ved å utføre arbeidsoppgaver en ser bør gjøres. "Rydd etter deg. Husk mor din arbeider ikke her," står det på plakater. Det virker mot sin hensikt at leder generelt og ufarlig oppfordrer "alle" om å følge rutiner og ta ansvar, når "alle" vet hvilke medarbeidere det er som sluntrer unna.

Enkelte avdelinger (sykehjem) har større eller mindre grupperinger som kan stå mot hverandre. Det kan være uformell(e) leder(e) som har sin gruppering som står mot andre grupperinger og/eller den formelle ledelsen. Ved sykehjem 1 sies det at den formelle lederen er for "snill og lite tydelig", og at det er en "fare for" at uformelle ledere kan etableres. Ved sykehjem 8 er det et stengende "tabu" som oppfattes som alt for farlig å ta opp direkte og sette ord på: det manglende oppgjøret med de uformelle lederne som makter å sette den negative stemningen om at "utvikling er umulig fordi en har alt for få ansatte". Et slikt tabu hindrer at "varme" konflikter utvikler seg, men legger samtidig en lammende demper på faglig utvikling og arbeidsglede nettopp fordi en er redd for at det latente konfliktgrunnlaget skal bryte ut i varme konflikter.

Det funksjonelle personalansvaret har en skarp, individuell oppfølging med klare grensesettinger for den enkelte medarbeider når dette anses nødvendig. Det funksjonelle personalansvaret sørger videre for at latente konfliktgrunnlag tas direkte opp - uten å vike tilbake fra de "varme" konfliktene dette eventuelt måtte utløse.

Det funksjonelle personalansvaret er vedsettende, nært og direkte, og det sørger for å forebygge at tabuer kan utvikle seg. Sykehjem 4 utmerker seg med arbeidsglede og trivsel, der et særkjenne er at alle informanter framhever sine kollegaers faglige og etiske sterke sider. Måten en lykkes å skape dette arbeidsmiljøet på, sies å være at "vi prater alltid mye sammen". Leders motto for personalarbeidet er: "Det gror ikke mose på rullende stein". Konkret betyr dette at leder ser som en av sine fremste oppgaver å sørge for

- at mål, verdier, og rutiner blir forankret og forstått på en fellesgjort måte
- at grunnlag for frustrasjoner og gnisninger personalet imellom tas opp til felles drøfting før gnisningene utvikler seg til problem eller konfliktgrunnlag



## 2.8 Kultur for kompetanseutvikling: Faglige mål

For enhver organisasjon er det vesentlig at en ut fra faglige begrunnelser kommer fram til en omforent vurdering av hva som utføres tilfredsstillende i betydningen at disse områdene ivaretas "godt nok" selv om idealiteten ikke er realisert. Og tilsvarende hvilke områder avdelingen svakest ivaretar. – eller om det er områder som blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte. For områder som er "godt nok" ivaretatt, er utfordringen først og fremst å vedlikeholde dette gode nivået. For områder som er svakest ivaretatt, er utviklingen først og fremst å bedre nivået ut fra omforente faglige standarder.

Enkelte avdelinger har klare utviklingsmål, hvor langt på vei samtlige informanter formidler felles forståelse av avdelingens faglige begrunnelser for hvorfor nettopp disse målene bør ha høyeste prioritet. Samtidig formidles en forståelse av hvilke områder som er vurdert å bli rimelig tilfredsstillende ivaretatt – ulike informanter gir konkrete og sammenfallende begrunnelser på spørsmålet om hva avdelingen er flink og god til. Informantene formidler klare mål, med faglig begrunnede prioriteringer. Ansatte formidler en felles vilje og forståelse av hva som er og skal være avdelingens faglige utviklingsretning. ROs inntrykk er at ansatte ved denne typen avdelinger også formidler faglig stolthet og identitet.

Andre avdelinger formidler svak eller sprikende forståelse for hva som skal være utviklingsmålene. Det kan for eksempel sies at det fremste utviklingsmålet bør være å gi brukerne bedre pleie, der samme informanter vurderer ivaretagelse av pleien å være *meget* tilfredsstillende, og der de ikke har noe konkret å utsette på pleien. Leder kan formulere klare begrunnelser for utviklingsmålene, og også ha utarbeidet skriftlig virksomhetsplan, men der ansatte ikke kjenner til og ikke har noe forhold til utviklingsmålene.<sup>9</sup>

Ansatte ved avdelinger som ikke har eller bare har svak bevissthet om hvilke utviklingsmål avdelingen har eller bør ha, gir inntrykk av at sykehjemmets virksomhet består av en uendelig lang rekke av arbeidsoppgaver som til dels er slitsom og stressende. Ansatte ved avdelinger som har sterk begrunnelse for avdelingens svake og sterke sider – og som har klare utviklingsmål, synes å gi inntrykk av at de synes arbeidet er spennende, lærerikt og utviklende.

Sykepleierne representerer "utøvende hender" som tar del i stellet og som gjør at de mange arbeidsoppgavene som skal og bør gjøres blir gjort enklere og lettere. Jo flere utøvende hender arbeidsoppgavene kan deles på, jo mindre belastning blir det på den enkelte medarbeider.

Sykepleierne utfører i tillegg enkeltstående prosedyrer eller arbeidsoppgaver som krever sykepleiers formelle kompetanse (for eksempel medisiner, kateterisering, osv).

Disse to funksjonene – utøvende hender og enkeltstående prosedyrer – utfører sykepleierne ved alle avdelingene.

I tillegg kan sykepleier også ivareta faglig ledelse eller det å etablere en kultur for utvikling av kompetanse. Det er vanskelig eksakt å definere hva faglig ledelse består i. Faglig ledelse består mellom annet i

---

<sup>9</sup> Det er bare sykehjem 3 og 7 som helt mangler utviklingsmål. To utviklingsmål som går igjen ved de fleste sykehjem, og hvor ansatte også er kjent med og merker at det settes kraft inn på å realisere utviklingsmålene: å forebygge belastningsskader (ryggombud) og at kompetansen til bestemte sykepleiere skal benyttes på tvers av flere avdelinger (diabetes, sår).

- å klarstille, prioritere og begrunne utviklingsmål – dernest forankre utviklingsmålene blant avdelingens ansatte slik at utviklingsmålene også søkes gjennomført i praksis, å evaluere og etterspørre for å vurdere om arbeidet gir resultater
- å gi begrunnede svar på hvilke deler av virksomheten som er tilfredsstillende ivarettatt og hvilke som må utvikles (Ansatte ved enkelte avdelinger sier at "alt" kan gjøres bedre – en intetsigende vurdering som er sann i enhver situasjon.)
- at ansatte lærer, får begrunnelser, slipper til og opplever utvikling. Særlig vesentlig er at ansatte får anledning til å diskutere, evaluere og eventuelt justere mål og tiltak for brukerne de arbeider med i det daglige.
- at avgrensede, faglige spørsmål blir arbeidet med, avklart og gjennomført – ikke bare på papiret men også i praksis. (Det vitner om liten faglig ledelse når ulike sykepleiere på samme avdelingen for eksempel uttrykker misnøye med at de er uenige om hva som skal dokumenteres.)
- at det gjennomføres internundervisning – der ansatte lærer om generelle emner ved at en diskuterer egne brukere og egne erfaringer.

ROs erfaring er at det er avdelinger hvor sykepleietjenesten framstår som en særegen, tydelig og spisset medisinsk kompetanse, som også lykkes i å etablere faglig ledelse og faglig profil.<sup>10</sup> Ved enkelte avdelinger brukes tilgjengelig sykepleierkompetanse "ukritisk" på mange funksjoner som ikke trenger medisinsk kompetanse (timelister, vikarinnleie, stillingsoversikter, attestasjoner, matservering, osv). På den andre siden kan sykepleierne bli brukt som hvilken som helst annen ansatt på avdelingen – sykepleier representerer et par hender som brukes til å fylle et hull i turnusen.

Vår erfaring er at sykepleierne – det vil si de sykepleierne som skal utøve sykepleie - bør søkes frigjort fra de mange ikke-medisinske oppgavene for i stedet å arbeide ut fra en spisset medisinsk kompetanse. Sykehjem som tilsetter sykepleiere bare fordi det er et krav – via forskrift eller fylkeslege - at sykepleier skal være tilgjengelig, bør utarbeide særlige mål og begrunnelser for hva en skal bruke sykepleierkompetansen til.

Avdelinger med faglig profil og som arbeider utviklingsorientert, synes altså å ha en klar begrunnelse for hva tilgjengelig sykepleierkompetansen særlig skal benyttes til. Samtidig har disse avdelingene en fast struktur for når sykepleierne skal ivareta ulike funksjoner. En overlater ikke til den enkelte sykepleier individuelt å bestemme når sykepleier skal arbeide med bestemte funksjoner. Både dags- og ukeplan strukturerer sykepleiernes arbeid, - det vil si planer som *alle* ved avdelingen i sin tid har vært med å utarbeide. Ved avdelingene som har et særlig tydelig mål og begrunnelse for hva en skal bruke sykepleierkompetansen til, sies det for eksempel at sykepleierne arbeide som ordinære, utøvende hender fra morgen av og fram til ca kl 10 (når frokosten er avvirket).<sup>11</sup>

<sup>10</sup> Også legetjenesten kan ha en slik "spisset" medisinsk funksjon. Legetjenesten diskuteres ikke i denne sammenhengen.

<sup>11</sup> RO har fått formlidlet eksempler på at sykepleier setter seg foran pcen for å utføre skriftlig arbeid i den store morgentruvelheten. Dette skaper umiddelbart dårlig arbeidsklina på avdelingen. Det er også to andre forhold som bidrar å skape dårlige samarbeidsforhold mellom sykepleiere og andre ansatte: Hvis sykepleierne stenger hjelpepleiere og andre ute fra arbeidsoppgaver eller enkeltprosedyrer som de har lært gjennom utdannelsen og som de for eksempel ønsker å vedlikeholde eller videreutvikle gjennom veiledning. Dessuten hvis hjelpepleierne eller andre ansattes ansvars- og arbeidsoppgaver er tilfeldig avhengig av hvor mange sykepleiere som er på arbeid den enkelte vakt - når ingen sykepleier er på vakt, må hjelpepleier arbeide som tilnærmet sykepleier, når mange sykepleiere er på vakt, skyves hjelpepleier over på andre oppgaver.

## 2.9 Kultur for kompetanseutvikling: Etisk og faglig refleksjon

Felles forståelse av brukernes individuelle mål, felles forståelse av verdigrunnlag, rutiner, utvikling av lagånd og arbeidsglede, er selve suksesskriteriene for god sykehjemsdrift. Realisering av disse suksesskriteriene kan ikke vedtas. Felles forståelse kan bare utvikles gjennom kollegiale samhandlinger, der kollegaer gjennom åpne og direkte tilbakemeldinger forankrer felles forståelse av mål både på bruker- og systemnivå, verdigrunnlag, faglige begrunnelser, rutiner, og prosedyrer.

Erfaringen er at skriftlige mål, rutiner, kvalitetssikringssystem, samhandlingsregler osv. aldri blir forstått og fellesgjort kun gjennom skriftlig informasjon. Forståelsen av denne typen informasjon kan bare utvikles gjennom kollegiale tilbakemeldinger om hvordan en selv og andre som enkeltindivider og system makter å realisere de mål, rutiner og lignende som er satt for avdelingen.

Denne etiske og faglige refleksjon kan gjøres løpende i forbindelse med det daglige arbeidet. Erfaringen er at det er avgjørende at det også settes av *felles møtetid*, blant annet for å sikre at enkeltbrukernes situasjon, mål og tilbud systematisk blir vurdert. Ansatte sier (som regel) at disse møtene helst bør ledes av faglig person.

De fleste avdelinger setter av planlagt tid i løpet av arbeidsdagen for denne typen møter. Svakheten er at de som da møtes, kun er de som er på vakt denne dagen. Enkelte sykehjem sikrer denne felles etiske og faglige refleksjon ved at tilnærmet alle ansatte for eksempel gjennom en 6 ukers turnus har overlappende tilstedeværelse for et ca 2 timers møte hvor enkeltbrukers situasjon, mål og tilbud systematisk vurderes, og hvor ellers spørsmål vedrørende avdelingens daglige arbeid tas opp til drøfting gjennom kollegiale tilbakemeldinger.

Denne dimensjonen har langt på vei samme meningsinnhold som dimensjonene tydelige mål, faglig profil og struktur og forutsigbarhet. Det som særlig kommenteres ved denne dimensjonen er om ansatte gjennom møter gis anledning til kollegial etisk og faglig refleksjon, og om disse møtene er faglig ledet.

## 2.10 Individuelle tiltaksplaner og dokumentasjon

Denne dimensjonen kan også sies å inngå i dimensjonen som er diskutert ovenfor (faglig profil). Imidlertid tas tiltaksplaner og dokumentasjonsarbeid med som egen dimensjon, særlig fordi det er svært stor variasjon mellom de ulike avdelingene, og fordi dette er et formelt krav som det særlig fokuseres på fra sentralt hold.

Det er altså svært store variasjoner.

Ved en avdeling sier (nesten) samtlige informanter at dokumentasjonen både oppleves hensiktsmessig, blir systematisk utført og at ansatte har en felles forståelse av dokumentasjonens begrunnelse (hvorfor, hvordan og hvor).

I utvalget finnes avdeling der ansatte formidler at dokumentasjon langt på vei ikke blir utført (det vises til hva som er sagt om dokumentasjon av medisiner), eller der det sies at dokumentasjonen er meget tilfeldig. De fleste avdelinger sies å ha tiltaksplaner, men der tiltaksplanene kan være lite ajourført eller for generelle med manglende konkret og individuelt fokus. Ved en avdeling sier informantene at det gjøres et skippertak med stallebeskrivelser og tiltaksplaner like før sommerferien slik at vikarene har noe å støtte seg til. Enkelte (sykepleiere) sier at kravet om tiltaksplaner og dokumentasjon er overdrevet, og at en selv prioriterer arbeid overfor brukerne framfor papirarbeid som oppleves unyttig. Eller det er sykepleiere som sier at en vet at det bør dokumenteres, men at arbeidet nedprioriteres fordi denne delen av arbeidet er kjedelig og lite inspirerende. Vurderingen av om dokumenta-

sjonen er tilfredsstillende eller utilfredsstillende kan være svært forskjellig blant ansatte (sykepleiere) ved samme avdeling.

Det er tidligere vist til at ansatte vurderer pleien som tilfredsstillende. Imidlertid er det flere avdelinger hvor ansatte sier at avdelingen ikke kan dokumentere at så er tilfelle.

## 2.11 Plan, forutsigbarhet og opplevd arbeidsbelastning

Nå grunnleggende rutiner er utarbeidet, forankret og følges av alle, glir arbeidet lett.

Alle avdelinger har dags- og ukeplaner. Det som varierer fra avdeling til avdeling er

- om det er de opplevd sentrale områdene av arbeidet som er strukturert og planlagt
- om rutiner og planer som er lagt følges

Ved enkelte avdelinger i utvalget sier så godt som alle informantene at rutinene som er lagt følges av alle. Arbeidet oppleves å bli lett fordi arbeidet blir prioritert slik en er blitt enig om og at ansatte følger opp arbeidsplanene slik de er lagt. Det sies at det gir inspirasjon og arbeidsglede når en ser at kollegaene har samme mål, verdigrunnlag og prioritering for arbeidet som en selv, og at rutiner og arbeidsoppgaver blir fulgt opp - "slik jeg selv ønsker å ha det" - uten at en må mase og kontrollere at kollegaene gjør det en er blitt enige om.

På den andre siden er det avdelinger hvor ansatte sier at det største problemet er at ansatte ikke gjør det en er blitt enige om, eller at det ikke er gitt tilstrekkelig opplæring - ikke er utviklet felles forståelse - av de planer og rutiner som er lagt.

Også de avdelinger hvor ansatte sier at en mangler plan og struktur i arbeidet, sier at pleien blir fulgt opp og ivaretatt på en (meget) tilfredsstillende måte. Hvordan kan en forklare at også de avdelingene hvor det sies at en mangler plan og struktur likevel vurderes å ha tilfredsstillende oppfølging av pleien?

Forklaringen som formidles er ansatte personlige egenskaper. Med unntak av det fåtall medarbeidere som ikke utfører arbeidet på en etisk forsvarlig måte, sies det at ansatte har en varm, genuin og ekte interesse av å yte god omsorg for den enkelte bruker - ansatte er svært samvittighetsfull og ansvarsbevisste. I den grad en mangler plan og forutsigbarhet, sies det at dette ikke gjelder den direkte oppfølgingen av brukerne. Hvis en mangler plan og struktur, gjelder dette de arbeidsoppgavene som gjelder avdelingen generelt - eller oppgaver som skal eller kan gjøres etter at pleien, maten og stellet overfor de enkelte brukerne er utført. Følgende bilde brukes blant ansatte ved avdelinger som sies å mangle struktur og forutsigbarhet: Når en har ryggen mot avdelingen og har fokus på enkeltbrukeren, er arbeidet preget av ansvar, forutsigbarhet, lojalitet og samvittighetsfull oppfølging. Når en har ryggen mot brukeren og har fokus på avdelingen som samhandlende system, ser en manglende rutiner, manglende oppfølging av det en er blitt enige om, uorden og for mye individualitet.

Uten å fullstendig gjøre listen, synes det særlig viktig at avdelingen har fast plan og rutine for følgende forhold:

- en dag- og ukeplan som viser hovedgangen i arbeidsoppgavene (det sies at det er langt lettere å improvisere ved "avvik" når en vet hvilken plan en må avvike fra)

- når sykepleiere skal arbeide som utøvende hender og når sykepleierne skal ivareta funksjoner og oppgaver som krever sykepleiers kompetanse
- hva som er aller viktigst, hva som "bare" er viktig, og hva som er mindre viktig. Særlig vesentlig synes det å være at en har en omforent forståelse av hva som skal prioriteres når en får på vakt og hva som skal gjøres ekstra når en er mange på vakt, tilsvarende når det skjer noe ekstra ved avdelingen. (Ved et par avdelinger sier ansatte at arbeidet blir lite målrettet de dagene alle er på arbeid fordi ansatte ikke er enig om eller ikke har en plan for hvordan arbeidet skal legges opp ut fra det faktum at antall som er på arbeid variere fra dag til dag.)

## 2.12 Innleie av vikarer

Et plutselig sykefravær kan skape forstyrrelser og stress. En viktig forutsetning for struktur og forutsigbarhet, er at avdelingen har lyktes i å håndtere innleie av vikarer og ekstravakter. At vikarer brukes kalles inn ved behov, og at de som kalles inn kjenner avdelingen, er viktige forutsetninger for å opprettholde en god rytme i det daglige arbeidet også når noen plutselig er fraværende.

Det er avdelinger som benytter vikarer som er godt kjent med avdelingens rutiner, som har forståelse av hva arbeid ved sykehjem innebærer og hvor de fleste av vikarene også kan ha relevant utdanning.

Dette er delvis oppnådd ved at flere ansatte arbeider i mindre stillingsandeler og at vikarene i stor grad er fast ansatte,<sup>12</sup> eller det kan også oppnås ved at avdelingen har et "korps" av utdannede og/eller rutinerte personer som ønsker å ta ekstravakter ved dette sykehjemmet.

Det er avdelinger hvor vikarinneleien fortøner seg som "et tilnærmet kaos". Særlig gjelder dette en avdeling som nylig gikk over til turnus hver fjerde helg, og hvor avdelingen ikke hadde sikret seg tilstrekkelig tilgang på rutinerte vikarer (studenter eller andre som går i små stillingsandeler, særlig i helgene, men også delvis i kveldene).

Det ansatte særlig understreker i samtaler, er hvor viktig det er at vikarene "forstår hva arbeid ved sykehjem innebærer" – noe som delvis har med opplæring å gjøre, men som også har med modenhet og erfaring å gjøre.

Det som særlig sliter ved bruk av uerfarne vikarer, er ikke først og fremst at de trenger opplæring og veiledning og at de derfor ikke får unna arbeidet like raskt som en erfaren medarbeider. Det som er særlig anstrengende, er at den fast ansatte som går sammen med den uerfarne vikaren må gå etter og kontrollere at vikaren har gjort arbeidet på en tilfredsstillende måte. Det er dette *ansvaret* som sliter, og som gjør at ansatte (ved flere avdelinger) sier at de gruer seg til å gå på arbeid i helgene (og enkelte kvelder).

En særlig utfordring sier ansatte å ha ved avdelinger som benytter vikarer med fremmedkulturell bakgrunn og som har dårlige norskkunnskaper.<sup>13</sup>

Gjennom samtaler søkte RO å få informantenes vurdering av samsvar mellom tilgjengelig kompetanse og brukernes behov. I stor grad er informantenes vurdering at sykehjemmet har god (tilstrekkelig) kompetanse til å møte brukernes behov

<sup>12</sup> De små stillingsandelene kan være i samsvar med eller i motstrid til ansattes ønsker. Dette tema skal ikke diskuteres her.

<sup>13</sup> Eksemplet som går igjen er fremmedkulturelle som smiler, sier ja, ja til å utføre en arbeidsoppgave – men som ikke utfører arbeidsoppgaven – enten på grunn av manglende norskkunnskaper eller andre forhold. Det sies også at det er vanskelig å ta opp slike spørsmål, fordi en lett kan bli beskyldt for å være fremmedfiendtlig.

(forbehold: se det som er sagt om psykiatri). Det sies at sykehjemmets ansatte (sykepleiere) behersker de tekniske prosedyrene brukerne har behov for, og/eller at en får veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Hovedvurderingen er også at volumet på og samarbeid mellom sykehjemslege og sykehjem er tilfredsstillende.<sup>14</sup>

Når ansatte vurderer om sykehjemmet har tilgang på kompetanse for å møte brukernes behov, er det altså særlig to forbehold som tas:

- om vikarene har forståelse for hva arbeid ved sykehjem innebærer, og om vikarene følger opp oppgavene sine
- om ansatte med etisk uakseptabel atferd blir fulgt opp eller ikke – ofte, men ikke alltid, sies det at medarbeidere med uetisk atferd også er vikarer eller ansatte i små stillingsandeler.

## 2.13 Hvordan forstås arbeidspresset?

Forståelsen og beskrivelsen av arbeidspresset varierer betydelig – og ved enkelte avdelinger er det også svært sprikende oppfatninger av hvor stort arbeidspresset er. Gjennom denne dimensjonen skal angis om ansatte synes det er rimelig samsvar mellom antall hender og arbeidsoppgaver, om dette gjelder generelt eller spesielle tider (helger og/eller kveld). Det vil også bli angitt om arbeidspresset vurderes på samme måte av alle informanter fra samme avdeling.

Avdelinger som har færre ansatte på vakt dagtid i helgene enn i yrkesdagene, sier at det særlig er i helgene at det er for få utøvende hender i forhold til arbeidsoppgavene. Ansatte ønsker dessuten å skape helg for beboerne. Ansatte sier at helgene som regel er det motsatte av helg – helgene er de mest arbeidsomme yrkesdagene. På ettermiddag sies det at det er rimelig samsvar mellom antall ansatte og arbeidsoppgaver, men dette varierer noe. Arbeidspresset sies også å være svært avhengig av om en arbeider sammen med fast ansatte eller om en arbeider sammen med uerfarne vikarer.

Selv om ansatte formidler at det kan være rimelig samsvar mellom arbeidsoppgaver og antall ansatte, sies det som regel at en likevel "har lite å gå på" dersom noe ekstra oppstår.

Ved flere avdelinger sier informantene at arbeidspresset først og fremst ikke skyldes at en har for få ansatte. Selv om avdelingen gjerne bør gis anledning til å tilsette flere medarbeidere, sier informanter ved enkelte avdelinger at før en eventuelt ansetter flere medarbeidere, bør to andre utviklingsoppgaver prioriteres:

- få orden på vikarinnleien
- sørge for mer plan, struktur og forutsigbarhet (bedre ledelse)

Antall ansatte kan variere betydelig fra dag til dag – om en har tilgang på medarbeider som finansieres av utenforstående (for eksempel arbeidsmarkedsetat), variasjoner i turnusen, grensen for vikarinnleie ved sykdom eller annet fravær – og også andre forhold. Avdeling 7 har 15 brukere, der antall ansatte på dagtid yrkesdager varierer planlagt mellom 4 og 7 medarbeidere, pluss renholder og avdelings-sykepleier. Ansatte på utøvende nivå opplever arbeidssituasjonen sin som en sammenhengende arbeidsøkt preget av stress og urimelige arbeidskrav. Ansatte på

---

<sup>14</sup> Ved ett av sykehjemmene sies det at tilgang på legetjenester bør økes. Volumet til sykehjemslegen (avtalt timevolum) sies å være tilstrekkelig, men at "problemet" er at vedkommende sykehjemslege ikke arbeider fokusert den tiden legen er ved sykehjemmet.

utøvende nivå opplever samme sterke arbeidspress uavhengig av om en er 4 eller 7 på arbeid. Ansatte på utøvende nivå formidler entydig at avdelingen trenger flere ansatte for å redusere det urimelige arbeidspresset.<sup>15</sup>

## 2.14 Kan avdelingen anbefales

Overfor alle informanter stilte RO følgende spørsmål: Tenk deg at en av dine nærmeste skulle få behov for sykehjemsplass – dine foreldre eller din ektefelle. Slik du kjenner situasjonen ved avdelingen, ville du da kjenne deg trygg og rolig for at din nærmeste får et tilbud som sikrer god og kontinuerlig oppfølging av vedkommendes behov? Informantene ble bedt om å se bort fra det negative ved at en av ens nærmeste får behov for sykehjemsplass. Informantene ble også bedt om å se bort fra at en arbeider ved avdelingen.

Det gis to svar på spørsmålet: Enten svare informantene ja på spørsmålet, eller så svarer informantene ja, men med forbehold. Forbeholdene er

- avdelingen tar inn vikarer som ikke forstår hva arbeid på sykehjem innebærer, eller ikke har tilstrekkelig opplæring
- avdelingen har en eller et fåtall medarbeidere som viser etisk uakseptabel arbeid ("Jeg ville ha følt meg trygg, hadde det ikke vært for (det fåtall ansatte) som aldri skulle fått lov å ta i min mor".)
- tilbud fra fysioterapeut er for svakt

Av disse forbeholdene er det de to første som nevnes. Forbeholdet vedrørende tilbudet fra fysioterapeut tas kun av et fåtall informanter ved et fåtall avdelinger.

Denne dimensjonen sier ikke noe nytt ut over det som særlig er diskutert under dimensjonene personalansvar og håndtering av vikarinnleie.

## 2.15 Oppsummering: Driftsvariasjon ved de 9 sykehjemsavdelingene karakterisert i forhold til ulike dimensjoner.

Hvordan driftssituasjonen kan variere i forhold til dimensjonene, er diskutert ovenfor. Nedenfor karakteriseres den enkelte avdeling i forhold til hver av dimensjonene. Det understrekes at målet med denne "tabellariske" oppsummering ikke er å karakterisere den enkelte avdelingen. Målet er å formidle hvordan ulike dimensjoner samvarierer.

Plasseringen nedenfor er rangert fra avdelingen som ut fra ROs vurdering gir beste til minst overbevisende inntrykk. Plasseringen av de 2 første og de 2 eller 3 siste avdelingene er de avdelingene som subjektivt er "sikrest" plassert. For RO skiller avdeling 6 og 4 seg tydelig ut ved at ansatte formidler at disse avdelingene har funnet fram til en funksjonell og avklart driftsform. Innbyrdes plassering mellom nr. 6 og 4 oppleves som lite "sikker".

---

<sup>15</sup> Slik RO ser det, er avdeling 7 preget av at de fleste ansatte på utøvende nivå kjenner hverandre godt etter å ha arbeidet sammen i 15 – 30 år, der leder og sykepleier de siste 10 årene kontinuerlig har vært skiftet ut bare etter kort tid. Avdelingen har sterke uformelle ledere som ikke aksepterer at andre stiller spørsmålstegn ved det arbeidsopplegget ansatte på utøvende nivå er vant til. Ansatte på utøvende nivå er utslitt og utbrent, og formidler et tydelig ønske og behov om å komme ut av sin fastlåste situasjon, men der kravet samtidig er at eksisterende uformelle ledere og innarbeidet arbeidsform ikke skal utfordres. Ansatte på utøvende nivå formidler at arbeidspresset utelukkende skyldes at avdelingen har for få ansatte. RO forstår arbeidspresset – i alle fall de dagene en er 6 eller 7 på vakt – som et resultat av at ansatte på utøvende nivå har "kjørt seg fast" i en uholdbar arbeidsform. Etter å ha fått innblikk i denne avdelingens driftssituasjon, stiller RO spørsmålstegn både ved brukernes tilbud og ved situasjonen til ansatte på utøvende nivå. Imidlertid er dette ROs forståelse, og det finnes ingen garanti for at RO forvalter "den riktige" forståelsen. Ansatte på utøvende nivå sier at oppfølging av brukernes pleietilbud er (meget) tilfredsstillende og at det urimelige arbeidspresset utelukkende skyldes for få ansatte.

Likeledes skiller avdelingene 8 og 7 og i noen grad 3 seg ut ved at ansatte formidler at avdelingene har vesentlige utfordringer med å finne fram til en funksjonell og avklart driftsform. Den innbyrdes plasseringen mellom 8 og 7 oppleves som lite "sikker". Likeledes oppleves innbyrdes plassering av avdelingene 1, 2, 5 og 9 som lite "sikker".

Uttrykket "lite sikker" benyttes. Dette understreker følgende som framstår som noe selvsagt: Plasseringen er svært usikker, og uttrykk for ROs subjektive inntrykk ut fra det som ansatte formidler i samtaler. Det er heller ikke plasseringen som er viktig. Målet med oppsettet er å vise hvordan ulike dimensjoner samvarierer.



Syke- hjem	Ledelse og arbeidsmiljø		Kultur for fagutvikling			Organisasjon og arbeidsbelastning					Oppsummering	
	Om leder utøver ledelse	Oppfølging personal- ansvar	Utviklings- mål	Faglig profil	Refleksjon og for- ankring	Doku- mentasjon	Struktur/ forutsig- barhet	Syke- fravær	Håndtering/ vikarer	Forståelse av arbeids-preset	Kan avd. anbefales?	Opp- summerende hoved- inntrykk
Nr. 6	Svært tydelig ledelse. Leder har autoritet, respekt, stor legitimitet	Tett og direkte oppfølging av den enkelte og av avdelingen.	Tydelige mål. Kjent av alle. Leder etterspør framdrift. Arbeidsglede	Tydelig faglig profil. Sykepl. tjenesten tydelig medisinsk tjeneste	Gode muligheter daglig og ellers. Er faglig ledet	Tilfreds- stillende og à jour. Undervisn. vist at an- satte nå har felles for- ståelse	Arbeids- dagen plan- lagt og strukturet. Hver ansatt har definerte oppgaver/ans var. Etter- spørres/ følges opp	Samlet 5,1	Funksjonelt	Rimelig samsvar mellom oppgaver og antall ansatte	Ja, uten for- behold	Fokus på brukernes indi- viduelle tilbud, arbeidsglede, felles verdi- grunnlag, felles prioriteringer,
Nr. 4	Tydelig ledelse, stor respekt og legitimitet	Tett opp- følging. Av den enkelte. Leder sørger for åpne samtaler	Tydelige mål. Arbeidsglede	Alle ansatte har definert rolle i faglig arbeid.	Gode muligheter. Er faglig ledet	Potensiale for for- bedring. Anses som "kjedelig" arbeid	Hver ansatt definerte oppgaver/ans var. Følges opp av alle	Samlet 5,7 Kort.: 1,8	Funksjonelt. Erfarne delvis m. utdannelse ønsker å arbeide på avdelingen.	For få ansatte i helgene. Ellers rimelig sam- svar? 6) Lite å gå på	Ja, uten for- behold	Arbeidsglede, felles priorite- ringer og verdigrunnlag. "Vi prater mye sammen"

Syke- hjem	Ledelse og arbeidsmiljø		Kultur for fagutvikling			Organisasjon og arbeidsbelastning					Oppsummering	
	Om leder utøver ledelse	Oppfølging personal- ansvar	Utviklings- mål	Faglig profil	Refleksjon og for- ankring	Doku- mentasjon	Struktur/ forutsig- barhet	Syke- fravær	Håndtering/ vikarer	Forståelse av arbeids-preset	Kan avd. anbefales?	Opp- summerende hoved- inntrykk
Nr. 5	Nytilsatt leder. Tidl.leder kjent som god og visjonær leder. 1)	Tett oppfølging, som bør være tydeligere,” tøffere”. To sentrale personer samarb. dårlig – oppleves stengende	Tydelige mål. Realistiske og ærlige tilnærminger til avdelingens styrker og utfordringer.	Utydelig i dag pga. reorgan. Ellers aktivt faglig arbeid	Gode muligheter. Er faglig ledet.	Tiltaksplaner anses som for generelle.	Oppgavefordeling ikke på plass etter reorg. Ellers planlagt og strukturert	Samlet 9,6 Kort.: 1,8	Funksjonelt	For få ansatte i helgene. Ellers rimelig samsvar	Ja, uten forbehold	Ved ROs feltarbeid, preget av reorgan. Faglig sterk organis. som arbeider realistisk og løsningsorientert
Nr. 1	Ledelse utøves. Ansatte ønsker tydeligere avd.leder 2)	Tett oppfølging. Leder burde være tydeligere.	Utydelig. Ansatte er usikre om avdelingen har mål, eller hva de særlige målene bør være.	Aktivt faglig arbeid. Preget av svært sammen-satt målgruppe.	Gode muligheter. Ansatte etterlyser faglig ledelse, tydeligere konklusjoner	Er ikke oppdatert. Ulik forståelse	Oppgavefordelingen er klarstilt	Samlet: 12,1 Kort.: 1,9	Delegert til hjelpepleier. Meget funksjonelt	For få ansatte på ettermiddag og helg dagtid. Dagtid yrkedager rimelig samsvar	Ja, uten forbehold	Svært sammensatt målgruppe. Arbeidsglede og stolthet over det en i fellesskap får til

Syke- hjem	Ledelse og arbeidsmiljø		Kultur for fagutvikling			Organisasjon og arbeidsbelastning					Oppsummering	
	Om leder utøver ledelse	Oppfølging personal- ansvar	Utviklings- mål	Faglig profil	Refleksjon og for- ankring	Doku- mentasjon	Struktur/ forutsig- barhet	Syke- fravær	Håndtering/ vikarer	Forståelse av arbeids-preset	Kan avd. anbefales?	Opp- summerende hoved- inntrykk
Nr. 9	Tydlig leder, respekt og med stor legitimitet. Dyktig koordinator.	Tydlig overfor de fleste, utdelt – manglende – oppfølging av enkelte og særlig vikarene. 3)	Å få inn erfaringer, vikarer, ansatte i helgene anses som det viktigste målet	Preget av ustabilitet pga vikarer og små stillingsandeler.	Gode muligheter for fast ansatte på dagtid, men ønske om ledelse. Vikarene gis ikke muligheten	Ulik forståelse	Når sammen med fast ansatte, plan og struktur. Lite struktur pga vikarene. Uklart ansvar vedr. gruppeovergrepene funksjoner	Samlet: 10,3 Kort.: 1,7	Tilnærmet "kaos". Uerfarne og uegnede vikarer er sykehjemmets største utfordring	Ansvarspress er problemet, ikke arb.press. Vikarer mangler kompetanse og forståelse av arbeidet.	Nei, det er vikarer/ansatte i små andeler er uegnet i arbeidet. Ellers trygt tilbud	Store, uløste målkonflikter vedr. vikarhåndtering. "Bak" vikarprobl. ses en strukturert avd. som kan arbeide målrettet 7)
Nr. 2	Ansette vet ikke hvem som er leder. Avdelingsleder anser seg ikke som leder 4)	Ansatte har det hyggelig sammen – fordi en ikke tar opp underliggende konfliktpersonalg. Svak oppfølging	Ingen utviklingsmål	Utydelig. Sykepl. rolle er som andre ansatte	Muligheten er tilstede, men den blir lite brukt	Brukernes situasjon er stabil. Dok. anses delvis som unyttig papirarbeid	Arbeids-situasjonen er den samme fra dag til dag/uke til uke. Uenighet om hva som skal gjøres ved full bemann.	Samlet: 6,9 Kort.: 2,4	Funksjonelt	Det er ulike forståelser som ikke er bearbeidet. 8)	Ja, uten forbehold	En avdeling uten ledelse. Virks.leder har så stort ansvar, at hun ikke har mulighet å lede aktuell avd. 9).

	Ledelse og arbeidsmiljø			Kultur for fagutvikling			Organisasjon og arbeidsbelastning					Oppsummering	
Syke- hjem	Om leder utøver ledelse	Oppfølging personal- ansvar	Utviklings- mål	Faglig profil	Refleksjon og for- ankring	Doku- mentasjon	Struktur/ forutsig- barhet	Syke- fravær	Håndtering/ vikarer	Forståelse av arbeids-presset	Kan avd. anbefales?	Opp- summerende hoved- inntrykk	
Nr. 3	Avd.leder er pålagt mange adm. og praktiske oppgaver. Leder har ikke mulighet å utøve ledelse	Personal-oppfølging fraværende. Administrativt personalarbeid ivaretas, og når det blir ”sak”.	Ansatte på avd. har ikke noe forhold til målene.	Utydelig. Sykepl.-kompetanse blir brukt bare til enkeltstående oppgaver	I liten grad til stede. Ansatte savner muligheter for kollegiale diskusjoner. Uklart hvem som skal ta initiativ/lede.	Ulik forståelse av hva som skal dok. Sies at avdelingen ”alltid” er på etter-skudd.	Uklare ansvarsforhold. Avd.leder har ingen å delegere ansvar til	Samlet: 13,3 Kort.: 2,2	Det tas delvis inn vikarer som ikke fungerer. Ønske om bedre oppfølg. også av et fåtall fast ansatte	For få folk i helgene. Presset skyldes delvis vikarer som ikke forstår arbeidet. Lite å gå på	Nei, tas forbehold pga. vikarer og enkelte fast ansatte som ikke er egnet	Avd.leder er pålagt så mange oppgaver at hun ikke har mulighet for å lede. Uavklarte ansv.forhold, ingen å delegere til. Syke.pl.s kompetanse nyttes ikke	
Nr. 8	Formell ledelse fraværende. Uformelle ledere 5)	Personal-oppfølging fraværende. Konfliktgrunnlaget – et tabu som bare diskuteres i krokene.	Utviklingsmål er fraværende	Ulike vurderinger Sykepl. har ingen særlige oppgaver.	Mulighetene er til stede, ønske om mer ledelse, mer målrettet kollegial møtetid	Ulike vurderinger: Enkelte: tilfredsstill. Andre: tilfeldig og mangelfull	Ulike prioriteringer av hva som er viktigst og ulik forståelse av samme forhold gir opplevelse av lite plan og struktur.	Samlet: 11,6 Kort.: 0,8	Funksjonelt	Ulik forståelse. Enkelte: arb.preset urimelig stort. Andre: presset skyldes mangel på struktur, lojalitet og negativ holdning hos enkelte	Nei, enkelte ansatte er uegnet til arbeidet	Pregget av sprikende forståelser av samme saksforhold. Uoverab. konfliktgrunnlag i.f.t. uformelle ledere stenger for utvikling. Sykepl.kompetanse nyttes ikke	

Syke- hjem	Ledelse og arbeidsmiljø		Kultur for fagutvikling			Organisasjon og arbeidsbelastning				Oppsummering		
	Om leder utøver ledelse	Oppfølging personal- ansvar	Utviklings- mål	Faglig profil	Refleksjon og for- ankring	Doku- mentasjon	Struktur/ forutsig- barhet	Syke- fravær	Håndtering/ vikarer	Forståelse av arbeids-presset	Kan avd. anbefales?	Opp- summerende hoved- inntrykk
Nr. 7	Utøvende nivå avviser ledelse. Uformell ledelse. De 10 siste årene har leder og sykepleier vært på avd. bare i kort tid før de har sluttet. Utøvende nivå svært stabil.	Uformelle ledere ivaretar personal-oppfølging. Formell leder ivaretar adm. personalarbeid	Ingen mål. Målet som formidles er å komme seg gjennom svært belastende arbeidsdager.	Utydelig. Situasjonen preget av arbeidsoppgaver som står i kø.	Mulighetene er til stede, ledes av sykepleier eller avd.leder. Brukernes situasjon vurderes.	Blir utført av sykepleier/leder og anses som tilfredsstillende.	Arbeidsoppgavene strukturert arbeidsdagene. Arbeidspresset oppleves like urimelig stort uavhengig av antall på vakt.	Samlet: 20,6	Funksjonelt, utføres av sykepleier	Utøvende nivå: urimelig arb.press, alt for få ansatte. Oppløst samme press uavhengig av antall på vakt	Enkelte: ja uten forbehold. Andre: nei, pga. dårlige sosiale tilbud	Ansatte er slitne. Utbrente? Utøvende nivå med uformelle ledere meget stabile, formelle ledere slutter etter kort tid. ROs vurd.: Utøvende trenger hjelp, men våger ingen endring.

1) Positive, noe avventende forventninger til nytilsatt leder. Ved ROs feltarbeid var sykehjem 5 preget av intern reorganisering der en gikk over fra 4 til 2 interne grupper (32 brukere), der organisasjonen søker etter forståelse og forankring av den nye interne arbeidsformen.

2) Sykehjemmet er preget av svært sammensatt målgruppe: Av de 20 brukerne er 5 i stor grad selvhjulpne som anses feilplassert på sykehjem, og som det er en stor utfordring å tilrettelegge en meningsfylt hverdag for. Videre personer med ikke-aldersrelatert psykiatrisk lidelse, brukere uten mentale funksjonstap men med fysisk betingete hjelpebehov, samt brukere med i hovedsak mentale funksjonstap.

3) Sykehjem 9 har gått over til vakt hver 4. helg, uten å ha sikret kontinuitet i helgene. For å sikre at en beholder vikarer/de som går i småstillinger i helgene, tilbys disse også ekstravakter ettermiddag/kveld i ordinære dager – noe ansatte er irritert på fordi de ønsker større stillingsandeler og fordi en må "slite" med uerfarne vikarer også i yrkesdagene. Sykehjemmets største utfordring sies å være "kaoset" knyttet til uerfarne og delvis uegnede vikarer. Uansett hvilket tema som tas opp i samtalene, kommer informantene tilbake til problemene med vikarene. Dessuten er avdelingen i ferd med å gå over fra somatisk langtidspleie til å bli en avdeling for korttidsopphold.

4) Enheten virksomhetsleder har ansvar for er så stor at virksomhetsleder ikke har muligheter for å ivareta ledelse for aktuell avdeling.

5) Virksomhetsleder har vel 200 årsverk i sin enhet og har ingen praktisk muligheter for å utøve daglig ledelse i aktuell avdeling. Kommunen "nekte" at avd. sykepleier skal pålegges personalansvar fordi kommunen har vedtatt at det kun skal være to ledernivå. Sykehjemmet er preget av at en de siste to årene stadig skiftet formell organisasjonsform, uten at noen organisatorisk struktur anses som hensiktsmessig. Ingen varme konflikter, men et underliggende konfliktgrunnlag som ikke er bearbeidet. Flere ansatte ønsker at det skal "tas et oppgjør" med de negative kreftene selv om dette vil resultere i varme konflikter. Ansatte har svært ulike vurderinger av sentrale tema.

6) Avdelingen er kjent for å ha en gruppe tilsatte som tydelig formidler at en har det travelt. Å si at en har det travelt sies å være et kulturelt særtrekk ved avdelingen. Men internt er avdelingen preget av arbeidsglede, brukerfokus og felles prioriteringer.

7) Sykehjem 9 består bla.a. av to store avdelinger. De to avdelingene har to svært forskjellige driftssituasjoner. Utvalgt avdeling beskrives som langt mer strukturert og målrettet enn den andre. Slik RO ser det, vil utvikling av utvalgt avdeling delvis være avhengig av at den andre store avdelingen utvikles samtidig.

8) Avdelingen har 8 brukere. Det er 2 eller 3 på vakt på dagtid yrkesdager. Når 2 er på vakt sier enkelte at arbeidspresset er urimelig stort fordi det er for få på vakt. Andre sier at arbeidspresset er til å leve med. Når en er 3 på vakt, er det ansatte som mener det er så mange som er på vakt at en kan legge arbeidet opp deretter med lange pauser og lignende. Dette er ett av de underliggende forholdene som ikke er bearbeidet, og som ansatte anser best å ikke sette ord på fordi en er redd at "det ikke kommer noe godt ut av det" dersom en tar opp spørsmålet direkte sammen med kollegaer dette gjelder.

9) Kommunen har vedtatt 2-nivå modellen, og det er forutsatt at virksomhetsleder skal lede alle avdelinger i virksomheten. Slik RO ser det, er virksomheten så stor at det er en praktisk umulighet for virksomhetsleder å lede de enkelte avdelingene.

## 2.16 Avsluttende kommentarer

Med de styrker og svakheter som den valgte kvalitative tilnærmingen innebærer, kan følgende hovedinntrykk formidles:

- Den empiriske og den kvalitative tilnærmingen peker i hovedsak ut sammenfallende retning for tolkningene: det som særlig framstår som avgjørende for en avdelings "interne liv", er hvordan en har lyktes med samhandling, kommunikasjon, faglig fokus og etablering av en kompetanseutviklende kultur. Dette er forhold som har med ledelse og organisering å gjøre. Avdelingenes "indre liv" er i mindre grad avhengig av antall ansatte.
- Det er særlig i helgene (og da særlig på dagtid) at det er for få ansatte.
- Avdelinger hvor ansatte formidler opplevelsen av et særlig urimelig arbeids- eller ansvarspress, er samtidig avdelinger hvor ansatte formidler at en har mer å hente på organisatoriske grep, enn ved å ansette flere medarbeidere (opp-læring av vikarer, mer struktur og forutsigbarhet, utvikling av felles forståelse av hva som er viktigste arbeidsoppgaver). Samtidig som påstanden om en slik sammenheng kan sies å være i samsvar med diskusjonen ovenfor, viser den samme diskusjonen at en slik generell påstand ikke griper den særegne situasjon den enkelte avdeling er i. Avdeling 4 sies for eksempel å ha et "kulturelt særtrekk" ved at en del ansatte sterkt formidler at en har det svært travelt (og har for få ansatte). Samtidig som det formidles generell enighet om at det tidvis kan være travelt, formidles en aksept og forståelse av at travelheten som enkelte særlig formidler er et "kulturelt særtrekk". Ved avdeling 7 formidler ansatte på utøvende nivå at det urimelige arbeidspresset skyldes for få ansatte. RO har en annen tolkning.
- Det er svært store forskjeller i sykefravær: fra vel 5 prosent (av alle mulige arbeidsdager) til vel 20 prosent. De to avdelingene som særlig skiller seg ut ved arbeidsglede, tydelige utviklingsmål og faglig profil, struktur og forutsigbarhet, tydelig ledelse og særlig personaloppfølging, er samtidig de avdelingene som har lavest sykefravær. Sammenhengene kan være tilfeldige.<sup>29</sup>
- Ansatte formidler entydig at dokumentasjon av medisinformbruk (forordnet av lege) er systematisk og à jour. Ellers er det ulike holdninger til dokumentasjonsarbeidet. Ansatte ved de fleste avdelinger karakteriserer dokumentasjonen som noe tilfeldig, mindre oppdatert eller à jour, og at ansatte kan ha sprikende forståelse av dokumentasjonsarbeidet (hva, hvordan, hvor).
- Samtlige ansatte ved alle avdelingene sier at oppfølgingen av brukernes pleiebehov og medisinske situasjon er tilfredsstillende. Forbeholdene som gjøres er vikarer eller andre ansatte som ikke forstår hva arbeid ved sykehjem innebærer eller som ikke makter å forholde seg etisk akseptabelt i forhold til brukerne. En rask og direkte oppfølging av personalansvaret leder har overfor den enkelte ansatte, anses som grunnleggende viktig for kvaliteten på pleien.
- Hvordan en avdeling håndterer innleie og oppfølging av vikarer, formidler samtidig langt på vei ansattes forståelse av følgende forhold: om avdelingen har tilstrekkelig tilgang på kompetanse, om avdelingen er preget av struktur og forutsigbarhet, kvaliteten på oppfølgingen av brukernes behov og om arbeidspresset – eller rettere ansvarspresset – oppleves som urimelig stort.

---

<sup>29</sup> Det er også en annen mulig hypotese: RO har blitt så fasinert av det lave sykefraværet at RO ubevisst bare har sett det som forsterker en forventet sammenheng om at tydelig ledelse, utviklingsmål osv. skal samvariere med et lavt sykefravær.

- Brukenes sosiale tilbud, og særlig mulighetene for å være ute i frisk luft, vurderes som utilfredsstillende. Videre formidles at brukerne har et stort udekket behov for psykososial støtte fra og nærhet til personalet. I den grad ansatte sier at de har dårlig samvittighet i forhold til hvordan tilbudet utformes, synes dette å være knyttet til sosial oppfølging og psykososial støtte og nærhet. Samtidig som brukernes sosiale tilbud vurderes som utilfredsstillende, sies det at avdelingene i liten grad konkretiserer dette tilbudet gjennom individuelle og konkrete tiltaksplaner, og at en i mindre grad har etablert felles faglig forståelse av hva et tilpasset sosialt tilbud for den enkelte bør være.



### 3 Kvalitet i sykehjem

Kvalitet kan defineres som: "Helheten av egenskaper et produkt eller en tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som er antydnet." (Norsk standard/ISO). Kvalitet sier altså noe om hvordan vi – brukere, pasienter, pårørende, pleie- og omsorgsarbeidere og andre – subjektivt eller objektivt oppfatter hvordan *helheten* av et produkt eller en tjeneste svarer til våre behov og forventninger. Disse oppfatningene vil naturlig nok være ulike. I vurdering av et tjenestetilbuds kvalitet er det mange aspekter ved tjenestetilbudet som kan inkluderes.

I sitt klassiske bidrag skiller Donabedian mellom tre nivå i jakten på kvalitetsindikatorer:

- Struktur
- Prosess
- Utfall

*Strukturnivået* dreier seg om nødvendige materielle, økonomiske og personellmessige forutsetninger for å gi en tjeneste. I en kvalitetsanalyse kan det undersøkes om alle nødvendige praktiske og materielle forutsetninger for bestemte tjenester eller tilbud er til stede.

*Prosessnivået* dreier seg om de arbeidsoperasjoner og prosedyrer som er nødvendige for å realisere et tilbud. I en kvalitetsanalyse kan det undersøkes om nødvendige prosedyrer faktisk er gjennomført, og om de gjennomføres i henhold til de standarder, krav og forventninger som er knyttet til dem.

*Utfallsnivået* dreier seg om resultatene av en behandling eller en tjeneste. Får brukeren løst sitt problem? Blir han eller hun frisk? Har brukeren en bedre situasjon, eller er man mer eller mindre tilfreds enn man ville vært uten den tjenesten man har fått?

Donabedians tre nivå viser at operasjonaliseringen av hva kvalitet er, vil avhenge av hvilke nivå en velger å ta som utgangspunkt. Problemet med å måle kvalitet øker når vi beveger oss fra det ene nivået til det andre. Det er forholdsvis enkelt å undersøke ressursinnsats, personelldekning, bygningsressurser osv. Det er ofte vanskelig å gi valide mål på utfallsnivå. Å være pasient i et sykehjem berører svært mange sider ved tilværelsen til mennesker i en livssituasjon mange vil oppleve som svært vanskelig. Det er f.eks. ikke sikkert at det at en sykehjemspasient er generelt utilfreds først og fremst skyldes dårlig behandling – det kan like gjerne tenkes at det henger sammen med mismot fordi man ikke får besøk av familien, at problemer som følger av funksjons- og sansetap oppleves store og truende, eller kognitive problemer. Det kan for øvrig ofte være vanskelig å skille klart mellom prosess og utfall i denne type tjenester. I selve prosessen av utredning, pleie, behandling mm. finnes et ubegrenset antall indikatorer på kvalitet, men det er sam-

tidig knyttet store utfordringer når det gjelder å finne indikatorer som kan objektiveres, dvs. synliggjøres, måles og evalueres. Dette skyldes delvis at det til grunn for kvalitetsvurderinger av slike prosesser vil ligge relasjonelle og kontekstuelle faktorer med basis i en sosial sammenheng (Harsvik m.fl. 2002, Slagsvold 1999, 1995). I stor grad er dette tilfelle også for kvalitet på utfallsnivå da dette bl.a. inkluderer ulike aspekter ved brukertilfredshet og livskvalitet for brukerne.

Hva som defineres som kvalitet vil, i tillegg til valg av nivå, være avhengig av hvilke datakilder som benyttes for å måle kvaliteten. Eksempler på brukte kilder er offentlige registrerte opplysninger, ledelsen i institusjonene, profesjonelle og brukere (Slagsvold 1995). Observasjon er også en mulig kilde til informasjon. Ulike informasjonskilder kan selvfølgelig også kombineres i en datainnsamling. Hvilke(n) kilde(r) som velges vil måtte bestemmes av hva hensikten med undersøkelsen er og hvilke ressurser som står til disposisjon.

Resultater fra undersøkelser som er gjort angående kvalitet i norske sykehjem, viser at kvalitetsmåling er problematisk og sammensatt. Slagsvold (1995) kartla kvalitetsmål på strukturnivå og sammenholdt disse med egne observasjoner. Sammenstillingen viste at det var lite samsvar mellom kvalitetsindikatorne og det man mente at disse indikatorene skulle måle. Ett eksempel på dette var enerom. Sletvold (1999) gjennomførte en undersøkelse der kvaliteten ved sykehjemmene i Trondheim ble belyst både fra beboernes, pårørendes og fagpersonellets perspektiv. Det viste seg at når det gjaldt opplevelse av dårlig tjenestekvalitet, var det ikke samsvar mellom vurderinger gitt av beboere og pårørende/fagpersonell.

I et prosjekt med begrensede ressurser har vi vært nødt til å gjøre valg når det gjelder hvilket nivå vi skal fokusere på og hvilke datakilder vi vil gjøre bruk av. I vår tilnærming til kvalitet har vi lagt vekt på prosessnivået, og datakilden er i hovedsak pleierne. Denne tilnærmingen har vi valgt av flere grunner. Det eksisterer i dag i begrenset grad "objektive" data som kan benyttes som grunnlag for å uttale seg om kvaliteten i sykehjem og særlig er dette mangelfullt i forhold til utfallsnivået. Når det gjelder tilfredshetsanalyser og andre brukervurderinger i sykehjem, blir dette vanskeliggjort ved at mange av brukerne må ekskluderes p.g.a. mental status. Videre vil mange av de tema som vil være viktige i en slik undersøkelse kunne oppleves som svært nærgående for den enkelte. Et annet forhold er muligheten til å hente inn data på en pålitelig måte i det omfanget som er nødvendig i en undersøkelse som omfatter 29 sykehjemsavdelinger. Dette ville stille stor krav til organisering, tid og ressursinnsats. Videre vil det være vanskelig på bygge inn faglige problemstillinger - medisinske eller pleiefaglige - i brukerbaserte kvalitetsmål.

Kvalitetsanalysene vil i hovedsak ligge på prosessnivået. Vi vil basere oss på pleiernes registreringer av i hvilken grad forventede og nødvendige prosedyrer er gjennomført for den enkelte bruker, og om de er gjennomført på en faglig forsvarlig måte. En slik tilnærming der analyser av kvalitet er basert på rapportering fra tjenesteyterne og deres faglige vurderinger, vil kunne gi kvalitetsanalysen et faglig fundament. På den annen side kan slik rapportering medføre andre problemer - f.eks. i form av under- eller overrapportering av hendelser eller mangler tjenesteyterne selv ikke ønsker skal bli kjent.

Kvalitet slik vi definerer den i dette prosjektet, innebærer at vi undersøker ett aspekt ved kvaliteten ved sykehjemsavdelingene som inngår i undersøkelsen. Det vil derfor være mange sider ved kvaliteten som ikke analyseres videre i denne rapporten.

### 3.1 Utvikling av kvalitetsmål

Det er de siste årene gjort flere undersøkelser som har tatt sikte på å kartlegge kvalitet i sykehjem (blant annet Helsetilsynet 2003, Hofseth og Norvoll 2003, Slagsvold 1995). Men instrumentene som har vært tatt i bruk for å måle kvalitet har vært ulike.

I utvikling av mål på kvalitet i sykehjem har vi tatt utgangspunkt i Sosialdepartementets definisjon av kvalitet. I kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenesten heter det at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov (Sosialdepartementet 2003). Med det menes bl.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

Vi kan ut fra forskriften se at sykehjemmenes oppgave både er å gi brukerne både nødvendig medisinsk behandling og pleie, men også å gi brukerne mulighet til å leve sitt liv med institusjonen som sitt hjem. Vi har på bakgrunn av disse retningslinjene for kvalitet forsøkt å operasjonalisere kvalitet gjennom 35 spørsmål med til sammen 40 påstander i spørreskjema til pleierne. I tillegg har vi utarbeidet en skala som tar sikte på å gi et globalt mål på kvalitet, det vil si pleiernes vurdering av kvaliteten på tjenestetilbudet som ytes i avdelingen alt sett under ett. Vi har også inkludert et spørsmål som tar sikte på å kartlegge om kvaliteten varierer med ulike tider på døgnet samt hverdager og helg.

### 3.2 Kvalitetsindikatorer

Spørreskjemaene til pleierne inneholder totalt 47 påstander som direkte angår pleiernes vurderinger av kvaliteten på tjenestetilbudet i den aktuelle sykehjemsavdeling. Pleierne har vurdert om behov og oppgaver blir ivarettatt i avdelingen på en femtrinns-skala fra tilfredsstillende til utilfredsstillende. Vi erkjenner at det kan være variasjoner fra person til person når det gjelder hva som oppleves som tilfredsstillende og utilfredsstillende. Her vil vi likevel nevne at denne subjektive komponenten vil utjevne seg når mange pleiere har besvart spørsmålet.

For å gjøre analysen mer oversiktlig og håndterbar, har vi ønsket å redusere antall variabler som skal benyttes.

Vi har benyttet faktoranalyse for å undersøke om hvorvidt de 40 påstandene vedrørende kvalitet (spørsmål 25) viser noen samvariasjon. Faktoranalysen viser at vi kan systematisere spørsmålene i fire indekser samt en enkeltstående påstand<sup>30</sup>.

#### Kvalitetsindeks 1: Grunnleggende pleie og medisinsk behandling<sup>31</sup>

På bakgrunn av faktoranalysen vil vi innordne følgende påstander i den første indeksen:

- Tilbud om opptrening slik at optimalt funksjonsnivå oppleves
- Nødvendig oppfølging av tannhelse
- Klinisk observasjon og vurdering av beboerne
- Smertebehandling
- Dokumentasjon (eks. pleieplan/skriftlig rapport)
- Medisinsk undersøkelse og behandling
- Medisinsk behandling og pleie ved problemer med.
- Respirasjon
- Sirkulasjon
- Hud
- Infeksjoner
- Motoriske funksjoner (eks. ustøhet/falltendens/nedsatt mobilitet)

Disse påstandene reflekterer dimensjoner i kvaliteten som vi mener kan behandles som en enhet. Påstandene er alle knyttet til det vi vil karakterisere som nødvendige behov for pleie og medisinsk behandling som beboere ved alle sykehjemsavdelinger

---

<sup>30</sup> Kvalitetsindeksene som her er utviklet kan forøvrig sammenstilles med behovene som inngår i kvalitetsforskriften. I vedlegg har vi systematisert kvalitetsforskriften ut fra de samme overordnede kategoriene som gjelder for kvalitetsindikatorene.

<sup>31</sup> Indeksene er bygget opp slik at minimumsskåre i en indeks er 0 mens maksimum er 100. Dette betyr at dersom en ansatte har svart utilfredsstillende på samtlige spørsmål som inngår i indeksen, så vil skåren bli 0. Dersom den ansatte har svart tilfredsstillende på samtlige påstander, vil maksimal skåre være 100. Når det gjelder påstander hvor ansatte ikke har satt noe kryss (missing) eller hvor det er krysset av for "vet ikke", er påstanden gitt sammen verdi som gjennomsnittet beregnet ut fra hva øvrige ansatte har skåret på samme påstand. Samtidig er det gjort en forutsetning om at ansatte må ha tatt stilling til minimum halvparten av påstandene som inngår i indeksen for å bli tatt med i den videre analysen. Dette er gjort fordi at ved å gi "missing" og "vet ikke" gjennomsnittsverdier forutsetter vi at de som har svart dette, ikke avviker mye fra de øvrige respondentene. Men dersom disse har svart på svært få av påstandene, kan det være en systematikk i dette som gjør at det ikke vil være riktig å bruke gjennomsnittsverdier for disse likevel.

må få tilfredsstilt. Vi har valgt å kalle denne kvalitetsindeksen for "Grunnleggende pleie og medisinsk behandling". Men i dette ligger det også at dersom beboerne har behov ulike typer av spesialisert medisinsk behandling og pleie må også disse behovene møtes.

På bakgrunn av Hofseth og Norvolls (2003) funn vedrørende grunnleggende stell og sykepleie, vil vi anta at det vil være en forholdsvis liten variasjon mellom sykehjemsavdelingene for denne indeksen.

Resultatene fra undersøkelsen viser at kvalitetsindeks 1 har et gjennomsnitt på 73,0 (n=521). Standardavviket er 16,8. Dersom vi ser på variasjoner mellom sykehjemsavdelingene, finner vi at gjennomsnittet varierer fra 53,2 til 88,1. Når vi ser disse variasjonene under ett, indikerer dette at kvalitetsindeks 1 kan være et egnet verktøy til å skille mellom ulike oppfatninger av kvalitet.

#### Kvalitetsindeks 2: Kontroll over egen livs- og døgnrytme

- Andre indeks inneholder følgende påstander fra spørreskjemaets spørsmål 25:
- Beboerne får spise når de vil
- Tilpasset hjelp ved måltidene
- God hjelp til personlig hygiene
- Beboerne får bade og dusje så ofte den enkelte vil
- Beboerne får komme på do når de kjenner behov for det
- Beboerne får selv velge de klær de ønsker å ha på seg
- Beboerne får bruke egne ferdigheter ved av- og påkledning
- Beboerne får stå opp når de selv ønsker det
- Beboerne får legge seg når de selv ønsker det

Denne indeksen har vi valgt å benevne "Kontroll over egen livs- og døgnrytme". Dersom vi relaterer kvalitetsindeks 1 og 2 til en type behovshierarki, jf. eksempelvis Maslows klassiske behovspyramide (Atkinson m.fl. 1990), kan vi tolke det slik at kvalitetsindeks 2 bygger videre på kvalitetsindeks 1: Når behov for grunnleggende pleie og medisinsk behandling er dekket, vil neste nivå være om beboerne for mulighet til å ha kontroll over egen livs- og døgnrytme. Dette er en indeks som blant annet kan kobles til en diskusjon vedrørende institusjonalisering av beboere i sykehjem. Vi vil kunne vente at det er større grad av variasjon mellom sykehjemsavdelingene innen denne indeksen enn den foregående.

Resultatene fra undersøkelsen viser en gjennomsnittlig skåre på denne indeksen på 66,8 (n=548). Standardavviket er 20,4. Gjennomsnittet for indeks 2 er noe lavere enn indeks 1. Dette betyr at pleierne i gjennomsnitt mener at forhold knyttet til brukernes kontroll over egen livs- og døgnrytme er noe mindre tilfredsstillende ivare tatt enn grunnleggende medisinsk behandling og pleie. Økningen i standardavviket i forhold til kvalitetsindeks 1 indikerer at det er større variasjon i pleiernes vurderinger knyttet til kvalitetsindeks 2. Ser vi på gjennomsnittet fra de 29 sykehjemsavdelingene, varierer dette fra 46,3 til 91,9. Det er med andre ord en betydelig variasjon mellom sykehjemsavdelingene.

### Kvalitetsindeks 3: Aktivitet og selvstendig liv

Den tredje indeksen som er gjengitt nedenfor peker på beboernes mulighet til å være sosiale og få brukt egne ressurser til å utføre daglige gjøremål. Dette er forhold som strekker seg utover de mer hverdagslige rutinene som er inkludert i indeks 2. Følgende påstander er inkludert i indeks 3:

Beboernes innflytelse i egen hverdag

Individuell tilrettelegging av daglige gjøremål ut fra den enkeltes ressurser/ behov

Beboernes mulighet til å ha et aktivt sosialt liv på institusjonen

På bakgrunn av undersøkelser SINTEF har gjennomført tidligere (Hofseth og Norvoll 2003, Harsvik m.fl. 2001) er det grunn til å anta at en indeks som inneholder disse komponentene vil kunne skille mellom sykehjemsavdelinger.

Resultatene viser at gjennomsnittet for denne indeksen er 57,0 (n=528). Standardavviket er 22,5. Dette innebærer at gjennomsnittlige skåre faller videre fra kvalitetsindeks 2 mens standardavviket øker. Dette betyr igjen at det er en større variasjon i vurderingen fra pleierens side når det gjelder hvor tilfredsstillende avdelingen evner å ivareta brukernes behov når det gjelder aktiviteter og et selvstendig liv. Hvis vi ser på variasjonen mellom sykehjemsavdelingene finner vi at laveste gjennomsnittsverdi er 37,3 mens høyeste verdi er 80,8.

### Kvalitetsindeks 4: Informasjon og støtte

Den fjerde indeksen viser til forhold som berører andre sider ved tjenestetilbudet enn det som tidligere er inkludert i de foregående indeksene, og bygger ikke intuitivt videre på behovshierarkiet som er etablert for kvalitetsindeksene 1 til 3. Påstandene nedenfor kan benyttes til å si noe om hvor godt den enkelte avdeling evner gå informasjon til beboere og pårørende samt gi individuell støtte til beboerne og pårørende ved sorg og krise.

- Informasjon til beboere
- Informasjon til pårørende
- Individuell støtte til beboerne ved sorg og krise
- Individuell støtte til pårørende ved sorg og krise

Resultatene fra undersøkelsen viser at gjennomsnittet er 76,7 (n=529) mens standardavviket er 18,9. Utviklingen med en fallende tendens for gjennomsnittsverdien fra kvalitetsindeks 1 til 3 videreføres ikke i indeks 4, og standardavviket er lavere enn for kvalitetsindeks 2 og 3. Variasjonen i gjennomsnittsverdi mellom sykehjemsavdelinger er fra 93,5 til 62,1.

### Enkeltstående påstand: Psykisk helse

På bakgrunn av en helhetsvurdering av hvordan de ulike påstandene samvarierer, finne vi at det er tjenlig å skille ut påstanden vedrørende behandling og pleie knyttet til psykiske som en egen indikator selv om denne påstanden også skårer høyt på noen av de andre indeksene.

- Medisinsk behandling og pleie ved problemer med: - psykiske problemer

Resultatene fra undersøkelsen viser at gjennomsnittet er 2,6 (n=494) på en skala der 5 er tilfredsstillende mens 1 er utilfredsstillende. Standardavviket er 1,0. Dette betyr at pleierne vurderer ivaretagelsen av den medisinske behandling og pleie ved psykiske problemer som mer utilfredsstillende enn tilfredsstillende, og sammenlignet med resultatene fra kvalitetsindeksene 1 til 4, er det denne indikatoren som viser lavest skåre. Sammenligner vi gjennomsnittsverdiene fra sykehjemsavdelingene, finner at gjennomsnittsverdien varierer fra 1,6 til 3,1.

#### Oppfatninger om variasjoner i kvaliteten hverdager og helg

Undersøkelser har vist at det er grunn til å anta at kvaliteten på tjenestene som gis beboerne i sykehjem kan variere på ulike tidspunkter på døgnet og variere mellom hverdager og helg (se f.eks. Hofseth og Norvoll 2003). I undersøkelsen har vi spurt pleierne hvordan de mente beboerne ble ivaretatt ved avdelingen på ulike tidspunkter på døgnet, henholdsvis hverdag og helg. Dette er en skala som følgelig ikke skiller mellom ulike sider ved tjenestetilbudet slik kvalitetsindeksene ovenfor gjør, men er en totalvurdering av hvor godt beboerne ivaretas i avdelingen.

Tabell 3.1      Ivaretagelse av beboerne ulike tider på døgnet. 5 er tilfredsstillende mens 1 er utilfredsstillende.

Type vakter	Gjennomsnitt	Standardavvik	n
Dagvakter på hverdager	4,15	0,85	519
Kveldsvakter på hverdager	3,84	1,04	526
Nattvakter på hverdager	4,06	1,01	344
Dagvakter i helger	3,38	1,15	510
Kveldsvakter i helger	3,46	1,18	520
Nattvakter i helger	3,97	1,05	340

Tabell 3.1 gir et bilde av at beboerne alt i alt er best ivaretatt på dag- og kveldsvakter på hverdager, samt nattevakter både på hverdager og i helger. Samtidig viser tabellen at det er store variasjoner i kvalitetsvurderingen på de ulike tidspunktene. Tilsvarende variasjoner finner vi også når vi ser på gjennomsnittsverdiene ved sykehjemsavdelingene.

#### Totalt kvalitetsmål

Påstanden vedrørende den ansattes vurdering av kvaliteten i avdelingen sett under ett, er formulert på følgende måte: "Alt tatt i betraktning. Mener du at beboerne generelt blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte ved avdelingen?".

Tabell 3.2 Vurdering av total kvalitet.

Totalt kvalitetsmål	Gjennom- snitt	Standard- avvik	n
Alt tatt i betraktning...	4,04	0,86	546

Vurdering av avdelingens totale kvalitet viser at pleierne i gjennomsnitt skårer kvaliteten til å være 4,0 på en skala fra 1 til 5 der 1 er utilfredsstillende og 5 er tilfredsstillende. Laveste gjennomsnitt for en avdeling er 3,2 mens det høyeste er 4,9. Denne gjennomsnittsverdien for totalt kvalitet er omtrentlig på samme nivå som kvalitetsvurderingene som er gitt for dag-, kvelds- og nattevakter i avnittet ovenfor. Det totale kvalitetsmålet ligger noe høyere enn kvaliteten som er angitt for vakter i helgene unntatt nattevakter. Det er en positiv korrelasjonen mellom det totale kvalitetsmålet og kvalitet på ulike tidspunkter av døgnet. Korrelasjonen er høyest for dag- og kveldsvakter på hverdager (henholdsvis 0,66 og 0,64 ( $p < 0.01$ )) mens den er noe lavere på dag- og kveldsvakter i helger (henholdsvis 0,57 og 0,58 ( $p < 0.01$ )). Korrelasjonen i forhold til nattevakter er 0,5 både for hverdag og helg ( $p < 0.01$ ).

Det totale kvalitetsmålet er positivt korrelert med samtlige fem kvalitetsindikatorer. Korrelasjonen varierer fra 0,4 til 0,5 ( $p < 0.01$ ).

#### Subjektiv oppfatning av kvalitet

Hva som vurderes som tilfredsstillende eller utilfredsstillende nivå på tjenestetilbudet vil variere fra pleier til pleier. Vi har derfor valgt å inkludere noen spørsmål i spørreskjemaet som tar sikte på å kartlegge eventuelle forskjeller i hva som er akseptabelt nivå.

tjenestetilbudet. Spørsmålene er konstruert i forhold til to dimensjoner. Den ene dimensjonen viser til hvor ofte en aktivitet kan utebli i løpet av en uke og at nivået på tjenesten likevel er tilfredsstillende (spørsmål 1-4 i tabellen). Den andre dimensjonen viser til hvor ofte en aktivitet bør gjennomføres i løpet av en uke for at nivået skal være tilfredsstillende (spørsmål 5 og 6).

Pleernes svar er gjengitt i prosent tabellen nedenfor.



Tabell 3.3 Subjektivt mål på hva som er kvalitet.

	0	1	2	3	4	5	6	7	n
Hvor mange ganger i uken mener du at man kan godta at munnstell/ tannpuss uteblir hos en beboer? Eks. tannpuss både morgen og kveld regnes her som én.	45,8	29,2	14,4	4,4	1,3	0,9	0,7	3,1	541
Hvor mange dager i uken mener du man kan godta at en person ikke får vasket seg. I denne sammenheng er ikke bleieskift inkludert.	59,0	27,9	9,2	1,8	0,6	0,4	0,4	0,7	541
Hvor mange ganger i løpet av en uke mener du at en beboer kan unnvære middagsmåltidet?	55,9	25,0	15,0	2,7	0,2	0,6	0	0,6	513
Hvor mange ganger i løpet av en uke mener du en beboer kan få gjort morgenstellet av nattvaktene? Med mindre beboeren har ønsket dette selv.	40,7	25,6	17,7	4,7	2,6	1,0	0,4	7,3	492
Forutsatt at beboeren selv ønsker det. Hvor mange ganger i uken bør en vedkommende få dusje?	1,1	39,2	36,0	10,0	2,6	2,8	0,4	7,9	531
Hvor mange ganger i løpet av en uke mener du at beboerne bør få mulighet til å komme ut?	0,8	10,4	18,9	24,4	8,5	7,7	3,0	26,2	492

Vi kan tolke av tabellen at det er noe variasjon i standarden for hva pleierne vurderer som akseptabelt. Spørsmålene 1 til 4 viser at det er en forholdsvis stor andel som opererer med en "nulltoleranse"-grense. På disse spørsmålene svarer 40 til 60 % at det ikke er akseptabelt at et gjøremål uteblir i løpet av en uke. Men variasjonen fra 40 til 60 % indikerer også at pleierne mener at noen av gjøremålene er viktigere å få utført enn andre. For øvrig viser svarene at hovedandelen av de øvrige pleierne mener at det er akseptabelt at gjøremålet uteblir 1 til 2 dager i uken. For spørsmålene 5 og 6, er det tydelige forskjeller i fordeling av svar. Når det gjelder dusj, mener de fleste at beboeren bør få anledning til å dusje 1-3 ganger i uken mens det er 8 % som mener at beboeren bør få dusje daglig dersom denne ønsker det. På spørsmålet om hvor mange ganger beboeren bør få mulighet til å komme ut, fordeler svarene seg mer over hele skalaen. Det er mer enn 1 av 4 som mener at beboeren bør få mulighet til å komme ut 7 ganger i løpet av en uke.

Vi har sett nærmere på om det er forskjeller mellom sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter i vurderingene av hva som er akseptabelt nivå på tjenestetilbudet. Det er noe variasjon mellom svarene gitt på de forskjellige spørsmålene, men det er en tendens til at sykepleiere og hjelpepleiere har en noe strengere fortolkning av hva som er godt nok enn hva pleieassistenter har.

## 4 Uavhengig variabel: Bemanning i sykehjem

### 4.1 Faktisk bemanning

Fra sykehjemsavdelingene har vi fått oppgitt totalt antall pleieårsverk som ble benyttet i 2003. Pleieårsverkene inkluderer arbeid utført av sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter. I tabellen nedenfor gis en oversikt over sykehjemsavdelinger, pleieårsverk, antall døgnplasser og pleieårsverk per døgnplass.

Tabell 4.1 Pleieårsverk per døgnplass.

Sykehjem	Pleie- årsverk	Antall døgn- plasser	Pleie-årsverk per døgnplass
15	27,8	31	0,90
1	31,0	35	0,89
16	11,5	13	0,89
8	23,6	27	0,87
7	25,7	30	0,86
10	13,6	16	0,85
23	10,9	13	0,84
21	26,5	32	0,83
5	12,2	15	0,81
9	26,0	32	0,81
20	18,6	23	0,81
6	16,8	21	0,80
12	16,9	21	0,80
19	27,0	34	0,80
26	17,6	22	0,80
27	28,3	36	0,79
2	6,3	8	0,79
14	20,7	26	0,79
18	23,4	30	0,78

Sykehjem	Pleie- årsverk	Antall døgn- plasser	Pleie-årsverk per døgnplass
22	15,7	20	0,78
13	20,9	27	0,77
25	6,1	8	0,77
11	20,5	27	0,76
28	22,1	29	0,76
29	11,9	16	0,74
3	23,5	32	0,73
4	14,0	20	0,70
24	22,7	35	0,65
17	19,1	31	0,62
Gj.snitt	19,3	24,5	0,79

Sykehjemsavdelingen varierer i størrelse fra 8 til 36 døgnplasser. Gjennomsnittlig antall døgnplasser er 24,5 (standardavvik 8,3 ). Medianen er 27. Dette betyr at avdelingene er forholdsvis store med noen unntak.

Pleieårsverk per døgnplass varierer fra 0,62 til 0,90. Gjennomsnittlig årsverk per døgnplass er 0,79 (standardavviket er 0,065). Det er en forholdsvis stor variasjon mellom den laveste og høyeste bemanningen målt i årsverk per beboer. Dersom vi relaterer denne forskjellen til en sykehjemsavdeling av gjennomsnittlig størrelse (25 beboere), vil vi finne at dette også innebærer en forholdsvis markant forskjell i antall årsverk. En gjennomsnittsavdeling vil da med 0,62 pleieårsverk per beboer driftes med 15,5 årsverk, mens for en avdeling med en pleieårsverksandel på 0,90 vil antall årsverk være 22,5.

Tabell 4.2 Fordeling av pleiere per døgnplass ulike tider på døgnet og uken.

Syke- hjem	Antall pleiere per døgnplass dagvakt hver- dager	Antall pleiere per døgnplass kveldsvakt hver- dager	Antall pleiere per døgnplass nattevakt hver- dager	Antall pleiere per døg- plass dagvakt helg	Antall pleiere per døg- plass kvelds- vakt helg	Antall pleiere per døgnplass nattevakt helg	Pleie- årsverk per døg- plass
23	0,46	0,23	0,08	0,38	0,23	0,08	0,84
2 <sup>32</sup>	0,38	0,25	0,04	0,25	0,25	0,04	0,79
1	0,35	0,20	0,06	0,29	0,20	0,06	0,89
9	0,35	0,19	0,06	0,22	0,16	0,06	0,81
26	0,35	0,18	0,05	0,23	0,18	0,05	0,80
29	0,34	0,25	0,06	0,25	0,25	0,06	0,74
7	0,33	0,23	0,07	0,27	0,23	0,07	0,86
22	0,33	0,16	0,07	0,27	0,17	0,07	0,78
25	0,33	0,25	0,05	0,25	0,25	0,05	0,77
16	0,32	0,18	0,08	0,31	0,17	0,08	0,89
19	0,32	0,18	0,06	0,21	0,18	0,06	0,80
20	0,32	0,22	0,04	0,28	0,22	0,04	0,81
27	0,31	0,22	0,06	0,31	0,22	0,06	0,79
10	0,31	0,21	0,09	0,25	0,19	0,06	0,85
21	0,31	0,19	0,06	0,25	0,19	0,06	0,83
8	0,30	0,19	0,06	0,22	0,19	0,06	0,87
11	0,30	0,19	0,06	0,22	0,19	0,06	0,76
12	0,30	0,19	0,07	0,24	0,19	0,07	0,80
13	0,30	0,19	0,06	0,26	0,19	0,06	0,77
15	0,30	0,21	0,08	0,23	0,21	0,08	0,90
18	0,30	0,20	0,07	0,20	0,20	0,07	0,78
28	0,30	0,16	0,05	0,21	0,16	0,05	0,76
6	0,29	0,19	0,05	0,19	0,19	0,05	0,80
14	0,29	0,16	0,05	0,23	0,16	0,05	0,79
4	0,27	0,15	0,05	0,25	0,15	0,05	0,70
5	0,27	0,20	0,07	0,27	0,20	0,07	0,81
24	0,27	0,18	0,04	0,26	0,20	0,04	0,65
3	0,26	0,15	0,06	0,19	0,15	0,06	0,73
17	0,21	0,10	0,04	0,19	0,10	0,04	0,62
Gj.- snitt	0,31	0,19	0,06	0,25	0,19	0,06	0,79

<sup>32</sup> Tallene oppgitt i tabellen for sykehjem 2 er basert på et gjennomsnitt anslått av avdelingsleder.

På dagvakter hverdager er gjennomsnittlig antall pleiere pr døgnplass 0,31 (standardavviket er 0,04). Den laveste andelen pleiere pr døgnplass er 0,21 mens den høyeste er 0,46. Det er også stor variasjon i personelldekningen på kveldsvakter på hverdager. Her er gjennomsnittet 0,19 (standardavvik 0,03) mens laveste og høyeste andel er henholdsvis 0,10 og 0,25. Når det gjelder nattevakter, er det en gjennomsnittlig andel pleiere på 0,06 (standardavvik 0,01). Den laveste registrerte andelen pleiere pr. døgnplass er 0,04 mens den høyeste er 0,09.

I helgene finner vi at tallene avviker noe fra de oppgitte størrelsene på hverdager. På dagvakter er gjennomsnittet 0,25 pleiere pr. døgnplass (standardavvik 0,04). Minimumsverdien er 0,19 mens maksimumsverdien er 0,38. Dette betyr at det jevnt over er noe færre pleiere på jobb på dagtid i helger enn det er på hverdager. Dette er et funn som er i overensstemmelse med situasjonen slik denne fremkommer gjennom våre kvalitative undersøkelser, jf. kapittel 2. Bemanningen på kveldsvaktene i helgene avviker lite fra hverdagene. Gjennomsnittlig bemanning er 0,19 (standardavvik 0,03) mens høyeste og laveste bemanning er lik hverdagene. Også når det gjelder nattevakter er forskjellen liten mellom hverdager og helg. Bemanningen på natt i helgene er i gjennomsnitt 0,06 pleiere pr. døgnplass (standardavvik 0,01) mens høyeste og laveste bemanning er henholdsvis 0,08 og 0,04 pleiere pr. døgnplass.

Tabell 4.3 Korrelasjoner mellom ulike mål for bemanning. Antall pleiere og årsverk pr. døgnplass.

	Pleie- årsverk	Antall pleiere dag hverdag	Antall pleiere kveld hverdag	Antall pleiere natt hverdag	Antall pleiere dag helg	Antall pleiere kveld helg
Pleieårsverk						
Antall pleiere dag hverdag	0,51**					
Antall pleiere kveld hverdag	0,47*	0,65**				
Antall pleiere natt hverdag	0,62**	0,27	0,21			
Antall pleiere dag helg	0,36	0,63**	0,45*	0,34		
Antall pleiere kveld helg	0,37*	0,60**	0,97**	0,12	0,47*	
Antall pleiere natt helg	0,61**	0,31	0,19	0,91**	0,38*	0,14

\*\*p<0.01 \*p<0.05

Tabellen viser at alle mål for faktisk bemanning er positivt korrelerte med hverandre, men ikke alle sammenhenger er signifikante. Høyest korrelasjon finner vi mellom bemanning på kveldsvakter hverdager og kveldsvakter i helger, og mellom antall pleiere på nattevakt pr. døgnplass på hverdager og antall pleiere på nattevakt pr. døgnplass i helger. Vi kan videre lese av tabellen at totalt antall pleieårsverk pr. døgnplass i avdelingen ikke nødvendigvis er i samsvar med hvor mange pleier som er på jobb pr. døgnplass på ulike tider av døgnet og i løpet av en uke. Dette betyr at sykehjemsavdelingene disponerer sine personalressurser noe ulikt.

Basert på gjennomgangen av tallmaterialet som kan benyttes for å beskrive den faktiske bemanningen i sykehjemsavdelingene som inngår i denne undersøkelsen, vil vi i den videre analysen bygge videre på et utvalg av disse. Vi vil derfor primært benytte oss av pleieårsverk pr. døgnplass som indikator på faktisk bemanning i senere analyser.

## 4.2 Sykefravær og bemanningsvariasjoner

Sykefravær er en faktor som kan hevdes å påvirke bemanningssituasjonen. Dersom sykefraværet er høyt, er det rimelig å anta at den subjektivt opplevde bemanningen påvirkes. Vi kan også se om det er en sammenheng mellom høyt sykefravær og pleieårsverk pr. beboer.

Vi ser av tabell 4.4. at sykefraværet varierer mye fra sykehjemsavdeling til sykehjemsavdeling. Fire avdelinger har et sykefravær på 19 -20 prosent, mens det i andre enden av skalaen befinner seg fem avdelinger som har et sykefravær som er lavere enn 7 prosent. Gjennomsnittet for avdelingene er 11,4 %, noe som er på linje med det registrerte sykefraværet på 10,5 % for tredje kvartal 2003 for helse- og sosialsektoren (SSB 2004).

Vi finner ingen signifikant korrelasjon mellom sykefravær og pleieårsverk pr. døgnplass (Pearsons  $r=-0,094$ ) Vi finner imidlertid en sterkere positiv korrelasjon mellom størrelsen på avdelingen og sykefravær (Pearson  $r=0,39$   $p<0.05$ ). Det betyr at sykefraværet øker med størrelsen på avdelingen, målt i antall døgnplasser.

Tabell 4.4 Sykefravær i sykehjemsavdelingene i prosent.

Sykehjem	Sykefravær i prosent
5	20,4
15	20,0
17	20,0
3	19,0
21	16,2
7	16,2
19	14,4
24	12,6
1	12,0
14	12,0
27	11,5
2	11,0
6	11,0
18	10,8
9	10,5
28	10,4
22	10,1
12	9,0
16	8,9
4	8,5
13	7,9
25	7,4
8	6,5
23	6,1
10	5,2
20	5,0
11	4,0
26	mangler data
29	mangler data
Gj.snitt	11,4



### 4.3 Forholdet mellom faktisk og opplevd bemanning

I spørreskjemaet ble pleierne bedt om å vurdere hvordan de opplevde at bemanningen var tilstrekkelig på ulike tider og døgnet, hverdager og helg. Spørsmålsstillingen var følgende: *"Er det tilstrekkelig antall pleiere for ivaretagelse av beboernes behov på en tilfredsstillende måte?"* Vurderingen er gjort ut fra en skala der verdien 5 indikerer at det alltid er nok pleiere mens verdien 1 indikerer at det aldri er tilstrekkelig med pleiere.

Tabell 4.5 Opplevd bemanning på ulike tidspunkter.

Type vakter	Gjennomsnitt	Standardavvik	n
Dagvakter på hverdager	3,09	1,14	515
Kveldsvakter på hverdager	2,97	1,25	518
Nattvakter på hverdager	3,31	1,36	349
Dagvakter i helger	2,49	1,20	512
Kveldsvakter i helger	2,70	1,27	514
Nattvakter i helger	3,22	1,35	346

Tabellen viser at det er betydelige variasjoner i hvordan bemanningen i avdelingen oppleves på ulike tidspunkter. I gjennomsnitt opplever pleierne en noe bedre personelldekning dag og kveld på hverdager enn tilsvarende vakter i helgene. Pleierne er mest fornøyd med bemanningen på natt, mens dagtid i helgene ser ut til å være en bemanningsmessig kritisk del av uketurnusen.

Dersom vi ser på hvordan pleierne har vurdert bemanningen innenfor for hver av sykehjemsavdelingene, viser analysen at gjennomsnittet varierer betydelig. For eksempel varierer gjennomsnittet for dagvakter på hverdager fra 1,7 til 4,3. Men det er også tildels betydelige variasjoner i vurderingene som er gjort av pleiere som jobber i samme avdeling.

Vi har sett nærmere på hvordan den subjektiv opplevde bemanningssituasjonen samsvarer med tallene som beskriver den faktiske bemanningen på de sammen tidspunktene. I tabellene nedenfor viser hvor det er funnet signifikante sammenhenger. Her har vi valgt å bruke en anova-analyse der vi ser på forskjeller i gjennomsnitt i den faktiske bemanningen innenfor hver av kategoriene 1 til 5 for den subjektivt opplevde bemanningen.

Tabell 4.6 Subjektivt opplevd bemanning dagtid helg sett i sammenheng med faktisk bemanning pr. beboer.

	Antall pleiere dag helg gj.snitt	Standard- avvik	Nedre grense 95% konfidens- intervall	Øvre grense 95% konfidens- intervall
Opplevd bemanning dag helg    aldri =1	0,242	0,031	0,2312	0,2424
2	0,245	0,043	0,2382	0,2523
3	0,255	0,046	0,2470	0,2626
4	0,244	0,039	0,2341	0,2543
Opplevd bemanning dag helg    alltid=5	0,260	0,044	0,2462	0,2745

Ut fra tabellen over finner vi at det er en signifikant ( $p < 0.05$ ) forskjell mellom pleierne som har krysset av for at det aldri (1) er tilstrekkelig bemanning og pleiere som har krysset av for kategori 3 og 5 (alltid). Den gjennomsnittlige faktiske bemanningen for gruppen pleiere som har svart at det aldri er tilstrekkelig bemanning er lavere enn den er for pleiere som har svart 3 eller 5 (alltid). Vi finner ikke slike signifikante sammenhenger mellom faktisk og opplevd bemanning på andre tidspunkter på døgnet hverdager eller helg.

#### 4.4 Enkel analyse bemanning og kvalitet

I den senere analysen (kapittel 12) vil undersøke forholdet mellom bemanning og kvalitet der også andre trekk ved sykehjemsavdelingen inngår. Her vil vi gjøre en enkel bivariat korrelasjonsanalyse mellom bemanning og mål for kvalitet. Vi vil først undersøke forholdet mellom kvalitet og pleiernes vurdering av i hvilken grad bemanningen er tilstrekkelig – omtalt som opplevd bemanning. Deretter vil vi undersøke forholdet mellom kvalitet og antall pleieårsverk per beboer – omtalt som faktisk bemanning.

Vi har konstruert en indeks basert på pleiernes opplevelse av bemanningen på ulike tider av døgnet fordelt på hverdager og helg. Indeksen er basert på summen av svarene pleierne har gitt på de seks delspørsmålene om bemanning til ulike tider i døgnet/uka. Indeksen vil derfor variere fra 6 (for pleiere som har svart at det er aldri er tilstrekkelig bemanning på samtlige tidspunkter) til 30 (for pleiere som har svart at det alltid er tilstrekkelig bemanning). Denne indeksen gir et gjennomsnitt på 17,8 (standardavvik 5,2), noe som viser at opplevelsen av bemanningen hele døgnet og uken sett under ett er omtrent midt på skalaen som strekker seg fra "aldri" til "alltid" tilstrekkelig bemannet. Denne indeksen gir en "alt i alt"-vurdering av opplevd bemanning

Tabellen under viser sammenhengen mellom pleiernes subjektivt opplevde bemanning og tilbudets kvalitet.

Tabell 4.7 Sammenhengen mellom kvalitetsmål og subjektiv opplevelse av bemanning. Korrelasjonsanalyse. (Kendalls tau\_b)

Kvalitetsmål	Tilstrekkelig antall pleiere	N
Kvalitetsindeks 1	0,136**	521
- grunnleggende pleie og med. behandling	Sig:0,000	
Kvalitetsindeks 2	0,134**	548
- kontroll over egen livs- og døgnrytme	Sig:0,000	
Kvalitetsindeks 3	0,147**	528
- aktivitet og selvstendig liv	Sig:0,000	
Kvalitetsindeks 4	0,134**	529
- informasjon og støtte	Sig:0,000	
Kvalitetsmål 5	0,134**	494
- psykisk helse	Sig:0,000	
Totalt kvalitetsmål	0,192**	546
- alt tatt i betraktning	Sig:0,000	

\*\* Signifikant  $P < 0,01$ . \* Signifikant  $P < 0,05$

Tabell 4.7 viser at det er en meget klar sammenheng mellom pleiernes opplevelse av å ha tilstrekkelig bemanning, og kvalitet i tjenestetilbudet ved avdelingen – slik det måles med våre mål. Denne relasjonen eksisterer for samtlige kvalitetsindekser samt det totale kvalitetsmålet.

Forholdet mellom faktisk bemanning (pleieårsverk pr. døgnplass) og kvalitetsmålene fremkommer i tabellen nedenfor.

Tabell 4.8 Sammenhengen mellom kvalitetsmål og pleieårsverk pr. døgnplass. Korrelasjonsanalyse. (Kendalls tau\_b)

Kvalitetsmål	Pleieårsverk pr. døgnplass	N
Kvalitetsindeks 1	-0,066*	521
- grunnleggende pleie og med. behandling	Sig:0,028	
Kvalitetsindeks 2	-0,091**	548
- kontroll over egen livs- og døgnrytme	Sig:0,00	
Kvalitetsindeks 3	-0,066*	528
- aktivitet og selvstendig liv	Sig:0,033	
Kvalitetsindeks 4	-0,109**	529
- informasjon og støtte	Sig:0,000	
Kvalitetsmål 5	-0,058	494
- psykisk helse	Sig:0,085	
Totalt kvalitetsmål	-0,083*	546
- alt tatt i betraktning	Sig:0,013	

\*\* Signifikant  $P < 0,01$ . \* Signifikant  $P < 0,05$

Tabellen viser at dersom vi ikke bringer inn andre faktorer i en analyse av forholdet mellom faktisk bemanning og kvalitet, ser det ut til at det er en svak negativ – men statistisk signifikant – sammenheng mellom disse variablene.

Vi har altså sett:

- Det er svak sammenheng mellom faktisk og opplevd bemanning
- Det er klart positive sammenhenger mellom i hvilken grad pleierne opplever bemanningen som tilstrekkelig, og kvaliteten på tilbudet.
- Det er svakt negative sammenhenger mellom faktisk bemanning og kvaliteten på tilbudet til beboerne.

Det kan tenkes den negative sammenhengen mellom kvalitet og faktisk bemanning kan forklares ved at sammenhengen mellom pleieårsverk og kvalitet er påvirket av forhold som f.eks. beboersammensetning, arbeidsmiljø, interne samarbeidsforhold, organisering av fagressurser og andre forhold. Uventede resultater, slik vi får når vi ser på forholdet isolert, kan tenkes å henge sammen med at vi ikke har kontrollert for alle de faktorene vi har nevnt over. I kapittel 12 vil vi gjennomføre en multivariat analyse der vi analyserer forholdet mellom pleierinnsats og kvalitet, kontrollert for andre forhold vi antar er relevante.

## 5 Kompetanse og kompetanseutvikling

### 5.1 Kompetansesammensetning

Vi vil først se nærmere på hvilken sammensetning sykehjemsavdelingen har når det gjelder pleiepersonalets utdanningsbakgrunn. Dette vil gi en oversikt over avdelingens formelle kompetansesammensetning. Her bruker vi andeler av totalt pleieårsverk som mål på formell kompetansesammensetning.

Tabell 5.1

Sykehjem	Andel sykepleier- og hjelpepleier- årsverk	Andel pleie- assistent- årsverk	Andel syke- pleier- årsverk	Andel hjelpepleier- årsverk
7	0,98	0,02	0,35	0,63
26	0,98	0,02	0,31	0,67
10	0,97	0,03	0,46	0,51
12	0,95	0,05	0,44	0,51
18	0,93	0,07	0,39	0,54
23	0,92	0,08	0,33	0,59
2	0,90	0,10	0,16	0,74
11	0,90	0,10	0,32	0,58
25	0,90	0,10	0,33	0,57
28	0,90	0,10	0,25	0,65
1	0,89	0,11	0,35	0,54
8	0,89	0,11	0,35	0,54
9	0,88	0,12	0,34	0,54
13	0,87	0,13	0,22	0,65
16	0,87	0,13	0,17	0,70
22	0,86	0,14	0,30	0,56
27	0,86	0,14	0,31	0,54
29	0,83	0,17	0,28	0,55
20	0,82	0,18	0,34	0,48
5	0,77	0,23	0,16	0,61

Sykehjem	Andel sykepleier- og hjelpepleier- årsverk	Andel pleie- assistant- årsverk	Andel syke- pleier- årsverk	Andel hjelpepleier- årsverk
17	0,77	0,23	0,19	0,58
24	0,76	0,24	0,23	0,53
4	0,73	0,27	0,14	0,59
19	0,70	0,30	0,15	0,55
14	0,69	0,31	0,25	0,44
15	0,68	0,32	0,16	0,52
3	0,61	0,39	0,33	0,28
6	0,61	0,39	0,22	0,39
21	0,60	0,40	0,11	0,49
Gj.-snitt	0,84	0,16	0,29	0,55

Tabellen er sortert med hensyn til andel pleiere med formell fagutdanning (sykepleiere og hjelpepleiere). Vi ser at det er en variasjon i andelen pleiere med formell utdanning som varierer fra 0,98 til 0,60 (standardavvik 0,11). Andelen sykepleierårsverk varierer fra 0,46 til 0,11 (standardavvik 0,09) mens hjelpepleierandelen varierer fra 0,28 til 0,75 (standardavvik 0,09). Sett under ett viser tabellen at det er forholdsvis stor variasjon i den formelle kompetansesammensetningen mellom avdelingene. Vi finner at den er en negativ korrelasjon mellom andel faglærte og størrelsen på avdelingen målt i antall døgnplasser, men denne sammenhengen er ikke signifikant (Pearsons  $r = -0.32$   $p = 0.09$ ).

## 5.2 Kompetanseutviklende kultur

I punktet ovenfor har vi gjort rede for den formelle kompetansesammensetningen i sykehjemsavdelingene. Den totale, reelle kompetansen i avdelingen vil avhenge av personalets formelle kompetanse, men vil i tillegg være en funksjon av en rekke andre forhold. Vi kjenner til at det skjer en kompetanseoverføring mellom enkelt personer og faggrupper som arbeider sammen i en avdeling (Harsvik m.fl.2002). For eksempel har sykepleiere og hjelpepleiere tradisjonelt arbeidet side om side i sykehjem. En slik arbeidsmåte har lagt forholdene til rette for overføring av kunnskap fra sykepleier til hjelpepleiere og motsatt. Over tid har mange hjelpepleier opparbeidet betydelig pleiefaglig kompetanse i tillegg til kompetansen tilegnet gjennom den formaliserte utdanningen. Pleieassistenter som har arbeidet lenge i sykehjem kan på samme måte ha tilegnet seg betydelig kompetanse.

I undersøkelsen har vi hatt til hensikt å kartlegge hvilke arenaer som er tilgjengelige for kompetanseutvikling i den enkelte avdeling. Vi har derfor spurt pleierne om i hvilke grad det er tilrettelagt for veiledning, undervisning etter-/og videreutdanning.

På spørsmålet "*Får du tilstrekkelig veiledning fra kolleger i det daglige arbeidet?*" er gjennomsnittet 4,0 (standardavvik 1,07) på en skala der 1 er utilstrekkelig og 5 er tilstrekkelig. Det er imidlertid betydelige variasjoner i hvordan pleierne vurderer at dette er ivarettatt i den enkelte avdeling. Laveste gjennomsnittlig skåre for en avdeling er 3,1 mens høyeste er 4,3. Vi finner videre at det er forskjeller mellom

yrkesgruppene. Sykepleierne (gj.sn. 3,6) er jevnt over mindre fornøyd med veiledningen enn det hjelpepleier (gj.sn.4,1) og pleieassistenter (gj.sn.4,3) er.

En annen side ved veiledningen, er om denne er satt i system. Vi har derfor undersøkt om det er etablert et fast veiledningstilbud for den aktuelle yrkesgruppen. For alle avdelinger og yrkesgrupper sett under er det 21,9 % som har svart "ja" mens det er 78,1 % som har svart benektende på spørsmålet. Avdelingsvis varierer ja-andelen for 0 til 38,5%. I fire avdelinger er det ingen som opplever at det er etablert noe fast veiledningstilbud. Også her viser det seg at når vi ser på de ulike yrkesgruppene, er sykepleierne (14,8 %) i mindre grad enige i at de har et fast veiledningstilbud enn det hjelpepleiere (23,4 %) og pleieassistenter (28,7 %) er.

En tredje tått i fletten vedrørende veiledning, er spørsmålet om hvorvidt den enkelte pleier i løpet av den siste måned har mottatt veiledning fra personer med spesialkompetanse. Her svarer 22,3 prosent at de har mottatt slik veiledning. Ved to av sykehjemmene er det ingen som har mottatt fra personer med spesialkompetanse siste måned. Ved de 27 øvrige avdelingene varierer andelen som har svart ja på spørsmålet fra 4,3 til 46,2 prosent.

Når det gjelder undervisning og etter-/videreutdanning, er dette behandlet i to spørsmål i spørreskjemaet. Vi har for det første spurt om sykepleierne, hjelpepleierne og pleieassistentene har fått tilbud om etter-/ videreutdanning. 51,3 prosent av alle pleierne svarer bekreftende på dette spørsmålet. Vi finner også her store variasjoner mellom sykehjemsavdelingene – fra 14,3 til 94,7 prosent. Mellom yrkesgruppene er det variasjoner. Her er det slik at hjelpepleiere (61,3 %) i høyere grad enn sykepleiere (30,5 %) og pleieassistenter (47,6 %) forteller at de har tilbud om etter-/videreutdanning.

26,0 prosent av pleierne opplyser at de har mottatt undervisning fra personer med spesialkompetanse i forhold til en bestemt problematikk siste måned. Ved to avdelinger er det ingen som mener å ha mottatt slik undervisning. For øvrig varierer prosentandelen fra 5,9 prosent til 63,3 prosent. Det er ikke signifikante forskjeller mellom yrkesgruppene.

Gjennomgangen ovenfor viser at det er tildels store variasjoner i hvordan det er lagt til rette for veiledning og undervisning i avdelingene. Vi vil derfor inkludere spørsmål vedrørende kompetanseutviklende tiltak videre i analysen. Dette vil vi gjøre ved å konstruere en indeks som inkluderer spørsmålene som er referert ovenfor.

### 5.3 Formell- og realkompetanse

I forlengelse av punktet ovenfor, er det av interesse å se hvilke muligheter pleierne har hatt for å tilegne seg kompetanse utover den formelle. I dette avsnittet vil vi se på hvor mange års arbeidserfaring den enkelte pleier har.

Gjennomsnittlig antall års erfaring er 15,1 år (standardavvik 11,0). Sykepleiere og hjelpepleiere har omtrent samme antall års yrkeserfaring som pleiere, henholdsvis 16,7 og 16,9 år. Pleieassistentene har et gjennomsnitt på 6,5 år. Hvis vi ser alle pleierne under ett, varierer også erfaringen mellom sykehjemsavdelingene. Laveste gjennomsnitt er 6,1 år mens det høyeste er 24,8 år.

En annen side ved arbeidserfaringen, er knyttet til hvor mange år pleierne har arbeidet i den aktuelle avdelingen som inngår i denne undersøkelsen. Pleierne har i gjennomsnitt arbeidet 8,7 år (standardavvik 8,3) i avdelingen. Det er forskjeller mellom yrkesgruppene. Hjelpepleierne (10,5 år) har arbeidet lengre i avdelingen

enn sykepleiere (6,6 år) og pleieassistenter (4,7 år). Ser vi disse resultatene i relasjon til avsnittet ovenfor, kan det være en tendens til at sykepleierne bytter arbeidssted noe oftere enn hjelpepleierne.

Analysen viser også at det er store forskjeller mellom avdelingene. Det laveste gjennomsnittet er 2,7 år mens det høyeste er 19,3 år.

#### 5.4 Forholdet mellom formell og opplevd kompetanse

Hofseth og Norvoll (2003) fant at for stor andel ufaglærte på kvelds- og helgetid kunne være en av forklaringene på at oppgaver ikke ble ivaretatt tilfredsstillende. I Helsetilsynets kartlegging fremkommer det at kommunene har problemer med å bemanne vaktene i forhold til turnusplan (Statens helsetilsyn 2003). På dagtid var 22,4 % av sykepleierstillingene og 14,8 % av hjelpepleierstillingen vakante, men disse stillingene ble i stor utstrekning kompensert for ved å benytte pleieassistenter. Helsetilsynets kartlegging viste at problemer med vakanser var betydelig mindre for kvelds- og nattevakter på undersøkelsestidspunktet.

I denne undersøkelsen har vi bedt pleierne om å vurdere hvordan de opplevde at bemanningen var på ulike tider og døgnet hverdager og helg. Spørsmålsstillingen var følgende: *"Er det tilstrekkelig kompetanse blant personalet for ivaretagelse av beboernes behov på en tilfredsstillende måte?"* Vurderingen er gjort utfra en skala der verdien 5 indikerer at det alltid er nok pleiere mens verdien 1 indikerer at det aldri er tilstrekkelig med pleiere.

Tabell 5.2 Opplevd kompetanse.

Type vakter	Gjennomsnitt	Standardavvik	n
Dagvakter på hverdager	4,02	0,97	508
Kveldsvakter på hverdager	3,58	1,02	510
Nattvakter på hverdager	3,87	1,04	357
Dagvakter i helger	3,30	1,11	499
Kveldsvakter i helger	3,23	1,10	503
Nattvakter i helger	3,77	1,08	349

Tabellen viser at det er variasjoner i hvordan kompetansen i avdelingen oppleves på ulike tidspunkter. I gjennomsnitt opplever pleierne at kompetansen er mer tilstrekkelig på dagtid på hverdager enn ellers i løpet av døgnet og uka. Et annet trekk som er verdt å merke seg, er at opplevd kompetanse på nattevakter hverdag og helg holder seg stabilt.

Dersom vi ser på hvordan pleierne har vurdert kompetansen avdelingsvis, viser analysen at gjennomsnittet varierer betydelig. For eksempel varierer gjennomsnittet for dagvakter på hverdager fra 2,78 til 4,58. På kveldstid på hverdager er variasjonen fra 2,33 til 4,25. Hvis vi ser nærmere på helgevaktene, er den laveste registrerte gjennomsnittsverdien 1,89 for dagvakt mens den høyeste er 4,14. Men vi må også tilføye at det er til dels stor variasjoner i vurderingene som er gjort av pleiere som jobber i samme avdeling.

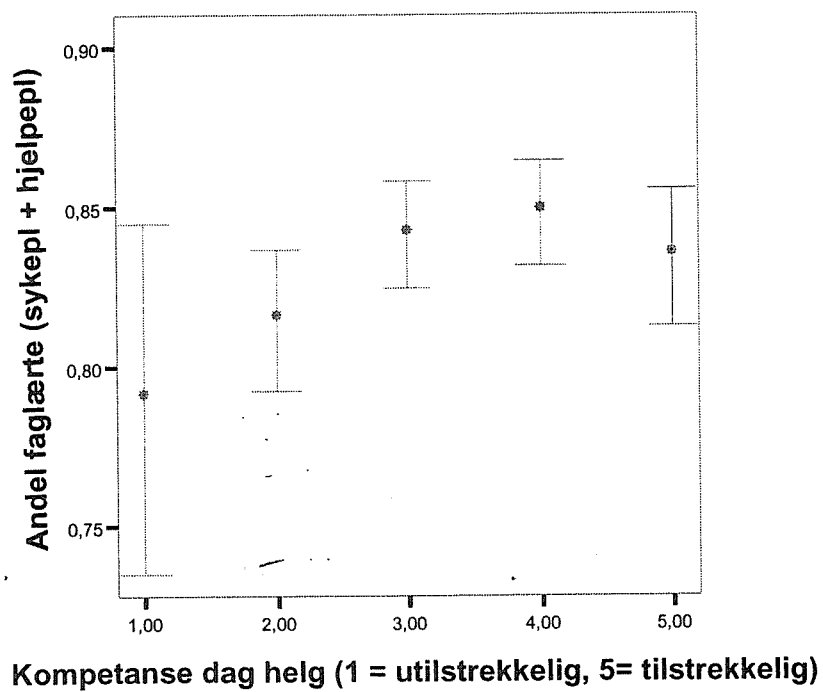


Vi har sett nærmere på hvordan den subjektiv opplevde kompetansen samsvarer med tallene som beskriver den formelle kompetansen målt i andel årsverk av sykepleiere og hjelpepleiere på de samme tidspunktene. I tabellene nedenfor viser hvor det er funnet signifikante sammenhenger. Det er benyttet en anova-analyse der vi ser på forskjeller i gjennomsnitt i den formelle kompetansen innenfor hver av kategoriene 1 til 5 for den subjektivt opplevde kompetansen.

Tabell 5.3 Forholdet mellom opplevd kompetanse og formell kompetanse.

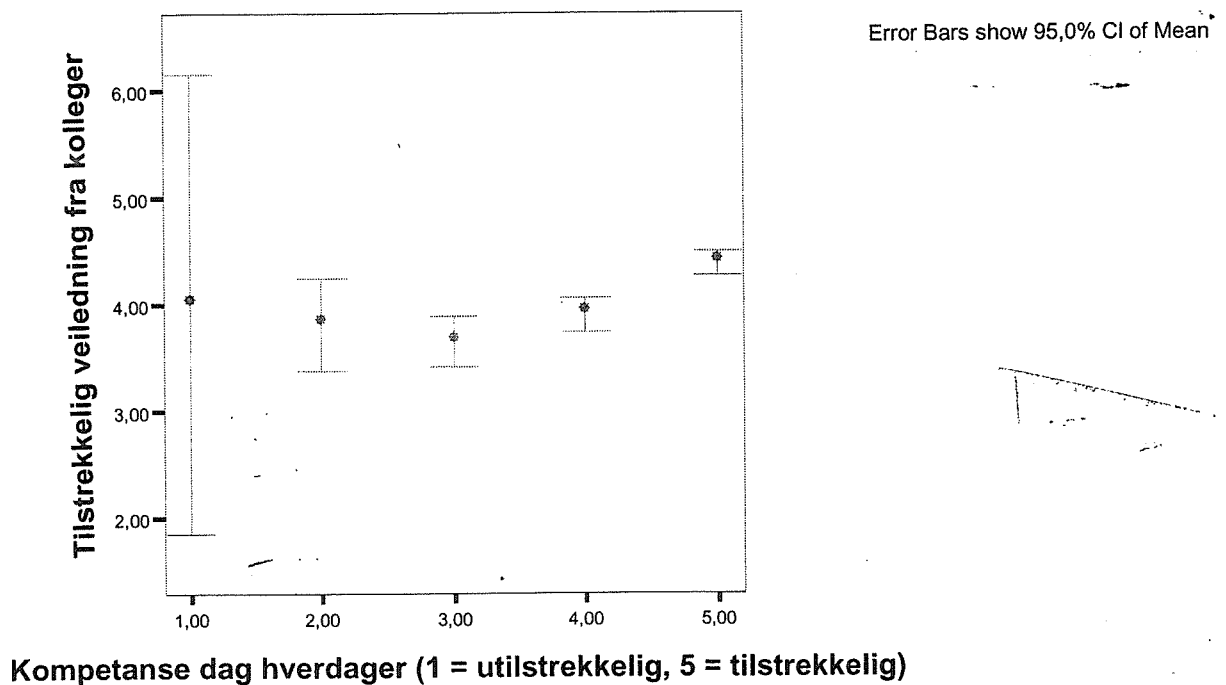
	Andel faglærte pleiere	Standard- avvik	Nedre grense 95% konfidens- intervall	Øvre grense 95% konfidens- intervall
Opplevd kompetanse dag hverdag aldri = 1	0,799	0,109	0,6844	0,9129
2	0,769	0,111	0,7299	0,8090
3	0,826	0,105	0,8046	0,8476
4	0,846	0,102	0,8309	0,8607
Opplevd bemanning dag helg alltid = 5	0,841	0,103	0,8273	0,8565

Vi finner at det er en signifikant forskjell ( $p < 0.01$ ) mellom pleierne som har krysset av for kategori 4 og 5 i forhold til kategori 2. I en slik bivariat analysen viser det seg at de 6 pleierne som har krysset av for kategori 1, tilhører sykehjemsavdelinger med så forskjellige andeler av faglærte at denne gruppen ikke er signifikant forskjellig fra noen av de andre. Likevel vil vi hevde at denne analysen indikere at det er en bivariat sammenheng mellom subjektivt opplevd kompetanse og formell kompetanse målt i andel av årsverk. Vi finner igjen samme tendens når vi ser på andel faglærte opp mot subjektivt opplevd kompetanse på ulike tider av døgnet og over uka, men her er ikke forskjellene store nok til å være signifikante ved en anova-analyse. Denne kan illustreres i følgende figur:



Figur 5.1 Andel faglærte og opplevd kompetanse dag helg.

Vi har også undersøkt forholdet mellom indikatorer på kompetanseutviklende kultur og subjektivt opplevd kompetanse.



Figur 5.2 Tilstrekkelig veiledning og opplevd kompetanse dag hverdager.

Vi finner igjen samme mønster som i analysene ovenfor. Her kan vi utlede av figuren at pleierne som mener at de får tilstrekkelig med veiledning fra kolleger, også er mer tilbøyelige til å mene at kompetansen er tilstrekkelig.

Vi har videre konstruert en indeks basert på pleiernes opplevelse av kompetansen på ulike tider av døgnet fordelt på hverdager og helg. Indeksen er sum av svarene pleierne har gitt på de seks delspørsmålene som dreier seg om det er tilstrekkelig kompetanse. Indeksen vil derfor variere fra 6 (for pleiere som har svart at det er aldri er tilstrekkelig kompetanse på samtlige tidspunkter) til 30 (for pleiere som har svart at det alltid er tilstrekkelig kompetanse).

Denne indeksen gir et gjennomsnitt på 21,8 (standardavvik 4,5), noe som viser at opplevelsen av bemanningen hele døgnet og uken sett under ett er noe mer enn "midt på treet"-fornøyd i forhold til skalaen som strekker seg fra "aldri" til "alltid" tilstrekkelig kompetanse. Vi kan også se denne globale indeksen for opplevd bemanning i relasjon til andel faglærte. Her finner vi at det er positiv sammenheng (Kendalls tau<sub>b</sub> = 0,06 p < 0,05) mellom opplevd bemanning og andel faglærte.

## 5.5 Enkel analyse kompetanse og kvalitet

I dette avsnittet vil vi foreta en enkel bivariat korrelasjon mellom bemanning og mål for kvalitet. I kapittel 12 vil undersøke forholdet mellom bemanning og kvalitet mer utførlig da også andre trekk ved sykehjemsavdelingen vil inngå i analysen. Her vil vi både se på forholdet mellom noen enkle mål på formell kompetanse og kvalitet og forholdet mellom opplevd kompetanse og kvalitet. Forholdet mellom andel faglærte (formell kompetanse) og kvalitetsmålene fremkommer i tabellen nedenfor.

Tabell 5.4 Sammenhengen mellom kvalitetsmål og andel faglærte.  
Korrelasjonsanalyse. (Kendalls tau\_b)

Kvalitetsmål	Andel faglærte	N
Kvalitetsindeks 1	0,053	
- grunnleggende pleie og med.behandling	Sig: 0,081	568
Kvalitetsindeks 2	0,043	
- kontroll over egen livs- og døgnrytme	Sig:0,151	521
Kvalitetsindeks 3	0,085**	
- aktivitet og selvstendig liv	Sig:0,006	548
Kvalitetsindeks 4	0,041	
- informasjon og støtte	Sig:0,184	529
Kvalitetsmål 5	0,020	
- psykisk helse	Sig:0,553	494
Totalt kvalitetsmål	0,075*	
- alt tatt i betraktning	Sig:0,025	546

\*\* Signifikant  $P < 0,01$ . \* Signifikant  $P < 0,05$

Tabellen sett under ett viser at det er en positiv korrelasjon mellom formell kompetanse og opplevd kvalitet. Kvalitetsindeks 3 og det totale kvalitetsmålet viser begge at det positive korrelasjonsmålet er signifikant ( $p < 0,05$ ).

Vi har konstruert en indeks som mål på i hvilken grad sykehjemsavdelingen er kjennetegnet av en kompetanseutviklende kultur. Indeksen består av spørsmålene vedrørende undervisning og veiledning som er behandlet i punkt 5.2<sup>33</sup>. (Kendalls tau\_b).

<sup>33</sup> Indeksen er konstruert slik at dersom pleieren har svart "nei" på samtlige spørsmål, er verdien i indeksen 0. Derom vedkommende har svart "ja" på samtlige spørsmål vil verdien i indeksen være 5.

Tabell 5.5 Sammenhengen mellom kvalitetsmål og kompetanseutviklende kultur.  
korrelasjonsanalyse. (Kendalls tau\_b)

Kvalitetsmål	Kompetanseutviklende kultur	N
Kvalitetsindeks 1	0,250**	
- grunnleggende pleie og med.behandling	Sig:0,000	446
Kvalitetsindeks 2	0,211**	
- kontroll over egen livs- og døgnrytme	Sig:0,000	467
Kvalitetsindeks 3	0,155**	
- aktivitet og selvstendig liv	Sig:0,000	454
Kvalitetsindeks 4	0,192**	
- informasjon og støtte	Sig:0,000	455
Kvalitetsmål 5	0,210**	
- psykisk helse	Sig:0,000	428
Totalt kvalitetsmål	0,153**	
- alt tatt i betraktning	Sig:0,000	470

\*\* Signifikant  $P < 0,01$ . \* Signifikant  $P < 0,05$

Vi kan av tabellen se at det er en entydig positiv sammenheng mellom hvordan pleierne mener at tilrettelagt for kompetanseutvikling i avdelingen og vurderinger av kvaliteten på tjenestetilbudet. Denne sammenhengen gjelder for samtlige kvalitetsmål.

Relasjonen mellom pleiernes subjektivt opplevde kompetanse i avdelingen og kvalitet er illustrert i tabellen nedenfor.

Tabell 5.6 Sammenhengen mellom kvalitetsmål og subjektivt opplevd kompetanse.  
Korrelasjonsanalyse. (Kendalls tau\_b)

Kvalitetsmål	Tilstrekkelig kompetanse	N
Kvalitetsindeks 1	0,191**	
- grunnleggende pleie og med.behandling	Sig:0,000	521
Kvalitetsindeks 2	0,123**	
- kontroll over egen livs- og døgnrytme	Sig:0,000	548
Kvalitetsindeks 3	0,183**	
- aktivitet og selvstendig liv	Sig:0,000	528
Kvalitetsindeks 4	0,114**	
- informasjon og støtte	Sig:0,000	529
Kvalitetsmål 5	0,179**	
- psykisk helse	Sig:0,000	494
Totalt kvalitetsmål	0,200**	
- alt tatt i betraktning	Sig:0,000	546

\*\* Signifikant  $P < 0,01$ . \* Signifikant  $P < 0,05$

Det er entydige positive sammenhenger mellom pleiernes opplevelse av å ha tilstrekkelig kompetanse i avdelingen og deres vurderinger av kvaliteten. Denne relasjonen eksisterer for samtlige kvalitetsindekser samt det totale kvalitetsmålet. Dette betyr at jo bedre kompetanse pleierne opplever at det er i avdelingen jo mer tilbøyelige er de til å hevde at kvaliteten er god.

## 6 Beboerne

### 6.1 Beskrivelse av beboerne

I dette avsnittet vil vi gi en kort redegjørelse av sykehjemsbeboerne som inngår i denne undersøkelsen. Dette vil gi et oversiktbilde av hva som kjennetegner beboerne.

Vi har fått inn totalt 682 skjema som er fylt for beboerne i avdelingene. Det er fylt ut noe færre skjema enn det er registrert antall beboere i avdelingene (700 beboere). Av de skjemaene vi har fått inn er ikke alle fylt ut fullstendig. Det betyr at antallet svar for opplysningene som det gjøres rede for nedenfor, vil variere noe og vil fremgå av oppgitt antall (n).

Den kjønnsmessige fordelingen er vist i tabellen nedenfor:

Tabell 6.1 Kjønnssfordeling.

Kjønn	Prosent	Antall (n)
Kvinner	68,2%	460
Menn	31,8%	214
Sum	100	674

Denne kjønnsfordelingen viser en noe lavere andel kvinner enn andre undersøkelser som er gjennomført i sykehjem/institusjoner med heldøgns pleie- og omsorg (Hofseth & Norvoll 2003, Sletvold, Helsetilsynet 2003). I disse undersøkelsene ligger kvinneandelen på noe over 70 prosent.

Tabell 6.2 Kjønnss- og aldersfordeling.

Kjønn	Gj.snittsalder	Standard- avvik	Antall (n)
Kvinner	84,5 år	8,6	449
Menn	79,8 år	10,4	211
Sum	83,0 år	9,5	660

Når det gjelder alderssammensetningen, viser analysen at høyeste registrerte alder er 102 år mens den yngste beboeren er 19 år. 6,1 prosent av beboerne er yngre enn 67 år mens 43 prosent av beboerne er eldre enn 85 år. 16,6 prosent er eldre enn 90 år.

Ved registreringen av oppholdstid var det i skjemaet ikke mulig å føre opp mer enn 99 måneder. Dette gjør at den gjennomsnittlige oppholdstiden på 28,2 måneder (standardavvik 27,8) nok er noe lavere enn den ville vært dersom det hadde vært mulig å registrere mer enn 99 måneder. Hofseth og Norvolls studie (2003) viste for eksempel at den gjennomsnittlige oppholdstiden ved langtidsavdelinger ved sykehjem var 31 måneder.

Tabell 6.3 Type sykehjemsopphold.

Type opphold	Prosent	Antall (n)
Opphold for utredning	1,1	7
Avlastning	4,2	28
Rehabilitering	1,8	12
Oppfølging etter sykehusopphold	3,5	23
Fast plass i ordinær sykehjemsavdeling	86,7	572
Annet	2,7	18
Sum	100	660

Et av utvalgskriteriene for rekruttering av sykehjemsavdelinger er at det skal være innrettet mot vanlige, langtids somatiske avdelinger. I mange av disse er det imidlertid også et innslag av beboere som er inne på en annen type opphold av kortere varighet. Det kan henge sammen med at noen av plassene er definert til annet bruk, eller at man av andre grunner for kortere eller lengre tid har beboere med midlertidige opphold.

Korttidsopphold vil gjerne kreve mer personalinnsats, både fra lege og andre personellgrupper, slik at spredning mellom sykehjemmene på denne faktoren kan være en relevant i forhold til bemanning. Måsetningen for et korttidsopphold er gjerne å sette pasienten i stand til å fungere best mulig hjemme. Dette kan kreve en mer aktiv tilnærming enn der måsetningen er å gi pasienten en best mulig tilværelse i livets siste fase.

## 6.2 Diagnoser

Aktive sykdomsdiagnoser kan være gode indikatorer på beboernes helsetilstand samt hvilke behov beboerne har for medisinsk behandling og pleie. Diagnosene som er oppgitt skal være dagsaktuelle, satt av lege, og være under behandling eller kreve spesiell oppmerksomhet fra helsepersonell. Likevel er grunn til å tro at det kan være både over- og underrapportering av diagnoser. Overrapportering kan være at sykdommer/skader som pasienten er innlagt med, er rapportert, selv om de ikke lenger er aktive. Dette kan for eksempel gjelde bruddskader. På den annen side kan det forekomme diagnoser som legen har stilt, som ikke er rapportert. Slik underrapportering kan være en konsekvens av at beboerregistreringen ble gjennomført av en sykepleier og ikke institusjonens lege.



I tabellen nedenfor har vi gjort en sammenstilling av beboernes aktive sykdomsdiagnoser, fordelt på åtte hovedkategorier<sup>34</sup>. Dersom beboerne har én eller flere diagnoser, er dette registrert én gang innenfor den aktuelle hovedkategorien. Det er 61 skjema hvor diagnosene ikke er fylt ut. Disse skjemaene er holdt utenfor i beregningen av prosentandelene.

Tabell 6.4 Sykdomskategorier.

Sykdomskategori	Prosent	Antall
Nevrologisk	66,5	413
Hjerte/kar	64,7	402
Muskel og skjelett	43,8	272
Fordøyelse/endokrinologisk	30,1	187
Psykiatriske diagnoser	27,5	171
Nyrer, urinveier og gyn.plager	18,2	113
Respirasjon	13,8	86
Annet	24,6	153

Tabellen viser at to av tre beboere har en eller flere diagnoser innen en nevrologisk sykdomskategori, og at denne gruppen sammen med hjerte/kar utgjør de to største sykdomskategoriene. Dette er i overensstemmelse med tidligere undersøkelser (f.eks. Hofseth & Norvoll 2003).

For 27,5 % av beboerne er det registrert psykiatriske diagnoser. Sammenholder vi dette med det vi vet om medisinbruk i sykehjem kan dette tallet synes noe lavt. En undersøkelse ved 23 sykehjem i Bergen viser f.eks. at nesten 60 % av beboerne fikk psykofarmaka daglig (Ruths, Straand og Nygaard 2001.) Det er vel dobbelt så høy andel som de som i vår undersøkelse er registrert med psykiatriske diagnoser. Det kan derfor tenkes at slike diagnoser er underrapportert i vår registrering. Forfatterne av Bergensstudien viser imidlertid at psykofarmakabruken ikke uten videre korresponderer med psykiatriske diagnoser, og antyder at slik medisinbruk oftere reflekterer mental svekkelse, enn psykiatrisk sykdom i egentlig forstand. (ibid s 526).

<sup>34</sup> Cerebrovaskulære sykdommer er i tabellen gruppert som hjerte/kar sykdom og demenssykdommene er gruppert som nevrologisk sykdom.

Vi har videre fått registrert hvilke enkeltdiagnoser som forekommer hyppigst. I tabellen nedenfor har vi trukket ut inntil de fem hyppigst registrerte diagnoser innenfor hver av sykdomskategoriene.

Tabell 6.5 Diagnoser.

Hjerte/kar	Prosent	Antall	Nevrologisk	Prosent	Antall
Cerebro-vask. skade (inkl. hj.sl.)	30,3	188	Demens	37,0	230
Hjertesvikt	24,3	151	Nedsatt hukommelse	22,2	138
Arteriosklerotisk hjertesykdom	17,7	110	Afasi	8,5	53
Hypertensjon	15,5	96	Parkinsons	7,2	45
Arytmi	9,3	58	Epilepsi	4,7	29
<b>Muskel og skjelett</b>			<b>Fordøyelse og endokrinologisk system</b>		
Lårhalsbrudd	15,6	97	Diabetes	16,7	104
Artritt el. andre rev. lidelser	14,5	90	Hyper- eller hypotyreose	7,1	44
Osteoporose	13,8	86	Ulcussykdommer	6,6	41
Andre frakturer	8,7	54	Betennelser i fordøyelseskanalen	3,9	24
Kronisk muskelsmertesyndrom	3,2	20	Leversvikt	0,3	2
<b>Psykiatriske diagnoser</b>			<b>Nyrer, urinveier og gyn.plager</b>		
Depresjon	15,9	99	Urinveisinfeksjon	13,2	82
Angstlidelser	8,4	52	Nyresvikt	5,0	31
Schizofreni og andre psykotiske li.	5,6	35	Underlivsinfeksjon	2,1	13
Utviklingshemming	1,8	11			
<b>Respirasjon</b>			<b>Annet</b>		
KOLS	6,9	43	Kreft	9,3	58
Astma	5,5	34	Grønn stær	6,9	43
Pneumoni	2,4	15	Infeksjoner som ikke er inkl. over	4,5	28
Emfysem	0,3	2	Psoriasis	2,3	14

Dersom vi ser på enkeltdiagnose som forekommer oftest, er det 37,0 prosent av beboerne som har fått demensdiagnose. Her er det viktig å poengtere at dette dreier seg om beboere som har fått diagnostisert demens, og at beboere som befinner seg i egne avdelinger for demente ikke er inkludert i denne undersøkelsen<sup>35</sup>. Forekomsten av demens kan synes noe lav. Men på den annen side er det en betydelig forekomst av nedsatt hukommelse. Disse to tallene til sammen kan gi et riktigere bilde av demensforekomst. "Nedsatt hukommelse" kan romme mange pasienter som er demente, men som ikke er utredet og diagnostisert. "Nedsatt hukommelse" rommer også personer som ikke oppfyller diagnostiske kriterier som demens, men som er i ferd med å utvikle demens (demensdiagnosen har et varighetskriterium på 6 mnd.), personer med mindre alvorlige hukommelsesproblemer og personer med forbigående forvirringstilstander.

En annen stor diagnosegruppe er cerebro-vaskulær skade (inkludert hjerneslag) hvor 30,3 prosent av beboerne har fått en slik diagnose.

Når det gjelder enkeltdiagnoser, kan det synes som om det er manglende samsvar mellom høy forekomst av bruddskader og lav forekomst av osteoporose siden en stor andel av bruddskadene sannsynligvis er osteoporotiske bruddskader (for eksempel lårhalsbruddene). Dette kan skyldes at det bare er rapportert inn beboere som får medikamentell behandling for osteoporose.

I tillegg til oversikten over diagnosene som er gitt i tabellen over, spurte vi om beboerne hadde andre diagnostiserte lidelser som var under behandling. Vi finner at 30 prosent av beboerne (180) har en eller flere andre diagnoser i tillegg til diagnosene som var definert på forhånd i beboer-registreringsskjemaet.

I en beboergruppe med en så høy gjennomsnittsalder som 83 år, kan vi anta at mange av beboerne også har et sammensatt sykdomsbilde (Romøren 2001). Vi har derfor også sett på hvor *mange* aktive diagnoser beboerne har. Vi tar da også med de uspesifiserte diagnosene som er omtalt i avsnittet ovenfor<sup>36</sup>. *Beboerne har i gjennomsnitt 4,0 aktive diagnoser. 73,3 prosent har 3 eller flere diagnoser mens det er 22,3 prosent som har 6 eller flere.*

### 6.3 Medisinering

Beboernes bruk av medisiner vil også kunne fylle ut bilde av hvem sykehjemsbeboerne i denne undersøkelsen er og hva som kjennetegner dem.

Tabell 6.6 Medisinering.

Medisinering	Prosent	Antall
Beboeren får medisiner daglig	96,8	605
Beboeren trenger hjelp til å ta medisiner	78,7	484

Vi kan lese av tabellen at det er svært mange av beboerne som benytter medisiner daglig. I tillegg må nær 8 av 10 ha hjelp til å ta medisinerne. Disse tallene kan både benyttes som en indikasjon på forekomsten av sykdom og plager hos beboerne, men også gi uttrykk for et hjelpebehov. Vi har ikke kartlagt hvem som foretar

<sup>35</sup> Helsetilsynets (2003) kartlegging viser en noe høyere andel hvor 42,4 % av beboerne i sykehjem har aldersdemens.

<sup>36</sup> I dette er de uspesifiserte diagnoser talt som én pr. beboer., men hver enkelt beboer kan ha mer enn én. Vi kan derfor anta at antallet diagnoser kan være noe høyere enn det som her er talt opp.

medisinutdelingen. Dersom sykehjemmene ikke benytter seg av unntaksbestemmelsen om at andre enn sykepleiere (eller vernepleiere) kan læres opp og delegeres fullmakt til medisinutdeling, vil vi anta at en betydelig andel av sykepleieressursene medgår til dette.

Tabell 6.7 Medisinsk behandling.

Medisinsk behandling	Prosent	Antall
Innlagt i sykehus siste måned	11,3	70
Øyeblikkelig-hjelp-tilsyn av lege	17,0	106

## 6.4 Pleietyngde

I tabellen nedenfor har vi gjengitt gjennomsnittlig pleietyngde i avdelingen. På grunn av at diagnoser, problemområder og tiltak ikke er fylt ut for to avdelinger samt andre mangler i datamaterialet vedrørende beboerregistreringen, har vi valgt å la pleietyngden komme til uttrykk gjennom spørsmålet *"Alt tatt i betraktning. Hvordan vurderer du beboerens pleietyngde på en skala fra 1-5, der 1 er "Lett" og 5 er "Tung"*.

Tabell 6.8 Pleietyngde.

Sykehjem	Pleie-tyngde	Standardavvik	Antall skjema <sup>37</sup>
1	3,57	1,31	30
2	3,25	1,39	8
3	3,97	0,84	31
4	3,05	1,05	20
5	3,80	1,37	15
6	4,29	0,96	21
7	3,52	1,33	25
8	3,62	1,55	26
9	4,09	1,10	33
10	4,58	0,67	12
11	4,12	0,95	26
12	3,15	1,14	20
13	3,50	1,27	26
14	3,88	1,01	25
15	3,00	1,50	25
16	3,64	1,34	14

<sup>37</sup>Antall beboere som pleietyngdekartleggingen baserer seg på avviker noe fra det antall døgnplasser som er oppgitt i kapittel 4. For enkelte avdelinger er ikke kartleggingen gjennomført for samtlige beboere. I andre avdelinger er det gjennomført registreringer av flere beboere enn det som er oppgitt som antall døgnplasser. Dette skyldes at kartleggingen har foregått over to uker, og der det har skjedd en utskifting av beboere i perioden, har både "gammel" og "ny" beboer blitt registrert.

Sykehjem	Pleie-tyngde	Standardavvik	Antall skjema <sup>37</sup>
17	3,40	1,45	30
18	3,67	1,37	30
19	3,21	1,39	33
20	3,65	1,34	23
21	3,68	1,19	31
22	3,85	1,23	20
23	2,91	1,45	11
24	3,79	1,11	33
25	4,25	1,17	8
26	3,71	1,10	21
27	3,32	1,34	28
28	4,40	0,86	30
29	4,06	1,00	16
Sum	3,68	1,25	671

Variasjonen i registrert gjennomsnittlig pleietyngde mellom sykehjemsavdelingene er 1,49. Laveste gjennomsnittlige pleietyngde er 2,91 mens høyeste er 4,40. Det er også stor variasjon i opplevd pleietyngde internt i sykehjemsavdelingene. 22 av 29 sykehjemsavdelinger har brukt hele skalaen fra 1 til 5 i klassifiseringen av beboerne. Variabelen pleietyngde, basert på dette målet, blir en viktig del av den avsluttende analysen i kapittel 12.



## 7 Ledelse og organisering av sykehjem

Sykehjemsavdelinger har ulike størrelser, kan organiseres på ulike måter, og kan ha ulike former for ledelse. Organisering og ledelse danner på viktige måter de sosiale rammene virksomheten i avdelingen drives innenfor. Det er rimelig å anta at de kan ha betydning for kvaliteten på de tjenester man tilbyr sine beboere.

Med organisering tenker vi gjerne på de formelle strukturer som legges rundt virksomheten. Det kan ha med inndeling i formelle team eller grupper, og det har med fordeling av myndighet på ulike områder mellom de som inngår i organisasjonen. Med ledelse er vi gjerne opptatt av hvem som har det formelle ledelsesansvaret, og med det rett til å styre virksomheten, og bestemme hvem som skal gjøre hva innenfor definerte rammer. Men i tillegg til den formelle siden, har ledelse viktige uformelle sider. I arbeidslivet er det vanlig å snakke om gode og dårlige ledere. Personlige egenskaper ved lederen blir gjerne tillagt vekt når vi skal forklare et dårlig arbeidsmiljø, eller et dårlig økonomisk resultat. Det er et komplisert samspill mellom formelle strukturer og personlige egenskaper ved lederen. En fornuftig og rasjonell innretning av en arbeidsplass kan gi en god leder vilkår for å utfolde sine beste egenskaper. Samtidig er det vel slik at en person som mangler de rette egenskapene kan skape umulige forhold for sine medarbeidere uansett formell organisering.

### 7.1 Avdelingsledelse

Flertallet – 24 av de 29 avdelingene som inngår i vår undersøkelse – oppgir at de har en avdelingsleder. Halvparten av disse oppgir å ha lederutdanning, og den gjennomsnittlige "fartstid som leder er ca 8,5 år.

Har bruken av avdelingsleder noe med størrelse å gjøre? Er det f. eks slik at det er de største avdelingene som har en egen avdelingsleder, men de mindre har sin ledelsesmessige forankring i institusjonsnivået? Tabell 7.1 tyder ikke på det.

Tabell 7.1 Har/har ikke avdelingsleder etter avdelingsstørrelse. Absolutte tall.  
N=29.

	Antall døgnplasser i avdelingen		Totalt
	25 eller færre	Over 25	
Har avdelingsleder	11	13	24
Har ikke avdelingsleder	2	3	5
Alle	13	16	29

Tabell 7.1 tyder ikke på at det er noen sammenheng mellom avdelingens størrelse og hvorvidt man har avdelingsleder. Blant våre 29 sykehjem finnes omtrent like mange avdelinger uten leder på avdelingsnivå både blant de større og de mindre avdelingene.

18 av de 29 avdelingene har gruppeledere. Bruken av gruppeledere kan ha sammenheng med måten pleien er organisert på. (Svensson 1998)<sup>38</sup> Dette skal vi komme tilbake til. Det kan imidlertid også tenkes at det er en slags substitusjonseffekt mellom bruk av ledere på ulike nivå. Det kan f. eks tenkes at avdelinger som mangler avdelingsledere har et større innslag av gruppeleder enn andre, som et bidrag til fast ledelse av den daglige virksomheten på tjenesteplanet. Tabell 7.2 viser eventuelle sammenhenger mellom forekomsten av avdelingsleder og bruk av gruppeledere.

Tabell 7.2      Bruk av gruppeledere i avdelinger med og uten avdelingsleder. N=28.

	Har gruppeleder	Ikke gruppeleder	Totalt
Har avdelingsleder	15	8	23
Ikke avdelingsleder	3	2	5
Alle	18	10	28

Tabell 7.2 viser at 2 av de 28 avdelingene verken har avdelingsleder eller gruppeledere. Vel halvparten av avdelingene har begge deler. Det lite som tyder på noen form for substitusjonseffekt mellom ledelse på avdelings eller gruppenivå.

De formelle strukturene definerer forutsetningene for ledelsesutøvelse. Men i tillegg er det mange uformelle aspekter ved ledelse og ledelsesformer som vil være bestemmende for i hvilken grad en leder er i stand til å utøve faktisk ledelse. Tre besøksrapporter fra våre ni utvalgte sykehjem illustrerer dette.

Ved et av de besøkte sykehjemmene drøftet RO betingelsene for å utøve ledelse ved det aktuelle sykehjemmet på denne måten:

*"RO mener å kunne konstatere at avdelingslederens arbeidssituasjon tilsier at det er fysisk umulig å kunne utøve de lederfunksjoner som er forventet. Forskning og erfaring viser at omsorgstjenestens fremste "suksessfaktorer" er det som går under betegnelsen en "nærværende og verdsettende leder" – en personalledelse som i det daglige ser den enkelte medarbeider, setter ord på frustrasjoner og sørger for en åpen og direkte samhandling medarbeiderne imellom, gir direkte og umiddelbare tilbakemeldinger til enkeltmedarbeideren (fag, etikk, holdninger og oppfølging), og leder medarbeiderne i samhandlende prosesser som forankrer felles forståelse av mål, rutiner og daglig arbeidsorganisering. Det er personalleder som sørger for dialoger som inkluderer arbeidstakere og utvikler arbeidslagets fag, etikk, holdninger og praktiske rutiner.*

*Avdelingen har 35 brukere med 50-60 medarbeidere som arbeider i tre arbeidslag eller grupper. I tillegg til øvrige funksjoner, er avdelingsleder tillagt avdelingens personalledelse.*

*Når leder ikke har mulighet til å fylle sitt ansvar, er det et nærliggende alternativ å delegere deler av ansvaret. Situasjonen ved avdelingen er imidlertid at det ikke*

<sup>38</sup> Svensson R: Samfunn, medisin, sykepleie. Ad Notam Gyldendal, 1998



*finnes en avklart eller felles forståelse av adressen for avdelingsleders delegasjon. Når avdelingsleder delegerer deler av sitt ansvar, delegeres ansvaret formelt sett til et tomrom. Gruppene har ingen leder eller annen utpekt person med ansvar for å følge opp avdelingsleders delegasjon"*

*(Fra besøksrapport, sykehjem 3)*

Ved et annet sykehjem hadde det nettopp blitt tilsatt en ny leder. I besøksrapporten beskrives de utfordringene denne nye lederen ble stilt overfor:

*"Situasjonen er altså at det er en meget stabil gruppe ansatte på utøvende nivå, som kjenner hverandre godt og har arbeidet sammen i svært mange år, samtidig som avdelingens leder og avdelingens formelt sett faglige medansvarlige nettopp har begynt. Dette gir grunnlag for følgende generelle kommentarer:*

*Det er en stor utfordring hvis en ny administrativ og faglig ledelse søker å ta ledelsen og lede en mangeårig og sterkt etablert gruppe. Det er en utfordring for den nye ledelsen å legge ledelsen opp slik at den blir akseptert blant de etablerte. Det er en stor utfordring for den etablerte gruppen å være tilstrekkelig åpen og akseptere og innse at arbeidet kan legges opp på en annen måte enn det den har gjort så langt. Det kan lett oppstå konflikter mellom den etablerte uformelle "ledelsen" og den nye, formelle ledelsen. Hvis konflikten ikke løses i samhandling, "løses" konflikten ved at den nye ledelsen slutter etter kort tid, eller at medlemmer av den etablerte gruppen slutter".*

*(Besøksrapport, sykehjem 7)*

Ved et tredje sykehjem beskrives situasjonen slik:

*"Ansatte opplever seg verdsatt - av arbeidskolleger og av leder. Leder omtales og forstås som en vesentlig bidragsyter til det gode arbeidsmiljøet: Leder er avdelingens både formelle og uformelle leder, og har legitimitet til å utøve ledelse. Leders vilje med eller særlige mål for avdelingen beskrive som godt synlige. Leder er autoritativ på en positiv og inkluderende måte (autoritativ uten å være autoritær) I den grad en melder noe til leder, blir saksforholdet som blir meldt tatt tak i og gjort noe med."*

*(Besøksrapport, sykehjem 6)*

Disse tre sykehjemmene har en avdelingsleder med personellmessig og budsjettmessig ansvar for avdelingen. Formelt er de likt organisert. ROs rapporter - basert på samtaler med et utvalg informanter blant de ulike personellgrupper i avdelingene, tyder imidlertid på at den formelle lederen har svært ulike vilkår for å utøve lederskap.

I det første tilfellet er sykehjemmet slik organisert at man har organisert bort muligheten for å utøve faktisk ledelse. Avdelingen har en størrelse og en struktur som gjør lederskap umulig. Ledelsesoppgaven blir så omfangsrik, og avstanden til den enkelte medarbeider så stor, at grunnlaget for effektiv personalledelse faller bort. Det er ikke etablert solide strukturer på lavere nivå i organisasjonen som ledelse kan utøves gjennom. Når myndighet delegeres, får dette preg av delegasjon til "et tomt rom". I denne rapporten vektlegges uhensiktsmessig formell struktur. Det kan virke lite sannsynlig at en leder klarer å utøve effektiv ledelse gitt disse formelle rammene - nærmest uansett lederens personlige egenskaper.

Heller ikke i det andre tilfellet ser det ut til at den formelle lederen har mulighet til å utøve effektiv ledelse. Det skyldes ikke at avdelingen er for stor, eller at de formelle strukturene er for løse. Det skyldes først og fremst at en ny leder ikke har klart å etablere og få aksept for sin ledelse vis a vis en veletablert og sterk gruppe uformelle ledere, som i kraft av sin opparbeidede posisjon i avdelingen har så stor innflytelse at formelt lederskap "preller av". Det er noe med kulturen i avdelingen som gir den formelle lederen dårlige betingelser for å etablere seg som faktisk leder. ROs utredning konkluderer med en antagelse om at dersom denne konflikten ikke blir løst på en tilfredsstillende måte, så vil avdelingen "sprenges" – enten ved at den nye lederen slutter, eller ved at den uformelle ledelsen desintegrerer (en eller flere av de uformelle lederne slutter).

I det siste tilfellet beskriver RO en situasjon der lederen har klart å etablere seg både som en formell og uformell leder, og utøver myndighet på en slik måte at det bidrar til et godt arbeidsmiljø.

I et samlet perspektiv tyder disse beskrivelsene på at god ledelse er et resultat av et vellykket samspill mellom:

- Gode strukturer
- Gode menneskelige egenskaper hos lederen
- En kultur i avdelingen som aksepterer ledelse, og bruker lederen som en ressurs i det daglige arbeidet.

Sannsynligvis må alle disse faktorene – i større eller mindre grad – være til stede samtidig.

## Organisering av pleien

Det direkte pasientarbeidet kan organiseres på ulike måter. De mest sentrale stikkordene i denne sammenheng er primærsykepleie og gruppepleie. (Svensson 1998). Grunnlaget for inndelingen er plassering av ansvarsforholdet for tilbudet til den enkelte pasient. Svensson beskriver forholdet mellom gruppesykepleien og primær-sykepleien slik, med referanse til sykehus:

*"Gruppesykepleien medførte at avdelingen ble inndelt i mindre enheter, der personalet hadde ansvar for hver sin pasientgruppe. Denne modellen gir rom for mange variasjoner med hensyn til gruppens sammensetning, ledelsesform, og prinsipper for hvordan arbeidet skal legges opp. Selv om gruppen vanligvis har et kollektivt ansvar for sine pasienter, blir modellen ofte kombinert med en form for individuelt ansvar. Hvert gruppemedlem kan for eksempel være kontaktperson eller fungere som fadder for et antall pasienter og deres pårørende.*

*Primærsykepleiemodellen gir sykepleieren en svært sentral rolle. En sykepleier har sine egne pasienter, hun har primæransvar for en liten gruppe, vanligvis fire-fem pasienter. Hun har hovedansvaret for å iverksette de ulike momentene i sykepleierprosessen for disse pasientene"*

(Svensson 1998, s 211-212)

I Svenssons drøfting av de to ulike modellene peker han på primærsykepleie-modellens tradisjonelt sterke betoning av sykepleiere, som fører til at denne modellen i streng forstand kan bidra til å redusere plassen for andre yrkesgrupper.

I den svenske helsetjenesten, som er en viktig referanse for Svensson, har man derfor modifisert modellen. Det finnes derfor mange tilpassede varianter av primærsykepleien, der f. eks primæransvaret deles av en sykepleier og en hjelpepleier. Vi må anta at dette også gjelder i norske institusjoner. Det kan også tenkes varianter der gruppepleie og primærpleie kombineres. I en av besøksrapportene fra RO beskrives f. eks pleieorganiseringen ved en av de besøkte avdelingene slik:

*Formelt har avdelingen både gruppepleie og primærpleie. Det formidles imidlertid at ordningen med primærkontakt er forsøkt etablert, men at en ikke har fått primærpleie til å fungere i praksis. Ut fra praksis er det mest korrekt å si at avdelingen har gruppepleie*

*(Besøksrapport, sykehjem 7)*

Vi må altså anta at begrepene "gruppepleie" og primærpleie i praksis begge rommer ulike varianter. De avspeiler først og fremst forskjeller avdelingene imellom med hensyn til ansvarsfesting for den enkelte pasient. Tabell 7.3 viser hvordan de 19 sykehjemmene i vårt utvalg beskriver sin pleieorganisering.

Tabell 7.3      Antall sykehjemsavdelinger med ulik pleieorganisering.  
Absolutte tall. N=29.

Primærpleie	16
Gruppepleie	7
Annet	6
Totalt	29

Godt halvparten av våre 29 sykehjemsavdelinger oppgir at praktiserer primærpleie, og rundt en tredjedel har organisert pasientarbeidet som gruppepleie. Et betydelig mindretall oppgir å ha andre driftsformer. Vi har ingen data om hva dette i praksis innebærer.

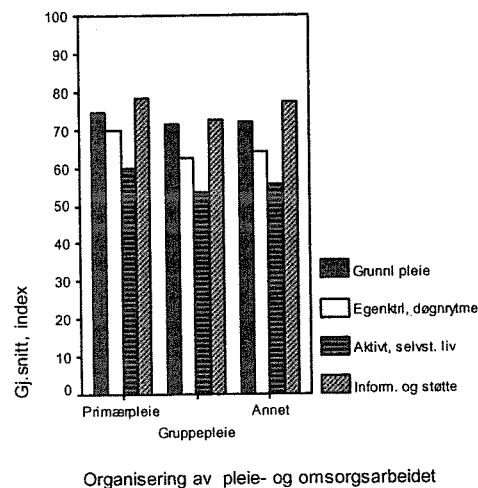
Er det sammenheng mellom pleieorganisering og kvalitet i tilbudet til pasientene?

Figur 7.1 tyder på det. Den viser hvordan skåren på ulike kvalitetsindekser<sup>39</sup> varierer med om svargiveren arbeider i en avdeling med henholdsvis primær eller gruppepleie.

Når det gjelder grunnleggende pleie og medisinsk behandling ser det ikke ut til å være forskjell mellom avdelinger organisert på den ene eller andre måten. De grunnleggende behov der ut til å bli ivaretatt uavhengig av pleieorganisering.

Kvalitetsindeks 2 er kalt "kontroll over egen døgnrytme", og omfatter forhold som "spise når man vil", "gå på do når man vil" osv. På en skala på 0-100 får avdelinger som praktiserer primærpleie i gjennomsnitt en skåre på 69,7, mens avdelinger som praktiserer gruppepleie har en gjennomsnittlig skår på 63,0. Forskjellen er signifikant på 0,01-nivå (Sig.  $p = 0,002$ ).

<sup>39</sup> Konstruksjon av kvalitetsindekser: kap. 4



Figur 7.1 Gjennomsnittlig skåre på kvalitetsindeks etter pleieform i avdelingen. N=568.

Tilsvarende finner vi signifikante forskjeller mellom primærpleie og gruppepleie-baserte avdelinger både for kvalitetsindeks 3 og 4. Indeks 3 er kalt "Aktivitet og selvstendig liv" (Sig  $p=0,009$ ), mens indeks 4 dreier seg om informasjon og støtte (sig  $p=0,013$ ).

Det ser altså ut til at måten pleien er organisert på samvarierer med kvaliteten i tilbudet tilpasientene på flere av de indikatorene vi baserer oss på. Annen forskning på dette området gir imidlertid svært sprikende resultater. (Svensson 1998, Giovanetti 1986<sup>40</sup>, Macdonald 1988<sup>41</sup>). Det kan derfor være grunn til tilbakeholdenhet i tolkningen av dette resultatet. Vi har et svært begrenset materiale, og vår drøfting er basert på enkle bivariate analyser, der det ikke er gjort kontroller for andre forhold (pasientsammensetning, personellsammensetning institusjonsstørrelse osv).

## 7.2 Oppsummering.

Vår drøfting tyder på at vi i vårt materiale finner både velorganiserte avdelinger som ledes på en god måte, og vi finner mindre velorganiserte avdelinger med problematiske ledelsesforhold. Variasjoner på dette området henger sammen med:

- Mer eller mindre rasjonelle formelle strukturer
- Personlige egenskaper hos lederne
- Betydningen av uformelt lederskap
- Variasjoner i lokal kultur
- Variasjoner i plassering ansvarsforholdet mellom ansatte og beboere.

<sup>40</sup> Giovanetti P: Evaluation of Primary Nursing. Annual Review of Nursing Research, vol 4. Springer New York 1986

<sup>41</sup> Macdonald M: Primary Nursing: Is it Worth it? Journal of Advanced Nursing, Vol 13, 1988

Kompleksiteten i spørsmålene knyttet til organisasjon og ledelse i sykehjem gjør det vanskelig å fange opp slik variasjon med enkle, "harde", variable. I kapittel 2 er det gitt en omfattende drøfting av hvordan ledelsesmessige problemstillinger arter seg svært ulikt i de ni sykehjemmene vi har besøkt, og hvordan ledelsesmessige og arbeidsmiljømessige problemstillinger henger sammen. Indirekte vil derfor variasjoner i opplevd arbeidsmiljø gi en indikasjon også på ledelsesmessige forhold. En fullstendig analyse av problemstillinger knyttet til ledelse og organisering av sykehjem sprenger imidlertid rammen for dette prosjektet



## 8 Arbeidsmiljø og samhandling internt

I dette kapitlet skal vi gjøre rede for de kvantitative mål på arbeidsmiljø og intern samhandling som ligger inne i den større sykehjemssurveyen. Vi skal videre ta stilling til hvilke av disse vi ønsker å jobbe videre med i den sammenfattende analysen som presenter i kapittel 12.

Gjennom RO-senterets kvalitative analyser i 9 av de 29 sykehjemmene i denne studien framgår det at de ansatte stort sett er fornøyde med sitt eget arbeidsmiljø. I de fleste sykehjemssaydelingene beskrives arbeidsmiljøet som kollegialt, åpent og støttende. Lavt sykefravær og lav turnover blant personalet benyttes som argument for å underbygge denne påstanden. Men selv om arbeidsmiljøet i de fleste tilfeller beskrives som bra er det spesielt et forhold som i de fleste intervjuene nevnes som en belastning på arbeidsmiljøet, og det er at avdelingene tidvis er så tynt bemannet at det ikke er nok personalressurser til å håndtere situasjoner "utenom det vanlige". Forøvrig rapporteres det generelt om et høyt arbeidspress i avdelingene, men i enkelte intervju framkommer det at dette ikke nødvendigvis kun er en funksjon av det reelle arbeidspresset, men at det til en viss grad kan dreie seg om en kulturelt innlært holdning.

I utgangspunktet hadde vi 16 tilgjengelige variabler som sa noe om arbeidsmiljø og intern samhandling. En rekke av disse variablene kan sies å beskrive noen færre og mer generelle dimensjoner, for å få fram disse dimensjonene og for å redusere datatilfanget noe ble det gjennomført en faktoranalyse på 12 av variablene. På bakgrunn av faktoranalysen og en vurdering av variablenes teoretiske samhörighet ble det konstruert tre Likert-skalaer. Datatilfanget reduseres dermed ned til tre variabler som danner konseptuelle overbygninger for de 12 enkeltvariablene:

### 1. "Tilfredshet med kolleger":

- e) Det er mange uengasjerte medarbeidere i avdelingen
- f) Det er mange medarbeidere som ikke er egnet for oppgavene i avdelingen
- g) For lite fleksibilitet blant medarbeiderne i avdelingen

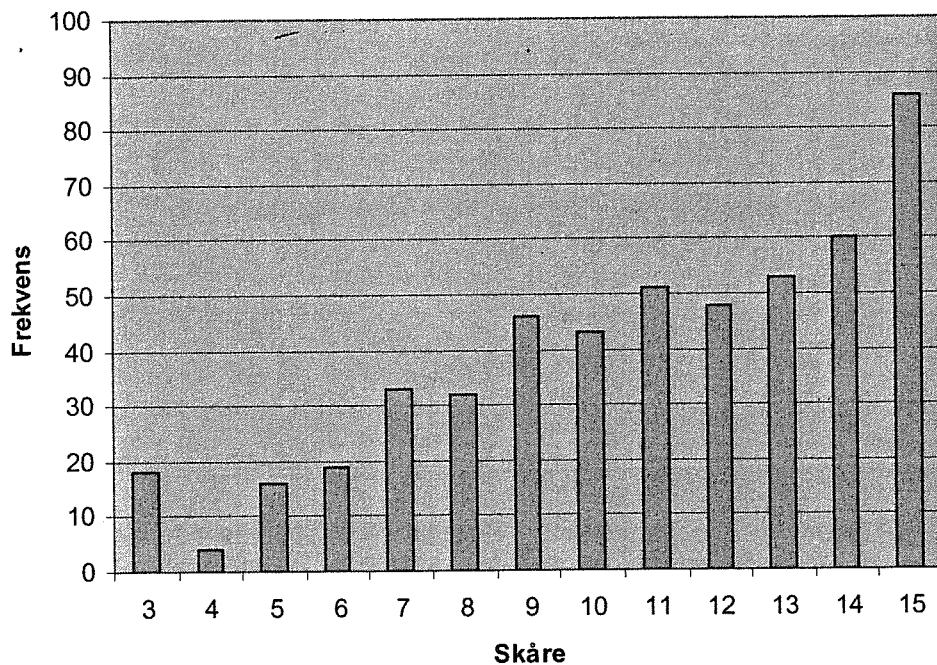
### 2. "Trivsel og samarbeid":

- i) Jeg trives med å jobbe med eldre
- j) Jeg har et stort engasjement i jobben
- k) Det er et godt arbeidsmiljø
- n) Samarbeidet mellom de ansatte er bra

### 3. "Arbeidsbelastning":

- a) Det er stor fysisk arbeidsbelastning i avdelingen
- b) Det er stor psykisk arbeidsbelastning i avdelingen
- c) Jeg står i uforsvarlig stor grad alene med vanskelige vurderinger og avgjørelser
- d) Jeg går ofte hjem med dårlig samvittighet fordi jeg ikke rakk å gjøre det jeg hadde planlagt å gjøre i avdelingen.

Skala 1 "Tilfredshet med kolleger" varierer mellom 3 og 15 fordi variabelens verdi utgjør summen av svarverdiene til de tre underliggende variablene hvor laveste skåre er 1 for helt "enig" og høyeste skåre er 5 for helt "uenig". Det betyr at hvis en respondent er helt enig i alle de påstandene som inngår i skalaen vil dette gi en skåre på 3, hvis respondenten sier seg helt uenig i alle påstandene som inngår i skalaen vil respondenten få en skåre på 15. I alt 509 respondenter har avgitt svar på samtlige av de tre spørsmålene som inngår i skalaen og gjennomsnittet for denne variabelen er 10,9.



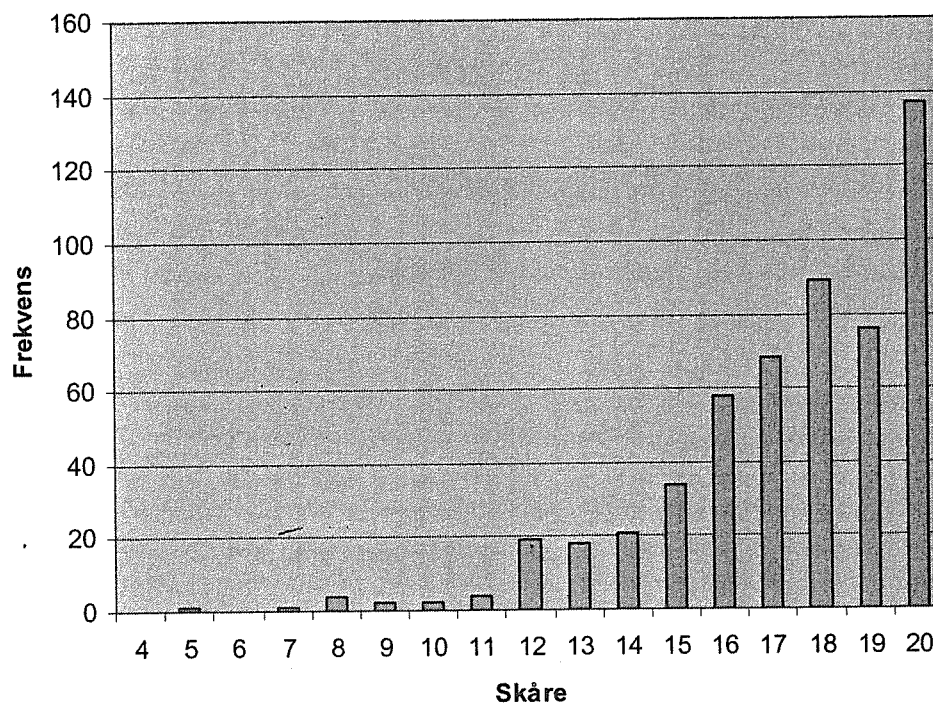
Figur 8.1 Fordeling av skåre på Skala 1 "Tilfredshet med kolleger".

Av Fig 8.1 kan man se at fordelingen på Skala 1 er venstreskjev. Det betyr at det er forholdsvis mange som sier seg helt uenig i alle de tre påstandene som inngår i denne skalaen samtidig som det er få som sier seg helt enig i påstandene, noe som betyr at utvalget som helhet tenderer mot en positiv vurdering av sine arbeidskolleger.

Skala 2 "Trivsel og samarbeid" vil ta verdier mellom 4 og 20 fordi det inngår fire variabler i denne som kan ha en variabelskåre mellom 1 og 5 (i likhet med variablene som inngikk i den første skalaen). Her tar imidlertid variablene verdiene 1 for helt "uenig" og 5 for helt "enig". Dette er gjort for å opprettholde at en høyere skåre svarer til en mer positiv vurdering av arbeidsmiljøet. 534 respondenter har

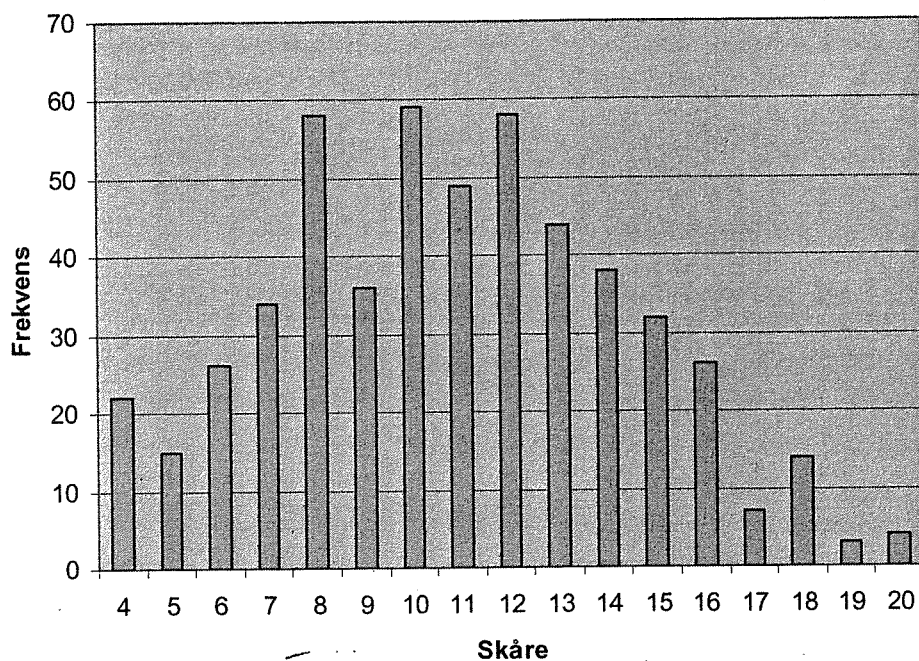


vurdert samtlige av disse påstandene og skalaen får en gjennomsnittsverdi på 17,3.



Figur 8.2 Fordeling av skåre på Skala 2 "Trivsel og samarbeid".

Også Skala 2 er klart venstreskjev, noe som betyr at hovedtyngden av respondentene gir uttrykk for at trivselen og samarbeidet i avdelingene er bra. Det betyr at hvis det høye arbeidspresset som blir beskrevet i en del av de kvalitative undersøkelsene er representativt for hele utvalget så ser det ikke ut som dette gir seg utslag i form av mindre trivsel i avdelingene.

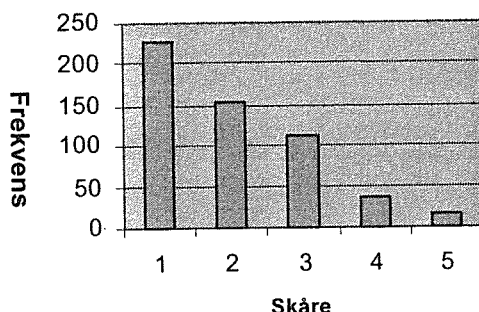


Figur 8.3 Fordeling av skåre på Skala 3 "Arbeidsbelastning"

Skala 3 "Arbeidsbelastning" vil i likhet med Skala 2 variere mellom 4 og 20. Skalaen består av fire variabler som tar verdien 1 for helt "enig" og verdien 5 for helt "uenig". Gjennomsnittsverdien til denne skalaen er 10,8 og i alt 525 respondenter har tatt stilling til påstandene som inngår i denne. Som en kan se av Figur 8.3 så er Skala 3 nærmere en normalfordeling enn hos de to øvrige kvalitetsskalaene. Hovedvekten av informantene plasserer seg noenlunde i midten av fordelinga og halene hos fordelinga er mer symmetriske enn hos de to øvrige kvalitetsmålene, noe som for denne variabelen betyr at utvalget som helhet verken sier seg enig eller uenig i at arbeidsbelastningen ved avdelinga er høy, men inntar i stedet en slags mellomposisjon i forhold til denne dimensjonen.

Det ligger også andre variabler på arbeidsmiljø og internt samhandling inne i vårt datasett. De mest aktuelle er "veiledning fra kolleger" og "fast veiledningstilbud for sykepleiere". I førstnevnte variabel skal informantene ta stilling til om de får tilstrekkelig veiledning fra kolleger i det daglige arbeidet, hvor 1 er "tilstrekkelig" og 5 er "utilstrekkelig". Den sistnevnte variabelen er basert på et ja/nei spørsmål hvor informantene skal ta stilling til om det er etablert et fast veiledningstilbud for dem.

Figur 8.4 Veiledning fra kolleger



Tabell 8.1 Fast veiledningstilbud?

	Nei	Ja	Totalt
Frekvens	413.00	116.00	529.00
Prosent	78.07	21.93	100.00

Av Figur 8.4 ser man at fordelingen på denne variabelen er klart høyreskjev, frekvensen er jevnt avtakende for høyere skåre. Det betyr at utvalget som helhet tenderer mot en positiv vurdering av den veiledningen de får av kolleger. Et gjennomsnitt på 2.01 for denne variabelen understøtter denne vurderingen.

Den andre aktuelle veiledningsvariabelen baseres på om informantene har svart bekreftende eller avkreftende på om det finnes et fast veiledningstilbud til deres yrkesgruppe. Med fast veiledning menes det at veiledningen er formalisert i en eller annen forstand, altså noe som kommer i tillegg til den uformelle og ad hoc baserte veiledningen fra kolleger og overordnede. Av Tabell 9.1 fremgår det at det for 78 % av informantene ikke er etablert har fast veiledningstilbud.

Vi har minst fem ulike variabler tilgjengelige for å si noe om arbeidsmiljø og intern samhandling i avdelingene. De tre første variablene er skalaer konstruert av en rekke underliggende variabler. Ut fra disse sammensatte variablene vil det være mulig å si noe om arbeidsmiljødimensjonene "tilfredshet med kolleger", "trivsel og samarbeid" og "arbeidsbelastning". De to siste variablene beskrevet i dette kapitlet går mer konkret på den interne samhandlingen i avdelingene i form av formell og uformell veiledning. Vi ser at variablene tematisk sett i liten grad overlapper hverandre, og det vil derfor være ønskelig å prøve virkningen av samtlige i en tjenestekvalitetsmodell. Men sannsynligheten for å få signifikante sammenhenger er nok allikevel størst for skalavariablene da disse tar opp i seg flere problemstillinger, og i den forstand er mye bredere enn variablene på intern samhandling.



## 9 Samarbeid med andre

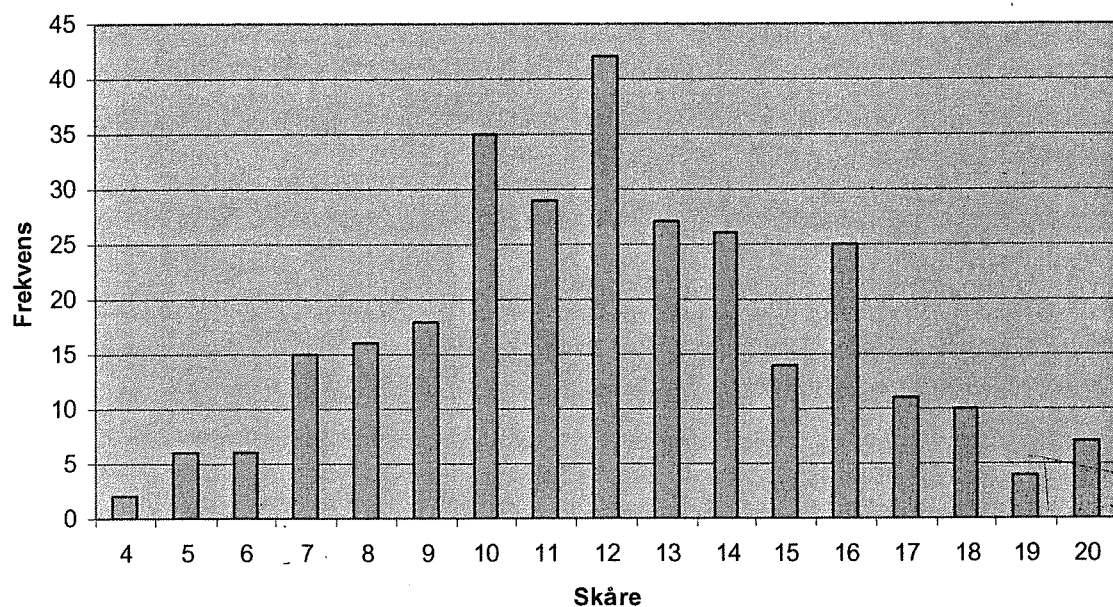
Et sykehjem er på ingen måte en lukket enhet. Produksjonen av sykehjemstjenester skjer i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, legekantor, hjemmetjenesten, andre eksterne institusjoner og pårørende. Av den grunn vil det være relevant å undersøke betydningen av disse samarbeidsrelasjonene i forhold til tjenestekvalitet. I sykehjemssurveyen er det inkludert flere spørsmålsstillinger for å fange opp variasjoner i sykehjemsavdelingenes eksterne samarbeidsrelasjoner. I dette kapitlet beskrives disse samarbeidsvariablene nærmere, i tillegg gjør vi noen korte betraktninger rundt sammenhengen mellom disse variablene og tjenestekvalitet. Til slutt gjør vi en vurdering av hvilke variabler som har størst potensiale i en utvidet modell av sammenhengen mellom bemanning og tjenestekvalitet.

I de kvalitative intervjuene har ikke sykehjemsavdelingenes eksterne samarbeid noen framtreddende plass. Avdelingenes samarbeid med andre institusjoner, som for eksempel spesialisthelsetjenesten, nevnes bare sporadisk i intervjuene. Der dette blir nevnt beskrives relasjonene stort sett som gode.

Det er i alt 6 aktuelle variabler som beskriver avdelingenes eksterne samarbeid. Fire variabler beskriver sykehjemmenes samarbeid med sykehusene, en variabel beskriver samarbeidet mellom sykehjem og hjemmesykepleie og en siste variabel beskriver sykehjemmenes samarbeid med de pårørende. Fordi antallet uavhengige variabler totalt sett er for stort til at samtlige kan inkluderes i en modell så konstrueres indeksvariabler bestående av flere underliggende variabler når dette kan forsvares rent teoretisk. I tråd med dette prinsippet konstruerer vi en indeksvariabel av de fire variablene som beskriver samarbeidet mellom sykehjem og sykehus:

- "Sykehjemmenes samarbeid med sykehus"
- Samarbeidet mellom sykehjemmet og sykehus fungerer godt.
- Melding om utskrivning fra sykehuset kommer i rimelig tid.
- Informasjon vi får ved utskrivning fra sykehus er god.
- Epikriser blir sendt ut for lang tid etter utskrivning fra sykehus.

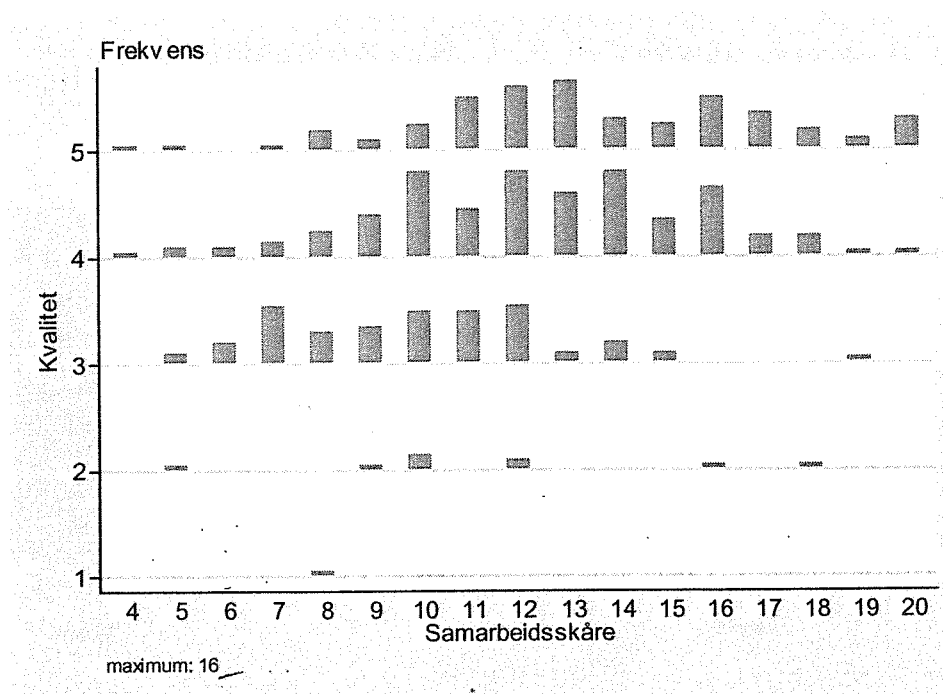
Denne indeksen konstrueres ved å summere informantenes skåre på de underliggende variablene som varierer fra 1 for helt "enig" til 5 for helt "uenig". For å opprettholde den logiske oppbygningen av indeksen snus retningen på de tre første underliggende variablene slik at en høy skåre svarer til en positiv vurdering. Ut fra dette får vi en indeks som varierer mellom 4 og 20 med en gjennomsnittsverdi på 12,1. I alt inngår svarene fra 293 informanter i indeksen. Dette representerer noe over halvparten av den totale utvalgsstørrelsen. Frafallet skyldes at ikke alle informantene har svart på samtlige av de fire underliggende variablene.



Figur 9.1 Fordeling av skåre på indeks "Sykehjemmenes samarbeid med sykehus".

Av Figur 9.1 kan man kjenne igjen "klokkeformen" som vanligvis forbindes med en normalfordeling. Fordelingen er ikke helt jevn, men den ser i alle fall ikke ut til å være skjevfordelt i form av en opphopning i en av halene til indeksen. Medianen og gjennomsnittet tar omtrent samme verdi og frekvensen er noenlunde symmetrisk avtagende fra gjennomsnittet. Dette betyr at hovedtyngden av informantene verken er helt enig eller helt uenig i påstandene som inngår i indeksen, men inntar i stedet en mellomposisjon. At man får en slik fordeling er helt normalt - derav navnet på fordelinga. Det som er interessant er imidlertid om det er en sammenheng mellom tjenestekvalitet og sykehjemmenes samarbeid med sykehusene. En korrelasjonskjøring av vårt globale mål på tjenestekvalitet<sup>42</sup> og denne indeksen avslører en positiv og signifikant korrelert sammenheng på ca. 0,2 mellom disse. Det betyr at høye verdier i tjenestekvalitet samvarierer lineært med høye verdier for denne samarbeidsindeksen. Dette kan bekreftes ved grafisk å fremstille en bivariat frekvenstabell som gjengitt i figur 9.2.

<sup>42</sup> "Alt tatt i betraktning. Mener du at beboerne generelt blir ivarettatt på en tilfredsstillende måte ved avdelingen?"



Figur 9.2 Bivariat frekvenstabell mellom tjenestekvalitet og samarbeid med sykehus.

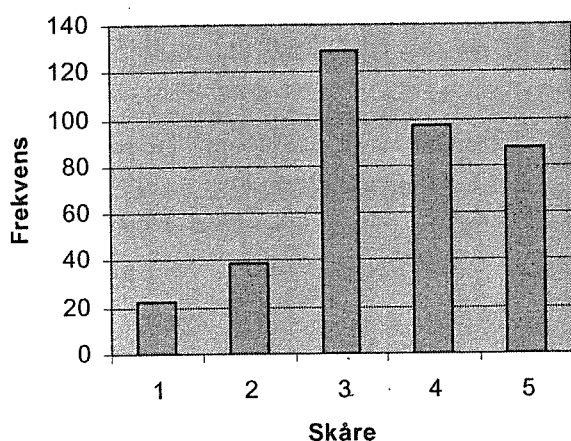
I figur 9.2 har vi delt opp frekvensfordelinga på indeksvariabelen for samarbeid med sykehus slik at frekvensen er fordelt på skåre for det globale mål på tjenestekvalitet. Av denne figuren kan man se at det er en tendens i data at høy skåre på "samarbeid" til en viss grad faller sammen med høy skåre på "tjenestekvalitet".

I de innsamlede data har vi også en variabel på samarbeidet mellom sykehjem og hjemmesykepleien. Denne variabelen er basert på informantenes respons på følgende påstand: "Samarbeidet mellom sykehjemmet og hjemmesykepleien fungerer godt." Svarene er fordelt på en skala fra 1 til 5 hvor helt uenig er kodet med "1" og helt enig er kodet med "5".

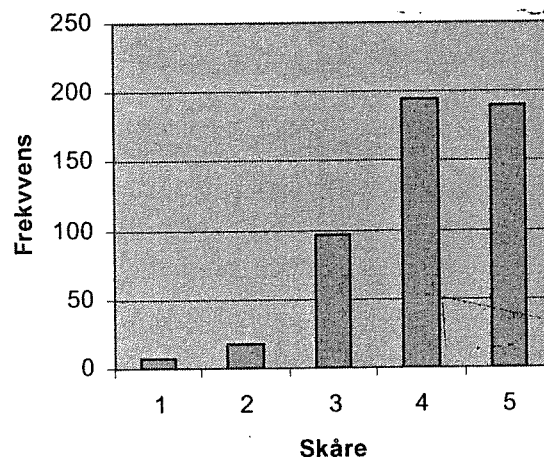
Fordelingen på denne variabelen kan sees av figur 9.3. Av denne figuren ser vi at variabelen er venstreskjev, noe som i denne sammenheng betyr at det er flere som vurderer samarbeidet mellom sykehjem og hjemmesykepleien som godt enn dårlig. En slik frekvensfordeling gir en gjennomsnittsverdi på 3,5 og det er i alt 375 informanter som har tatt stilling til denne påstanden.

Som nevnt innledningsvis i kapitlet har vi også en variabel som beskriver samarbeidsrelasjonen mellom sykehjem og de pårørende. Dette er også en variabel hvor det tildeles en skåre etter samme prinsipp som for variabelen for samarbeid med hjemmesykepleien hvor "1" er uenig og "5" er enig. Her skal respondentene ta stilling til følgende påstand: "Samarbeidet med pårørende fungerer veldig bra". Hvordan svarene på denne påstanden fordeler seg kan leses av figur 9.4.

Figur 9.3 Fordeling av skåre for samarbeid med hjemmesykepleien



Figur 9.4 Fordeling av skåre for samarbeid med pårørende



I likhet med fordelingen for samarbeid med hjemmesykepleien er fordelingen for samarbeid med pårørende skjevfordelt mot venstre. Respondentene vurderer altså samarbeidet med pårørende som overveiende bra. Denne skjevfordelinga gir en gjennomsnittsskåre på 4,1 for denne variabelen, og i alt 507 respondenter har tatt stilling til dette spørsmålet.

I dette kapitlet har vi sett nærmere på tre variabler som belyser ulike sider ved sykehjemmenes eksterne samarbeidsforhold. Vi har et sammensatt mål på sykehjemmenes samarbeid med sykehusene i form av en indeks, vi har en variabel som vurderer sykehjemmenes samarbeid med hjemmesykepleien og en variabel som vurderer sykehjemmenes samarbeid med pårørende. Av disse variablene vil indeksvariabelen stå mest sentralt i den videre analysen. Denne avveiningen er basert på at samarbeidsrelasjonen mellom sykehjem og sykehus erfaringsmessig har en potensielt stor innvirkning på sykehjemmenes tjenestekvalitet, dessuten er variabelen konstruert på en slik måte at denne fanger opp et mer nyansert bilde av denne relasjonen enn bildet som fanges opp av de to øvrige samarbeidsvariablene.

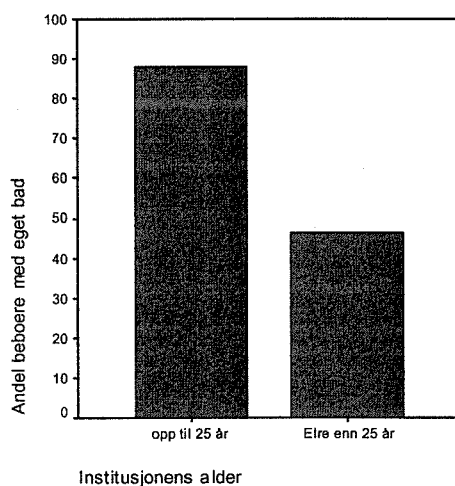


## 10 Bygningsmessige forhold

For 27 av våre 29 sykehjem har vi fått data om byggeår. Fem ble bygd før 1970, det eldste av disse i 1953. Åtte ble bygd i perioden 1970 til 1979, og elleve ble bygd i perioden 1980 til 1989. Vi har ingen fra 90-tallet, mens tre sykehjem er bygget etter årtusenskiftet. Gjennomsnittsalderen er 25 år. Det er rimelig å se "bråstoppen" i byggingen av sykehjem rundt 1990 som et resultat av at kommunene fikk overført ansvaret for denne sektoren.

Ved 16 av sykehjemmene er det foretatt viktige ombygninger. Det ser ikke ut til at det er sammenheng mellom bygningens alder og behovet for ombygninger. Blant de 16 institusjonene der ombygninger er registrert er bare halvparten over 25 år, mens resten er blant de nyere.

I "Handlingsplanen for eldreomsorgen"<sup>43</sup>, som ble vedtatt av Stortinget 1997, er enerom til alle som ønsker det gjort til et utbyggingsmål. 90 % av beboerne i "våre" sykehjem bor på enerom, mens gjennomsnittlig 71 % har eget bad. Det ser ikke ut til at andelen beboere med eget rom avhenger av bygningens alder. Derimot er det en sammenheng mellom byggeår og andel beboere med eget bad, slik det er vist i figur 10.1



Figur 10.1 Andel beboere med eget bad i sykehjemsbygg eldre og yngre enn 25 år. N=28.

<sup>43</sup> St.meld 50, (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet.

## 10.1 Bygningsmessige forhold og arbeidssituasjonen for de ansatte

Det eldste blant de 29 sykehjemmene vi har data fra er over 50 år, mens det nyeste er mindre enn ett år gammelt. Riktignok har det skjedd moderniseringer og oppgraderinger, men i de fleste tilfeller må vi anta at hovedstrukturen ligger forholdsvis uendret. Teknologisk, funksjonelt og arkitektonisk er 50 år en lang utviklingsperiode, og det er rimelig å anta at nye sykehjemsbygninger representerer både bedre tilbud til sine beboere, og et bedre arbeidsmiljø til sine ansatte, enn det de eldste institusjonene gjør. En arbeidsmiljøindikator i denne sammenheng er sykefravær. Tabell 10.1 viser sammenhenger mellom vurdering av arbeidsbetingelsene knyttet til fysiske forhold, sykefravær og bygningens alder.

Tabell 10.1 Sammenhenger mellom bygningens alder, sykefravær og i hvilken grad de fysiske forholdne ligger tilrette. Korrelasjonsanalyse. (Pearsons R) N=558.

	Stimulere beboere	Praktiske gjøremål	Sykefravær i avdelingen
Sykehjemmets alder	-213** Sig: 0,000	-0,155** Sig: 0,000	0,244** Sig: 0,000
Sykefravær i avdelingen	-0,090 Sig: 0,051	-0,142** Sig: 0,000	
Praktiske gjøremål	0,621** Sig: 0,000		

\*\* Signifikant  $P < 0,01$ . \* Signifikant  $P < 0,05$

Tabell 10.1. tyder på at det er sammenhenger mellom sykehjemsbygningens alder og sykefraværsraten. Det ser også ut til å være sammenheng mellom bygningens alder og de fysiske betingelser for gjennomføring av det daglige arbeidet, og for aktiviserende tiltak overfor beboerne.

Spørsmålene om betingelser for praktiske gjøremål, og tilretteleggelse for stimulering av beboere, er stilt slik at hver ansatt ble bedt om å markere grad av enighet med følgende utsagn:

- "De fysiske omgivelsene gjør det vanskelig å legge til rette for aktiviteter som stimulerer beboerne".
- "De fysiske omgivelsene gjør at vi bruker unødvendig mye tid på praktiske gjøremål"

Svarene ble gitt på en femdelt skala, der 1 markerer enig og 5 markerer uenig. Negative fortegn viser at når sykehjemmets alder øker, så synker andelen som er uenig i utsagnet. Jo eldre sykehjemmene er, jo flere av de ansatte mener de fysiske forholdene ligger dårlig til rette for stimulering av beboere og gjennomføring av praktiske oppgaver. Dette er forhold som ikke ubetinget har med byggets alder å gjøre, men like mye med hvilken driftsideologi som lå til grunn for den fysiske løsningen som er valgt. Sykehjem helt fram til 80-tallet er bygd som institusjoner etter forbilder fra sykehusbygging. Lange korridorer, store avdelinger og beboere som betraktes først og fremst pasienter som skal ha hjelp og pleie. Svært mange

av sykehjemsbeboerne i dag har forvirringsproblemer eller demens. Vi vet i dag at nettopp disse gamle bygningsmessige løsningene kan bidra til forverring av beboernes helsetilstand og opplevelse av mestring og trygghet.<sup>44</sup> Det som karakteriserer mye av den nyeste bygningsmassen er i tillegg til enerom og bad inndelingen i mindre og mer oversiktlige boliggrupper med 8-10 beboere. Det har også i handlingsplanen vært fokus på betydningen av å kunne komme ut for beboerne. Overnevnte rapport viser også at det er direkte sammenheng mellom hvor mye beboerne kommer ut og hvor godt fysiske forhold er lagt til rette for at beboerne skal kunne komme ut.

Det er også verd å merke seg at fraværsraten ser ut til å øke med økende alder på selve bygningen. Ut fra dette er det rimelig å anta at de eldre bygningene representerer tynge arbeidsmiljømessige utfordringer enn mer moderne bygninger. Dette er f.eks. knyttet til rent funksjonelle forhold som at det er plass til hjelpemidler og utstyr. Man skal imidlertid ikke se bort fra at psykososiale forhold ved arbeidsplassen også er påvirket av bygningsmessige løsninger. Opplevelsen av å kunne gi et bedre tilbud er en viktig del av arbeidsmiljøet, og bidrar til opplevelsen av at du mestrer arbeidsdagen.

## 10.2 Er det sammenheng mellom bygningens alder og kvaliteten på tilbudet til beboerne?

Mange av de som jobber i eldre sykehjem ser altså ut til å mene at disse bygningene gir dårligere betingelser for å stimulere beboerne, og er generelt dårlig tilrettelagt for praktiske gjøremål. Er det også sammenheng mellom bygningsmessige forhold og våre mål på kvalitet i tilbudet til beboerne?

Tabell 10.2 Sammenhenger mellom bygningens alder og kvalitetsindeks 1-5. Korrelasjonsanalyse (Pearsons R). N=558.

	Bygningens alder
Kvalitetsindeks 1: Grunnleggende pleie og medisinsk behandling	- 0,179** Sig: 0,000
Kvalitetsindeks 2: Kontroll over egen livs- og døgnrytme	- 0,162** Sig: 0,000
Kvalitetsindeks 3: Aktivt og selvstendig liv	- 0,216 ** Sig: 0,000
Kvalitetsindeks 4: Informasjon og støtte	- 0,122** Sig: 0,006
Psykkiske problemer.	- 0,154** Sig: 0,001

\*\* Signifikant P<0,01. \* Signifikant P<0,05

<sup>44</sup> Personlig meddelelse, Karin Høyland, Sintef Bygg og miljø.

Tabell 10.2 viser at det er en statistisk samvariasjon mellom bygningens alder og våre indikatorer på kvalitet i tilbudet til beboerne. Jo eldre bygningen er, jo lavere vurderes kvaliteten på ivaretagelse både av grunnleggende pleie og medisinsk behandling, og mulighetene til å gi beboerne kontroll over egen døgnrytme, og gi dem mulighet til å ha et aktivt sosialt liv.

Kvalitetsindeksene 1 til 3 dreier seg alle om forhold der vi kan anta at praktiske, bygningsmessige forhold spiller direkte inn i arbeidet. Korridorlengder, romutforming, dørbredder, plassering av tekniske rom, interne avstander osv har sannsynligvis konsekvenser både for praktisk pleie og for muligheter til å la beboere innrette seg i overensstemmelse med egne ønsker og behov. Vi ser imidlertid også at det er sammenheng mellom bygningens alder og forhold som ivaretagelse av informasjon og støtte, og behandling og pleie ved psykiske problemer. Det er rimelig å anta at en dårlig tilrettelagt bygning kan representere en generelt forhøyet arbeidsbelastning, slik at det blir mindre tid til å ivareta også de minst bygningsavhengige oppgavene på den måten man ønsker. Det er imidlertid grunnlag for å tro at måten man organiserer drift og bygning på også påvirker forhold som ikke bare er av praktisk karakter. Andre forhold, som det å se hver enkelt beboer, og muligheter til å organisere måltider og situasjoner som oppleves som positive for beboerne, kan henge sammen med hvilke bygningsmessige løsninger som er valgt.

Samlet sett tyder tabellene 10.1 og 10.2 på at bygningsmessige forhold må antas å virke inn på forholdet mellom ressursinnsats, i form av pleiepersonell og betingelsene for å gjøre en god jobb for beboere. Det er imidlertid viktig å minne om at denne drøftingen er basert på enkle analyser av samvariasjon. Det kan tenkes at andre forhold – som ikke er kontrollert for i drøftingen over – kan spille inn. I kapittel 12 vil gjøre en multivariat analyse av forholdet mellom personellinnsats, bygningsmessige forhold og tilbudets kvalitet, der vi kontrollerer for andre relevante forhold.

## 11 Legetjeneste i sykehjem

Ved innleggelse i sykehjem overføres i regelen ansvaret for legetjenester fra pasientens fastlege til sykehjemslegen. Legetjenesten må derfor være slik dimensjonert at beboerne er sikret et forsvarlig medisinsk tilbud under oppholdet. I dette kapitlet skal vi undersøke hvordan dimensjonering av legetjenesten varierer mellom sykehjemmene, og drøfte mulige konsekvenser av det.

I 1999 gjennomførte Waaler og Nilsen en undersøkelse av legetjenesten i norske sykehjem, på oppdrag fra Statens Helsetilsyn.<sup>45</sup> Undersøkelsen er basert på intervjuer med et representativt utvalg sykehjemsleger, og viser at det er stor variasjon mht dimensjonering av legetilbudet. 75 % av legene hadde ansvar for opptil 8 beboere pr legetime pr uke, mens 25 % hadde 9 eller flere. Bare få av legene vurderte legetjenesten ved sykehjemmet der de arbeidet som "svært bra" (18 %). De fleste – 62 % oppfattet det som "brukbart, mens 16 prosent oppfattet det som "svært varierende" eller "for dårlig". De intervjuede legene ble bedt om å angi det de selv anså som de viktigste tiltakene for å heve kvaliteten i tjenesten. Rundt er tredjedel mente at det viktigste var bedre romforhold og bedre teknisk utstyr, og rundt halvparten mente at økt personellinnsats var det viktigste. Interessant i denne sammenhengen er å merke seg at 26 % av legene mente at dette først og fremst knyttet seg til behov for å øke personellinnsatsen for de faggruppene legene samarbeidet med, mens 21 % mente at det viktigste var mer legetid. Legenes prioritering av økning på pleiesiden understreker legetjenestens avhengighet av et godt fungerende samspill med andre faggrupper i institusjonene.

Waaler og Nilsen fant at det var lite samsvar mellom legetimetallet ved institusjonene og omfanget av spesielle behov, f.eks. knyttet til spesialiserte senger for aldersdemente eller rehabilitering. Den Norske Lægeforening har i ulike sammenhenger drøftet legebemanning i sykehjem (<sup>46, 47</sup>). Her diskuteres hvordan behovet for legeinnsats kan variere ut fra pasientsammensetningen i sykehjemmet, og hvordan sykehjemsplassene brukes i forhold til ulike pasientgrupper:

- Faste beboere
- Pasienter på korttidsopphold
- Pasienter på akutt plasser
- Pasienter i terminal fase

Beboerne i sykehjem har ofte høy sykdomsbelastning, og krever mye legearbeid. I tillegg til alminnelige behov hos de faste beboerne kommer pasienter i korttids plasser og akuttplasser, og behov for spesiell innsats overfor pasienter i

---

<sup>45</sup> Waaler M og Nilsen J: Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1999. Statens Helsetilsyn, Utredningsserien 8-99.

<sup>46</sup> Bedre legetjeneste i sykehjem! Alment praktiserende lægers forening, Den norske lægeforening 2001

<sup>47</sup> Når du blir gammel og ingen vil ha deg..... Den norske lægeforening 2001

terminal fase. Legeforeningen er i sine anbefalinger opptatt av at legetjenesten i sykehjem dimensjoneres slik at det tas høyde for de spesielle behovene som knytter seg til disse gruppene. Konkret anbefales at det i basis beregnes 1 uketime per 4 ordinære langtidsplasser, og at det i tillegg beregnes legeressurser i henhold til innslaget av mer spesialiserte senger.

Et forsvarlig legetilbud innebærer at pasientene har tilgang til legetjenester også utenfor den legens avtalte tilstede-tid. Intervju ved de 9 utvalgte sykehjem som inngår i dette prosjektet viser at sykehjemmene hadde avtaler som ga mulighet for telefonkonsultasjoner eller tilkalling, når det oppstod behov for legehjelp utenom de tidene legen var til stede. Volumet på dette var i varierende grad regulert gjennom avtaler. Ved et av de større sykehjemmene var omfanget av legetjenesten så stort at legen hadde to tilstede-dager ved institusjonen i uka, slik at avdelingene hadde mulighet for å legge opp en mer fleksibel ordning for legetilsyn.

I tillegg til det direkte pasientarbeidet er det også viktig for å ivareta behovet for samarbeid med øvrig personale, og for informasjon til pårørende. I en av rapportene beskrives legetjenesten slik:

*"Sykehjemmet har avtale med sykehjemslege tilsvarende 4 timer pr uke<sup>48</sup>. I tillegg kan sykehjemslege kontaktes pr telefon, og ellers tilkalles ved behov (på dagtid).*

*I hovedsak vurderes volumet på legetimer som tilstrekkelig og forsvarlig. Innenfor det avtalte volumet gis det i tillegg tid til generell gjennomgang og konsultasjoner også rom for løpende tverrfaglige møter (med fysio- og ergoterapeut), i noen grad å etterkomme brukernes ønske om samtale, og ved behov å delta i nettverksmøte. Selv om legetjenesten vurderes som tilstrekkelig og forsvarlig, kunne det være ønskelig med et større volum på avtalen med sykehjemslege".*

*(Fra besøksrapport, sykehjem nr 4).*

Waalder og Nilsens studie viser at flertallet av sykehjemslegene har en allmennpraksis som hovedstilling. Bare 8 % oppgir at de er sykehjemslege i hovedstilling. I gjennomsnitt har legene 7,4 timer per uke som sykehjemslege (Waalder og Nilsen 1999, s.19). Ved enkelte av de sykehjemmene vi besøkte var man opptatt av at en sykehjemslege i bistilling i noen tilfeller kan komme "klem" mellom forpliktelsene i hovedstillingen og sykehjemsvirksomheten. I en av sykehjemsrapportene beskrives dette slik:

*"Avdelingen har sykehjemslege tilsvarende 4 timer pr uke pluss en time for telefonkonferanser<sup>49</sup>. Hovedvurderingen er at avdelingens volum og tilgang på legetjenester er fullt ut forsvarlig...*

*Det er likevel visse nyanser i vurderingen av om volumet på legetjenester er tilstrekkelig. Nyanseforskjellene ligger i følgende:*

- Problemet er ikke at volumet på legetjenester er for lite. Problemet er at aktuell lege er så presset på tid og muligheter, at det er vanskelig å fylle det avtalte volumet. Det er informanter som antyder at det ville være å foretrekke et mindre avtalt timevolum (eksempelvis tre timer pr uke), forutsatt at sykehjemslege hadde tid og muligheter til fokusert samarbeid innenfor det avtalte volumet.

---

<sup>48</sup> Den aktuelle avdelingen har 16 faste plasser, og betjenes ved 4 legetimer fast, tilsvarende 4 brukere pr legetime.

<sup>49</sup> Denne avdelingen har 35 faste plasser, og betjenes med 5 legetimer, tilsvarende 7 beboere pr. legetime pr uke.

- Mange brukere ønsker samtaler med lege. Det avtalte volumet vurderes som utilstrekkelig for at sykehjemslegen skal kunne imøtekomme de mange ønsker om samtaler med lege. Begrunnelsen for å utvide volumet på legetjenester er i så fall ikke av medisinsk karakter (i streng og snever betydning). Begrunnelsen er av psykologisk karakter som service overfor brukerne.
- Det er også informanter som anser volumet på legetjenester som noe knapp i den forstand at det kunne være ønskelig med mer tid til samarbeid og veiledning."

(Besøksrapport, sykehjem 3)

De to sitatene over viser at sykehjemslegenes arbeid er svært sammensatt, og at det i tillegg til det rene pasientarbeidet er behov for tid både for å sikre et godt samarbeid med de ansatte, tilfredsstillende brukerne behov for samtaler om medisinske problemer, og gi pårørende den informasjon de har behov for. Forventningene til legene vil sannsynligvis variere institusjonene imellom. Mange steder vil man kanskje oppleve at det innefor også et vanlig legetimetall vil være vanskelig å ivareta alle de aktuelle oppgavene. I noen tilfeller kan det også se ut til at opplevd press i legens hovedstilling kan gjøre sykehjemsarbeidet mindre fokusert enn det som oppleves ønskelig blant samarbeidspartnerne i institusjonen.

I det videre skal vi undersøke måten legetjenesten varierer på ved de sykehjemmene som inngår i vårt materiale. Diskusjonen vil ta utgangspunkt i to innfallsvinkler:

- Variasjoner i faktisk volum (legetimer pr uke)
- Variasjoner med hensyn til i hvilken grad legenes samarbeidspartnere opplever legetjenesten som tilstrekkelig for ivaretagelse av beboernes behov.

### 11.1 Bemanningsvariasjoner i legetjenesten i sykehjemmene

Avdelingslederne ble bedt om å angi det gjennomsnittlige antall timeverk legen ved sykehjemmet brukte ved den aktuelle avdelingen. Fordelingen fremgår av tabell 11.1.

Tabell 11.1 Gjennomsnittlig antall legetimeverk ved avdelingene 2002. N=29.

Antall legetimer pr uke	Antall sykehjemsavd.
1 - 2,5 timer	9
2,5 - 5 timer	13
Mer enn 5 timer	7
Sum	29

I gjennomsnitt bruker legene knapt 4 timer ved den enkelte avdeling. (Median 3,45 timer/uke). En fjerdedel av avdelingene oppgir å ha legen tilstede over 5 timer. Høyeste angitt timetall blant disse 29 avdelingene er 10 timer legetid pr uke.

Sykehjemsavdelingene varierer betydelig i størrelse. Tabell 11.2 viser hvordan legekapasiteten varierer når vi tar hensyn til antall beboere i avdelingen.

Tabell 11.2 Antall beboere pr legetime pr. uke ved avdelingene. N=29.

Beboere pr legetime/uke	Antall sykehjemsavd.
2 - 4	6
4 - 8	12
Over 8	11
Sum	29

Vel en femtedel av disse avdelingene har et disponibelt ukentlig legetimetall tilsvarende 4 eller færre beboere pr legetime. Nesten en tredjedel – 11 – har mer enn 8 beboere pr legetime. Medianverdien er 6,3. Variasjonen er stor. Den dårligst legebemannede avdelingen oppgir et legetimetall tilsvarende 26 beboere pr time, et annet 20, mens det best bemannede har en legebemanning tilsvarende 2,6 beboere pr legetime pr uke. Det gir en faktor på 1 til 10 mellom det dårligst og det beste bemannede.

Waalder og Nilsen fant i sin undersøkelse at en fjerdedel av sykehjemslegene hadde 8 eller flere beboere pr legetime, sykehjemmene sett under ett. Tabell 11.2 viser at det tilsvarende tallet i vår fordeling er vel en tredjedel. Vårt utvalg er imidlertid basert på ordinære langtidsavdelinger, mens et totalutvalg vil omfatte også mer krevende spesialiserte avdelinger.

Variasjonen i legedekning kan i noen grad henge sammen med problemer med å rekruttere lege. 6 av de 29 avdelingslederne, tilsvarende en femtedel, oppgir at sykehjemmet har hatt problemer med å rekruttere lege til stillingen.

## 11.2 Dekker legetjenesten behovet?

Legene i sykehjemmene er avhengige av et aktivt samarbeid med andre faggrupper i institusjonene: først og fremst pleiere og pleieassistenter. Gjennom spørreskjemaundersøkelsen ble samarbeidspartnerne bedt om å vurdere i hvilken grad legetjenesten ved den avdelingen de arbeidet var tilstrekkelig for å ivareta sentrale behov hos beboere og deres pårørende. Spørsmålene var stilt slik:

Er legetjenesten ved avdelingen tilstrekkelig for å ivareta:

- Akutt behov for utredning?
- Kontinuerlig oppfølging av medisinske behov?
- Informasjon fra lege til pårørende?
- Informasjon fra lege til beboere?

Svargiverne markerte grad av tilstrekkelighet på en skala fra en til fem., der 1 betyr "tilstrekkelig" og fem "utilstrekkelig". Resultatet fremgår av tabell 11.3. I tabellen er antall svarkategorier slått sammen og redusert til 3 kategorier, benevnt "tilstrekkelig", "både og" og "mindre tilstrekkelig".



Tabell 11.3 Vurderinger av legetjenesten. Pleiepersonnellets vurderinger. Prosentvis. N=568

	Tilstrekkelig (skår 1-2)	Både og (skår 3)	Mindre tilstrekkelig (skår 4-5)	Ikke besvart	Sum
Kontinuerlig oppfølging	47,2 (268)	19,9 (113)	12,7 (72)	20,2 (115)	100 (568)
Akutte behov	32,6 (185)	21,0 (119)	20,6 (117)	25,9 (147)	100 (568)
Info til beboere	37,5 (213)	21,7 (123)	14,6 (83)	26,2 (149)	100 (568)
Info. til pårørende	29,2 (166)	20,4 (116)	19,2 (109)	31,2 (177)	100 (568)

Tabell 11.3 kan tyde på at mange av sykehjemslegenes samarbeidspartnere opplever at legetjenesten ved egen avdelingen på visse områder har et betydelig forbedringspotensiale. Spesielt svakt vurderes legetjenesten når det gjelder informasjon til pårørende. Det ser også ut til at legetjenestens evne til å dekke akutte behov for medisinsk utredning ikke er så god som ønsket. En knapp tredjedel sier at dette er tilstrekkelig ivaretatt (skårer 1 eller 2 på femdelt skala). Det er rimelig å sette dette i sammenheng med legenes begrensede tilstedetid i avdelingen, slik at akutte behov må ivaretas ved tilkalling. I en travel allmennpraksis – som er hovedbeskjeftigelse for de fleste sykehjemslegene – kan det ofte være vanskelig å rykke ut på dagtid.

Er det sammenheng mellom legetjenestens rammetimetall og samarbeidspartnernes vurderinger? Tabell 11.4 gir et uttrykk for dette.

Tabell 11.4 Sammenhengen mellom antall beboere pr. legetime pr uke og pleiepersonalelets vurderinger av legetjenestens tilstrekkelighet. Korrelasjonsanalyse. (Pearsons R.) N=568.

	Ant. beboere pr legetime/uke
Kontinuerlig oppfølging av medisinske behov?	0,219** Sig: 0,000
Akutt behov for medisinsk utredning?	0,111* Sig: 0.023
Informasjon fra lege til beboere?	0,292** Sig: 0,000
Informasjon fra lege til pårørende?	0,261** Sig: 0,000

\*\* Signifikant  $P < 0,01$ . \* Signifikant  $P < 0,05$

Tabell 11.4 viser at det er klar sammenheng mellom det ukentlige antall legetimer pr beboer og måten legetjenesten vurderes på av pleiepersonalet på avdelingen. (Tabellen er basert på variable der 1 = tilstrekkelig, 5 = utilstrekkelig). Jo flere beboere pr legetimer, jo mindre kontinuerlig oppfølging av medisinske behov hos

pasienter, og jo dårligere informasjon både til beboerne selv og deres pårørende. Sammenhengen er mindre tydelig når det gjelder håndtering av akutte medisinske behov. Som vi har antydnet er det rimelig å sette dette i sammenheng med at den faktiske tilstede-tiden uansett er begrenset, slik at medisinsk hjelp i slike situasjoner er avhengig av tilkalling av lege. Legens mulighet til å "rykke ut" i slike situasjoner er sannsynligvis i sterkere grad avhengig av forhold i legens hovedstilling, enn av hvor mye man er til stede i avdelingen.

### 11.3 Variasjoner i kvaliteten i det medisinske tilbudet ved institusjonene

Blant våre indikatorer på kvalitet inngår en rekke spørsmål som dreier seg kvaliteten i det medisinske tilbudet til beboerne. (1= Utilfredsstillende, 5=Tilfredsstillende). Tabell 11.5 viser sammenhengen mellom antall legetimer pr beboer pr uke, og gjennomsnittlig skåre for ulike indikatorer.

Tabell 11.5 Forholdet mellom antall beboere pr legetime og gjennomsnittlig skåre på indikatorer på ivaretagelse av medisinske oppgaver i avdelingen. Korrelasjonsanalyse. (Pearsons R.) N=568.

	Ant. Beboere pr legetime/uke
Tilbud om opptrening slik at optimalt funksjonsnivå oppleves	- 0,117** Sig: 0,007
Nødvendig oppfølging av tannhelse	0,013 Sig: 0,761
Smertebehandling	- 0,122** Sig: 0,000
Medisinsk undersøkelse og behandling	- 0,175** Sig: 0,000

\*\* Signifikant  $P < 0,01$ . \* Signifikant  $P < 0,05$

Tabell 11.5 tyder på at det er klare (bivariate) sammenhenger mellom legeinnsatsen, målt i antall timer pr beboer, og nivået på medisinsk undersøkelse og behandling, tilbud om opptrening og ivaretagelse av smertebehandling i sykehjemmene. Jo flere pasienter legen har ansvaret for pr legetime, jo dårligere ivaretas medisinske behov.

### 11.4 Oppsummering, legebemannning

Vi har sett at legebemanningen i de 29 sykehjemmene som inngår i vår undersøkelse varierer mye – fra 2,6 til 26 beboere pr legetime pr uke. Tabellene 11.4 og 11.5 viser at pleierne opplever at det er sammenhenger mellom timeverkinnsatsen i legetjenesten ved avdelingene og kvaliteten i det medisinske tilbudet. Variasjonen er stor. Bare rundt halvparten vurderer legetjenesten som tilstrekkelig til å ivareta behovet for kontinuerlig oppfølging av medisinske behov. Når vi ser på ivaretagelsen av akutte behov for medisinsk utredning, faller andelen til en tredjedel. Det ser ut til at jo flere legetimer pr beboer, jo bedre kvalitet i tilbudet til beboerne, målt på mest leger relevante aspektene ved våre kvalitetsmål.

## 12 Sammenfattende analyse og drøfting: forholdet mellom bemanning og kvaliteten på tilbudet til beboerne

Formålet med dette arbeidet er å undersøke forholdet mellom pleiebemanning og kvalitet i tilbudet til beboerne i norske sykehjem. Utgangshypotesen er: jo bedre bemanning, jo bedre kvalitet i det samlede tilbudet. Forholdet ressursinnsats i form av pleieårsverk, og det tilbudet man klarer å realisere vis a vis beboerne, er imidlertid komplisert. Viktige problemstillinger i denne sammenheng er f. eks:

- Hva betyr erfaring og kompetansesammensetning?
- Hvilken rolle spiller generelle interkollegiale forhold og andre sider ved arbeidsmiljøet i institusjonen?
- Hva betyr variasjoner i vektlegging av kompetanseutvikling og faglig veiledning?
- I hvilken grad virker pasientsammensetning og pleietyngde inn på dette forholdet?
- Spiller bygningenes alder noen rolle?
- I hvilken grad spiller omfanget på sykehjemslegenes arbeid inn?
- Hvor godt er det enkelte sykehjemmet organisert og ledet?
- Hva betyr samarbeidet med sykehus, hjemmesykepleie og pårørende?

Så langt har vi drøftet ulike sider ved disse problemstillingene uavhengig av hverandre, gjennom en serie bivariate analyser. I dette kapitlet skal gjennomføre en multivariat analyse, for å undersøke hvordan slike forhold samlet innvirker på forholdet mellom bemanning og kvalitet i sykehjem.

Vi har utviklet 4 indekser for kvalitet, som relaterer seg til ulike kriterier ved tilbudet til beboerne:

Indeks 1: Grunnleggende pleie og medisinsk behandling

Indeks 2: Kontroll over egen livs- og døgnrytme

Indeks 3: Aktivitet og selvstendig liv.

Indeks 4: Informasjon og støtte til beboerne.

Hver av indeksene er bygd på bakgrunn av grupper av spørsmål der pleiepersonellet gir en selvrapportert skår for ulike dimensjoner i tilbudskvalitet i et omfattende spørreskjema. Kapittel 4. viser hvordan hver enkelt av indeksene er konstruert.

I tillegg til indeksene 1 til 4 vil kvalitet bli målt ved de ansattes svargiving på et enkeltstående spørsmål: "Hvor godt ivaretas medisinsk behandling og pleie ved psykiske problemer?"

Det vil bli foretatt separate analyser for hver av disse indikatorene på kvalitet. Analysen er basert på stegvis regresjonsanalyse, der ulike variabel-grupper introduseres etter tur. For hver variabel er referanse til aktuelt kapittel gitt i parentes i oppstillingen under.

Sekvensene i analysen er:

**Steg 1: Basistall for institusjonen:**

- Årsverkinnsats per beboer (Kap 4)
- Bemanningsvariasjoner døgn/uke (Kap 4)
- Pleietyngde i institusjonen (Kap 6)
- Andel korttidsplasser (Kap 6)
- Institusjonens størrelse (Antall beboere – kap 4)
- Bygningens alder (Kap 10)
- Beboere pr legetime per uke (Kap 11)
- Gjennomsnittlig sykefravær i institusjonen (Kap 4)

**Steg 2: Kompetanse og arbeidsmiljø i organisasjonen:**

- Arbeidsmiljøindeks 1: "Fornøyd med kolleger" (Kap 9)
- Arbeidsmiljøindeks 2: "Trivsel og samarbeid" (Kap 9)
- Arbeidsmiljøindeks 3: "Opplevd arbeidsbelastning" (Kap 9)
- Kompetansesammensetning: %-andel syke- og hjelpepleiere (Kap 5)
- Kompetanseutviklende kultur (Kap 5)
- Arbeidserfaring (Kap 5)

**Steg 3: Samarbeid med andre:**

- Samarbeid med sykehus (Kap 9)
- Samarbeid med åpen omsorg (Kap 9)
- Samarbeid med pårørende (Kap 9)

Samtlige indekser vil i utgangspunktet bli testet mot samtlige variable. Variable som ikke bidrar til å forklare variasjon i noen ledd i analysen vil som hovedregel bli utelatt i tabellene under.

## 12.1 Hva forklarer variasjoner i kvalitetsindeks 1: Grunnleggende medisinsk pleie og behandling?

Kvalitetsindeks nr 1 er kalt "Grunnleggende medisinsk pleie og behandling". Den bygger på i alt 12 spørsmål, og omfatter:

- Tilbud om opptrening slik at optimalt funksjonsnivå oppleves
- Nødvendig oppfølging av tannhelse
- Klinisk observasjon og vurdering av beboerne
- Smertebehandling
- Dokumentasjon (eks. pleieplan/skriftlig rapport)
- Medisinsk undersøkelse og behandling
- Medisinsk behandling og pleie ved problemer med:
  - respirasjon
  - sirkulasjon
  - hud
  - infeksjoner
  - motoriske funksjoner (eks. ustøhet/falltendens/nedsatt mobilitet)

Disse forholdene er alle knyttet til det vi vil karakterisere som nødvendig pleie og medisinsk behandling. Tabell 13.1 viser hvilke forhold som bidrar til variasjonen i denne indeksen, når ulike forhold kontrolleres mot hverandre.

Tabell 12.1 Faktorer som påvirker kvalitetsindeks 1: Grunnleggende medisinsk pleie og behandling. Stegvis regresjon.

Kvalitet 1	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Ant. årsverk pr. 100 beboere	-0.23	-0.30*	-.20
Ant. heldøgns plasser i avdeling	0.14	0.27	0.27
Legetimer pr. uke i avd.	-0.18	-0.61	-0.16
Sykehjemmets alder	-0.27**	-0.07	0.09
Sykefravær avdeling i prosent	-0.45*	-0.56*	-0.84**
Arbeidsmiljø - kolleger	.	0.99**	0.71*
Arbeidsmiljø - samarbeid internt	.	1.4**	1.59**
Kompetansekultur	.	2.86**	2.96**
Samarbeid med sykehus	.	.	1.26**
Konstantledd	99.15**	58.99**	32.29
Forklart varians ( $R^2$ )	0.04	0.21	0.28
N	454	348	207

\*\* Signifikant  $P < 0,01$ . \* Signifikant  $P < 0,05$

Tabell 12.1 tyder ikke på at en økning i årsverkinnsatsen pr beboer bidrar til bedre kvalitet i tilbudet, når det gjelder kvalitetsindeks 1. Derimot ser det ut til at sykefravær, målt i prosent av totalt antall potensielle arbeidsdager, ser ut til å slå sterkt negativt ut. Jo mer sykefravær, jo dårligere kvalitet på tilbudet. Den selvstendige effekten av dette slår inn i alle tre modellene.

Tabellen tyder heller ikke på at variasjoner i sykehjemslegenes timeverk pr uke slår ut. Det er rimelig å anta at dette kan skyldes at indeksen er "pleietung" i sin oppbygning, og derfor ikke fanger opp spesielle legerelaterte forhold. (jfr kap 11).

Det er verd å merke seg at i oppbygging av modellen ga vår indikator på pleietyngde ingen effekt. Det ser altså ikke ut til at variasjonen i pleietyngde blant de sykehjemmene som inngår i analysen er stor nok til å innvirke på forholdet mellom årsverkinnsats og tilbudskvalitet.

I første sekvens, modell 1, ser det ut til at bygningens alder bidrar til å forklare variasjoner i kvalitet. Jo eldre bygninger, jo dårligere tilbud til beboerne. Vi ser imidlertid at effekten av denne variabelen blir borte når vi introduserer arbeidsmiljøvariablene. Det er rimelig å tolke dette som et uttrykk for at effekten av dårlige bygninger bidrar så sterkt negativt til arbeidsmiljøet at effektene fanges opp av arbeidsmiljøvariablene.

I modell 2 introduseres arbeidsmiljø og kompetanseutviklende kultur i avdelingen. Begge gir positive bidrag. Jo mer fornøyd de ansatte er med sine kolleger, jo mer man trives og jo bedre man samarbeider, jo bedre kvalitet klarer man i fellesskap å produsere for beboerne. Og tilsvarende: jo mer det i avdelingen vektlegges at kollegene veileder hverandre, og jo mer det satses på kompetanseutvikling, jo bedre tilbud til beboerne.

I modell 3 introduseres indikatorer på samarbeid. Det ser ut til at godt samarbeid med sykehuset har klar betydning for kvaliteten i tilbudet. Indikatoren samarbeid med sykehuset er basert på flere spørsmål, der særlig rutiner for informasjon og meldingshåndtering fra sykehusets side er vektlagt. Det dreier seg både om hvor lang tid i forveien man får melding om utskrivning, hvor god informasjon man får ved utskrivning, og hvor lenge man må vente på epikrisen. Rask og god informasjon fra sykehuset ser altså ut til å være viktig for å kunne gi et godt sykehjemstilbud. Det er lite som tydet på at samarbeid med hjemmesykepleie har samme vekt for de sidene ved kvalitet denne indeksen fanger opp. Heller ikke variabelen "samarbeid med pårørende" ga noe selvstendig bidrag.

## 12.2 Kvalitetsindeks 2: Kontroll over egen livs- og døgnrytme

Kvalitetsindeks 2 er kalt kontroll over egen livs- og døgnrytme. Den er bygd opp på grunnlag av en lang rekke spørsmål som angår beboernes mulighet til selv å bestemme over ulike forhold i hverdagen:

- Beboerne får spise når de vil
- Tilpasset hjelp ved måltidene
- God hjelp til personlig hygiene
- Beboerne får bade og dusje så ofte den enkelte vil
- Beboerne får komme på do når de kjenner behov for det
- Beboerne får selv velge de klær de ønsker å ha på seg
- Beboerne får bruke egne ferdigheter ved av- og påklledning

- Beboerne får stå opp når de selv ønsker det
- Beboerne får legge seg når de selv ønsker det

Tabell 12.2 viser sammenhengen mellom årsverkinnsats og pleiepersonalets vurderinger av hvor godt dette er ivare tatt ved institusjonene, når vi kontrollerer for aktuelle mellomliggende variable.

Tabell 12.2 Faktorer som påvirker kvalitetsindeks 2: Kontroll over egen livs- og døgn rytme. Stegvis regresjon.

Kvalitet 2	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Ant. årsverk pr. 100 beboere	-0.53*	-0.54*	-0.33
Sykehjemmets alder	-0.33**	-0.13	-0.04
Kompetansekultur	.	2.87	2.94**
Arbeidsmiljø - kolleger	.	0.83*	0.71
Arbeidsmiljø - samarbeid internt	.	2.05**	1.93**
Samarbeid med pårørende	.	.	5.47**
Samarbeid med sykehus	.	.	0.79*
Konstantledd	116.08**	62.48**	15.32
Forklart varians	0.05	0.21	0.30
N	528	406	237

\*\* Signifikant  $P < 0,01$ . \* Signifikant  $P < 0,05$

Tabell 12.2. viser at heller ikke når det gjelder denne indeksen ser det ut til at økning i bemanning gir økt kvalitet for de sykehjemmene som inngår i denne analysen. Det ser tvert i mot ut til at bemanningsøkning gir en svak negativ effekt, i alle fall i analysens to første trinn. Det er neppe rimelig å tolke dette som en indikator på at kvaliteten faktisk synker når bemanningen øker. Vi vil senere i kapitlet gjøre en mer omfattende drøfting av dette.

Som for indeks 1 ser det ut til at gamle bygninger også her reduserer vilkårene for å realisere et godt tilbud. Effektene av dette tas imidlertid opp i arbeidsmiljøfaktorene. Dårlige bygninger gir et vesentlig negativt bidrag til dårlig arbeidsmiljø. Arbeidsmiljøfaktoren "interne samarbeidsforhold" ser ut til å gi et sterkt bidrag til realisering av kvaliteten selvstendighet. Likeledes ser det ut til at avdelinger som vektlegger kompetanse utvikling og kollegial veiledning har bedre betingelser for å tilby sine beboere økt kontroll over egen livs- og døgnrytme enn andre.

Et interessant trekk ved tabell 12.2 er den markerte effekten av samarbeidet med pårørende. Det ser ut til at sykehjemsavdelinger som klarer å utvikle et godt samarbeid med beboernes familie også har de beste betingelsene for å tilrettelegge for et selvstendig liv i det daglige. Dette kan tolkes på flere måter. Det kan tenkes at dette henger sammen med pårørende kan gi et praktisk bidrag ved å være til stede, og hjelpe og støtte sine gamle. En annen mulig tolkning er at de ansatte ved slike sykehjem bruker de pårørende aktivt som en kilde for informasjon og kunn-

skap om beboernes behov og ønsker, og på det grunnlaget utvikler et omsorgstilbud som er godt tilpasset den enkeltes vaner og andre spesielle forutsetninger.

Også samarbeidet med sykehuset ser ut til å bidra i positiv retning. Dette samarbeidet har i hovedsak et informasjonsaspekt. God informasjon om den enkeltes medisinske situasjon og behov ser altså ut til å bidra positivt til tilrettelegging av betingelsene for beboernes kontroll over sin egen døgnrytme, ut fra den enkeltes behov.

### 12.3 Kvalitetsindeks 3: Muligheter for aktivitet og et selvstendig liv

Kvalitetsindeks 3 er innrettet mot beboernes mulighet til et mest mulig aktivt liv, ha samvær med andre, og få brukt egne ressurser. Dette er forhold som strekker seg utover de mer grunnleggende rutiner som er inkludert i indeks 2. Det omfatter:

- Beboernes innflytelse i egen hverdag
- Individuell tilrettelegging av daglige gjøremål ut fra den enkeltes ressurser/behov
- Beboernes mulighet til å ha et aktivt sosialt liv på institusjonen

Tabell 12.3 Faktorer som påvirker kvalitetsindeks 3: Muligheter for aktivitet og et selvstendig liv. Stegvis regresjon.

Kvalitet 3	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Ant. årsverk pr. 100 beboere	-0.45	-0.53*	-0.48*
Sykehjemmets alder	-0.44**	-0.19	-0.21*
%-andel sykepleiere og hjelpepleiere	.	0,21	0,19*
Kompetansekultur	.	2.44**	1.68
Arbeidsmiljø - kolleger	.	1.17**	0.95*
Arbeidsmiljø - samarbeid internt	.	1.28**	0.97*
Samarbeid med pårørende	.	.	5.11**
Konstantledd	103.00*	45.82	32.20
	*		
Forklart varians	0.06	0.15	0.22
N	509	396	377

\*\* Signifikant  $P < 0,01$ . \* Signifikant  $P < 0,05$

Også tabell 12.3 tyder på at økt personellinnsats i og for seg ikke er tilstrekkelig til å sikre en økning i kvaliteten i tilbudet til beboerne. Tabellen demonstrerer derimot betydningen av at arbeidsmiljø, interne samarbeidsforhold og samarbeid med pårørende er viktige for å gi beboerne et aktivt og selvstendig liv - på samme måte som vi fant i forhold til kvalitetsindeks 2: kontroll over egen livs- og døgnrytme. Det er imidlertid et par interessante forskjeller mellom betingelsen for realisering av disse to verdiene. Tabell 12.3 tyder på at bygningens alder har en selvstendig betydning for muligheten til å gi beboerne et sosialt aktivt og samtidig selvstendig liv. Kanskje er det noe med romorganisering, mulighet for gruppetilhørighet, og kvali-



teten på fellesarealer som er bedre i nye bygninger enn i den gamle bygningsmassen.

Samtidig ser det ut til at kompetansesammensetning får økt betydning. Det ser ut til at det er bedre vilkår for å realisere denne verdien der innslaget av faglært personale er høyest. Det ser ut til at effekten av dette øker fra modell 2 til modell 3, der vi introduserer samarbeidsforhold med pårørende. Kanskje er det slik at det å tilrettelegge for et aktivt liv for skrøpelige eller forvirrede mennesker stiller ekstra krav til sykepleiefaglig planlegging, for å tilrettelegge en situasjon mest mulig i tråd med den enkelte beboers individuelle forutsetninger.

#### 12.4 Kvalitetsindeks 4: Informasjon og støtte

Den fjerde indeksen viser til forhold som berører andre sider ved tjenestetilbudet enn det som er berørt foran. De tema som inngår her sier noe om i hvilken grad de ansatte i avdelingen ivaretar behovet for informasjon til beboere og pårørende, og klarer å dekke behovet for individuell støtte til beboerne og pårørende ved sorg og krise.

Tabel 12.4 Faktorer som påvirker kvalitetsindeks 4: Informasjon og støtte. Stegvis regresjon.

Kvalitet 4	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Ant. årsverk pr. 100 beboere	-0.48**	-0.64**	-0.78**
Sykehjemmets alder	-0.25**	-0.05	-0.03
% andel sykepleiere og hjelpepleiere	.	0,18**	0,09
Kompetansekultur	.	2.46**	1.58*
Arbeidsmiljø - samarbeid internt	.	2.12**	1.96**
Samarbeid med pårørende	.	.	5.38**
Samarbeid med hjemmesykepleien	.	.	2.07**
Konstantledd	120.55**	71.51**	66.10**
Forklart varians	0.04	0.19	0.30
N	508	416	298

\*\* Signifikant  $P < 0,01$ . \* Signifikant  $P < 0,05$

Realisering av verdien informasjon og støtte ser ut til å hvile særlig tungt på kvaliteten i arbeidsmiljøet, og vektlegging av kompetanseutvikling og kollegial veiledning.

Samtidig er det ut til at forhold til samarbeidspartnere er særlig viktig. Samarbeid med pårørende gir et klart selvstendig bidrag. Det ser også ut til at godt samarbeid med hjemmesykepleien har betydning for realisering av denne verdien. Det kan tenkes at dette avspeiler at denne siden ved vårt kvalitetsbegrep har en særlig betydning i viktige overgangsfaser. For mange eldre vil det å bli innlagt i et sykehjem oppleves som en krise i og for seg. Det representerer både et skritt nærmere avslutningen på livet, og et farvel til det som var ens eget: huset, leiligheten, det

uavhengige livet. Mange har klart seg lenge på egen hånd med hjelp fra hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Det kan altså tenkes at det bildet vi får i tabell 12.4 reflekterer betydningen av samarbeid med hjemmesykepleien i vanskelige overgangsfaser.

## 12.5 Ivaretagelse av problemer vedrørende psykisk helse

Behandling og pleie knyttet til psykiske problemer er skilt ut som en egen indikator, og bygger på svarene på ett enkelt spørsmål:

Hvor godt ivaretas medisinsk behandling og pleie i forbindelse med psykiske problemer?

Svargivningen er basert på en skala fra 1 til 5. Analysen er av tekniske grunner basert på logistisk regresjon. Verdiene 1-3 i den opprinnelige skalaen er gitt verdien 0 for "dårlig oppfølging av psykiske problem", verdiene 4-5 er gitt verdien 1 for "god oppfølging av psykiske problem".

Koeffisientene er oppgitt i odds ratio. Verdier under null betyr at oddsen for god oppfølging av psykiske problemer synker. Verdier over null betyr at oddsen for god oppfølging av psykiske problemer stiger.

Tabell 12.5 Faktorer som påvirker kvaliteten på medisinsk behandling og pleie ved psykiske problemer. Stegvis logistisk regresjon.

Kvalitet 5 – Oppfølging av psykiske problemer	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Årsverk pr. beboer	0.13	0.09	0.02
Sykehjemmets alder	0.98**	0.99	1.01
Kompetansekultur		1.27**	1.35**
Arbeidsmiljø – samarbeid internt		1.17**	1.34**
Samarbeid med sykehus			1.18**
Forklart varians (pseudo R <sup>2</sup> )	0.01	0.06	0.15
N	558	445	255

Tabell 12.5 tyder på at kompetanseutviklende kultur og et godt internt samarbeid. I tillegg ser det ut til at samarbeidet med sykehuset har betydning. I utgangspunktet er det vanskelig å tolke betydningen av dette. Kanskje er det slik at disse pasientene stiller særlige krav til oppfølging fra personalets side ved innleggelser i og utskrivninger fra sykehus, slik at betydningen av god og rask informasjon mellom sykehus og sykehjem øker. Det kan f.eks. dreie seg om medikasjon og andre medisinske forhold som er av betydning for å kunne gi beboeren en så god situasjon som forholdene tillater.

## 12.6 Drøfting

Utgangspunktet for denne undersøkelsen er antakelse om at det er sammenheng mellom bemanningsnivået i sykehjem og kvaliteten på det tilbudet man yter be-

boerne. Utgangshypotesen er: Jo flere årsverk som settes inn, jo bedre kvalitet. Analysen er basert på et sett sammensatte indekser for kvalitet, med utgangspunkt i generelle kvalitetsmål for omsorgstjenesten. Det er viktig å presisere at denne undersøkelsen ikke har som mål å gi en vurdering av kvaliteten norske sykehjem i og for seg. Vår undersøkelse har et annet og mer begrenset perspektiv. Den dreier seg om i hvilken grad en økning i bemanningen kan antas å føre til økt kvalitet.

I kapittel 4 undersøkte vi sammenhengen mellom kvalitetsindeksene og de ansattes subjektive vurdering av å ha tilstrekkelig bemanning. Vi finner at den subjektivt opplevde bemanningen korrelerer med samtlige kvalitetsmål. Det betyr at pleiere som opplever at bemanningen er god nok, i større grad enn andre opplever at også kvaliteten på tjenestetilbudet til beboerne er godt. Vi har også analysert sammenhenger mellom variasjoner i de ansattes opplevelse av å ha god nok bemanning, og den faktiske bemanningen i avdelingen. Det ser ut til at det er en sammenheng mellom nivået på faktisk og opplevd bemanning for helgene, men sammenhengen er svak og lite robust. For ukedagene ellers finner vi ingen signifikante sammenhenger. Med unntak av helgevaktene er altså hovedmønsteret at det ikke er (statistisk) sammenheng mellom variasjoner i faktisk bemanning (årsverk per beboer), og i hvilken grad ansatte opplever at bemanningen er tilstrekkelig.

Vår analyse gir lite støtte til utgangshypotesen om at økt bemanning gir økt kvalitet, heller ikke når vi korrigerer for andre forhold som kan antas å spille inn. Tabellene 12.3 og 12.4 tyder tvert i mot på at det for visse sider ved beboerkvalitet (målt med våre mål), ser ut til å være en negativ sammenheng. Andre undersøkelser har også vist at det ikke nødvendigvis er en lineær positiv sammenheng mellom ressursinnsats og mål på kvalitet (Mukamel og Spektor 2000, Harrington et al. 2000).

Betyr det at kvaliteten synker når pleiebemanningen økes? Kan det f. eks tenkes at mange norske sykehjem er så overbemannet at det fører til ineffektivitet? Det er neppe en rimelig tolkning. Kan det tenkes at sammenhengen går motsatt vei? I vår diskusjon har vi tatt utgangspunkt i at sammenhengen mellom bemanning og kvalitet har en bestemt retning: At variasjoner i bemanning fører til variasjoner i kvalitet. Kan det tvert i mot tenkes at variasjoner i kvaliteten fører til variasjoner i bemanning? Mer presist: Kan det tenkes at et dårlig tilbud til beboerne ved et sykehjem fører til at bemanningen øker?

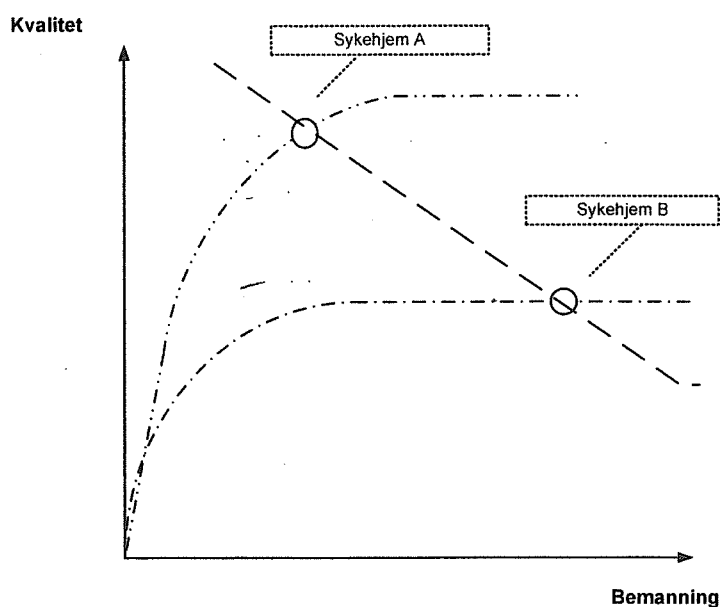
Det er kommunene som er ansvarlige for sykehjemmene. Situasjonen ved sykehjemmene har høy offentlig og politisk interesse. Dersom ansatte, pårørende eller andre opplever at tilbudet ved et bestemt sykehjem ikke holder mål, kan det bli et betydelig trykk på den kommunale politiske og administrative ledelse. Det kan utløse et sterkt behov for handling, som viser at man tar problemet alvorlig.

Vanligvis har kommunene et begrenset sett av virkemidler. Det viktigste og vanligste er å sette inn ekstra personellressurser. Vår undersøkelse tyder imidlertid ikke på at "mer folk" uten videre kan forventes å løse problemet. Analysen tyder på at potensialet for å øke kvaliteten mange steder primært henger sammen med forhold som ledelse og arbeidsmiljø, vektlegging av kollegial veiledning, kompetanseutvikling i avdelingen, håndtering av sykefravær, gode og hensiktsmessige bygninger, samt samarbeid med sykehus, pårørende og andre.

I denne diskusjonen kan det være naturlig å skille mellom nødvendige og tilstrekkelige betingelser for å sikre god kvalitet. Nok bemanning er en nødvendig, men ikke uten videre tilstrekkelig, betingelse for å yte et godt tilbud. Vår analyse tyder på at en rekke organisatoriske forhold må være ivarettatt for at en skal klare å realisere det potensialet de ansatte ved sykehjemmet representerer. Dersom disse

forutsetningene ikke er til stede, vil tilførsel av flere årsverk ikke automatisk medføre økt kvalitet i tilbudet.

Dersom nye personalressurser systematisk styres til sykehjem med dårlig kvalitet i større grad enn til andre – uten at kvaliteten dermed bedres – vil vi få en økning i antall sykehjem med god bemanning og dårlig kvalitet. Det gir en statistisk negativ sammenheng mellom bemanning og kvalitet. Mekanismen ligner det som i økonomisk teori omtales som fallende grenseproduktivitet. Tankegangen er forsøkt illustrert med figur 12.1 under.



Figur 12.1 Fallende tendens for effekten av variabel "årsverk pr beboer" på kvalitet i tilbudet.

## 12.7 Er denne undersøkelsen representativ?

Er våre resultater representative for sykehjemsvirkeligheten i Norge?

Metodisk sett rommer vårt prosjekt to viktige problemstillinger:

- Et forholdsvis lite antall sykehjem som datagrunnlag.
- Kvalitetsmål basert på de ansattes egne registreringer.

Undersøkelsen bygger på data fra bare 29 sykehjem. Det er et lite antall. Til gjengjeld er de svært grundig undersøkt. I hvilken grad avspeiler det vi har funnet ved disse 29 hovedtrekk ved norske sykehjem?

Våre 29 sykehjem har en årsverksinnsats som varierer mellom 0,62 og 0,90 årsverk pr beboer. Avstanden mellom det laveste og det best bemannede er stor – rundt 50 %. Omregner vi en bemanningsvariasjon på 50 % til kommunale kroner og trange kommunebudsjetter er dette en betydelig variasjon. Vi har imidlertid ikke

hatt mulighet til å sammenlikne våre bemanningstall med representativ eller fullstendig statistikk for denne typen sykehjemsavdelinger. Vi fant i utgangspunktet at de tall fra offentlig statistikk måtte oppgis som grunnlagstall. Vi måtte derfor gjøre en ny innsamling av bemanningstall for å få en rimelig trygghet for kvaliteten på data. De innsamlede tallene ble kontrollert ved at vi ringte tilbake til avdelings- eller sykehjemsleder, og gjennomgikk tallgrunnlaget muntlig for hver avdeling. Vi har derfor ingen tilsvarende data for sykehjem på nasjonalt nivå, og må basere våre vurderinger av representativitet på mer indirekte betraktninger. Men stor spredning mht den sentrale variabel – årsverk pr beboer – er i seg selv en indikator på at materialet forteller en viktig historie.

I kapittel 6 drøftet vi beboersammensetningen ved våre sykehjem i lys av data fra andre undersøkelser. Vi fant at samsvaret var godt. Det tyder på at vårt institusjonsutvalg, når det gjelder beboersammensetning, er rimelig dekkende for norsk sykehjemsvirkelighet. Det gir en indirekte indikator på at disse 29 sykehjemmene har egenskaper som vi vil finne igjen i et større utvalg.

Et annet metodisk problem er knyttet til det som er grunnlaget for våre kvalitetsmål. De bygger på en vurdering av i hvilken grad ulike sider ved pasientenes behov er ivarettatt, gjennomført av pleiepersonalet ved avdelingen. I en stort anlagt undersøkelse av kvalitet i sykehjem brukte f. eks Sletvold og medarbeidere både pleiepersonell, beboerne selv, og beboernes pårørende som informanter. (Sletvold og medarbeidere 1999). Og det er klart at data om beboernes og de pårørendes vurderinger og erfaringer utgjør et viktig grunnlag for et fullstendig begrep om kvalitet i sykehjem. Innenfor de tidsmessige og økonomiske rammene av dette prosjektet var det ikke mulig å gjennomføre en så omfattende kartlegging ved så mange sykehjem, og vi valgte derfor å basere oss på registreringer gjort av pleiepersonalet. De faglige vurderinger som gjøres av pleiepersonalet vil uansett være en sentral del av grunnlaget for en slik kartlegging. Men det er klart at subjektive vurderinger av i hvilken grad faglige standarder er oppfylt i det enkelte tilfelle kan bli "smittet" av generelle vurderinger av standarden på det aktuelle sykehjemmet. Personellbaserte registreringer er brukt i andre undersøkelser, og i sin drøfting av dette problemet i en kartlegging av sykehjemsbeboere i Nord-Trøndelag kommenterer Romøren dette slik:

*"Noen vil hevde at resultatene knyttet til vurderinger av tilstrekkelig faglig tilsyn ville vært andre dersom andre faggrupper enn pleiepersonalet hadde blitt spurt om det samme. For eksempel er det mulig at en lege ville ha vurdert den enkeltes behov for legetilsyn på en annen måte enn en sykepleier. På den andre siden kan det sies at den metoden vi har benyttet, er en praksisnær måte å kartlegge på. I de aller fleste situasjoner i det daglige er det pleiepersonalet som fanger opp og formidler behov for legetilsyn og behov for innsats fra andre faggrupper." (Statens Helsetilsyn 2003, s 15)*

## 12.8 Sykehjemmet – et velferdsstatlig dilemma?

Mange vil oppleve av våre funn strider mot egne erfaringer og opplevelser. Vi har sett at det er sterk sammenheng mellom de ansattes opplevelse av utilstrekkelig bemanning og kvaliteten i tilbudet til beboerne. Blant de sykehjemsansatte er det mange – i vår undersøkelse nesten 30 % – som sier at de ofte går hjem med dårlig samvittighet, fordi de ikke rakk å gjøre det de hadde planlagt å gjøre i avdelingen. Vår analyse tyder altså på at opplevelsen av ikke å få realisert den kvaliteten i tilbudet man ønsker ikke først og fremst skyldes for lite personell, men først og fremst de betingelsene personellet arbeider under: dårlig tilpassede bygninger, problematiske arbeidsmiljø, manglende vektlegging av kompetanseutvikling og

kollegial veiledning, og for dårlig utviklet samarbeid med pårørende, sykehus og andre. I tillegg kommer ledelsesmessige problemer, uten at vi har klart å gi noen fullstendig analyse av dette i denne undersøkelsen.

Kanskje representerer denne tilsynelatende motsetningen et av de dilemma pleiepersonalet i sykehjemmene møter hver dag. I sykehjem har pleierne ansvaret for beboernes totale livssituasjon. Også hos pleierne er utdanningen rettet inn mot at pleierne har et helhetlig ansvar for beboerne. Dersom vi for eksempel ser på rammeplanen for sykepleierutdanningen, ser vi at sykepleier skal dekke et vidt spekter av funksjoner og arbeidsoppgaver. I følge Rammeplan og forskrift av 2000 består sykepleiernes oppgaver og ansvar av følgende områder (KUF 2000):

- Helsefremmende og forebyggende oppgaver
- Behandling
- Lindrende oppgaver ved smerte, resignasjon og sorg ved sykdom, lidelse og død. Dette omfatter også psykososiale tiltak som kan bidra til å bedre pasientens og pårørende opplevelse av situasjonen.
- Rehabiliterende og habiliterende oppgaver
- Undervisning og veiledning til pasienter og pårørende
- Administrative oppgaver
- Fagutviklende oppgaver, hvor sykepleieren tar del i virksomhetens kvalitetsutvikling av tjenestene. Sykepleierne har plikt til å holde seg faglig à jour, og den kliniske sykepleieutøvelsen skal dokumenteres, evalueres og formidles og utøves i samsvar med krav i lover og forskrifter.

Menneskelig sett kan det helhetlige ansvaret for beboerne i sykehjemmet oppleves som ubegrenset i tema og omfang (Vike 2002). For pleierne vil det være vanskelig å si at problemer som beboeren har, ikke er en del av deres ansvarsområde.

Sykehjem er en del av velferdsstatens tilbud til borgerne. Vike (ibid.) hevder at velferdsstatens ytelsesnivå er uten grenser. Det vil si at velferdsstaten har vært høye ambisjoner når det gjelder å yte velferdsassistanse til alle, uavhengig av inntekt, status og bosted. Ambisjonene er nedfelt i lovverket. Vike peker på konflikten mellom ambisjonsnivået og velferdsstatens reelle kapasitet til å løse oppgavene. Dette dilemmaet er mest merkbart i velferdsstatens førstelinje. Antallet brukere som pleiepersonalet skal betjene oppleves ofte som større enn det sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter kan hjelpe på en etisk og faglig forsvarlig måte. Det kan bli nødvendig å ta noen innersvinger for å unngå at situasjonen blir kritisk. Den enkelte pleier kan eksempelvis løpe raskere, bruke kortere tid hos hver enkelt, redusere eller kutte ut noe av hjelpen. Dette innebærer en kombinasjon av intensivering av egen arbeidsinnsats og en opplevd utilstrekkelighet overfor mennesker som trenger hjelp (ibid.) Slik sett blir den enkelte ansatte bæreren av konflikten mellom et menneskelig sett ikke avgrensbart ansvar – og i den daglige virksomhet klart avgrensede ressurser.

Hovedfunnet i undersøkelsen er altså at det ikke er enkle sammenhenger mellom bemanningen i sykehjem og kvaliteten på tilbudet til beboerne. Men våre undersøkelser viser også at det er flere sykehjem som sliter. Når det gjelder støtte til sykehjem som er i vanskeligheter, tyder vår undersøkelse på at de viktigste virkemidlene er:

- Å gi lederne rammebetingelser for å kunne utøve ledelse.
- Å gi lederne støtte for å utvikle og vedlikeholde gode interne arbeidsprosesser.
- Å gi de ansatte rammebetingelser for bedre å ta bruk og utvikle de faglige ressursene i institusjonene, og bygge sterke kompetansekulturer.





## Referanser

Atkinson, R., L., Atkinson, R., C., Smith, E., E., Bem, D., J., Hilgard, E., R. 1990. Introduction to psychology. Harcourt Brace Jovanovich, Publishers.

Bogen, H. 2002. Konkurransetsetting av omsorg; Reduseres kvaliteten? Tidsskrift for samfunnsforskning Vol 43, Nr 3.

Dahl, T., Gullikstad, B. 2002. Sykehjem i drift: Privat versus kommunal drift av tjenester. SINTEF-rapport STF38 A02504 .

Donabedian, A. 1980. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.

Den norske lægeforening 2003. Tidsskrift for den norske lægeforening nr- 2003 s. 850.

Fryjordet, J. (red.) 2001. Når du blir gammel og ingen vil ha deg: En statusrapport om situasjonen i helsetjenesten. Den norske lægeforening.

Guldvog, B. 2003. Innlegg på Landskonferansen om sykehjemsmedisin, Oslo 28.03

Harrington, C., Zimmermann, D., Karon, S.L., Robinson, J., Beutel P.2000. Nursing home staffing and its relationship to deficiencies. I: Journal of Gerontology series B – Psychological sciences and social sciences. 55 (5) S278 – 287.

Harsvik, T og Hem, K G. 2000. Evaluering av Bure. En sammenlikning av private boliger med service i forhold til tilsvarende kommunale boliger. SINTEF-rapport STF78 A00514.

Harsvik T., Hofseth C., Norvoll, R. og Hem ,K. G. 2002. Sykepleiere i sykehjem. SINTEF-rapport STF78 A023504.

Hofseth H og Norvoll R. 2003. Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og i hjemmesykepleietjenesten. SINTEF-rapport STF78 A033701.

Hood, C. 1991. A public management for all seasons. I: Public Administration 69, 3-19.

Kjerstad, Dræge og Rusten. 1999. Er penger alt? Kvalitet, organisering og effektivitet i pleie og omsorgssektoren. Stiftelsen for samfunns-og næringslivsforskning, Rapport 2/99, Bergen.

Norsk sykepleierforbund.1996. *Pasienter på sykehjem – en kartlegging*. Norsk sykepleierforbund.

Nygård, L. 2002. *Driftssituasjonen ved Sunde og Slåtthaug sykehjem*. Rapport fra Ressurssenter for omstilling i kommunen.

Kjerstad, Dræge og Rusten. 1999. Er penger alt? Kvalitet, organisering og effektivitet i pleie og omsorgssektoren. Stiftelsen for samfunns-og næringslivsforskning. Rapport 2/99, Bergen.

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (2000). Rammeplan og forskrift. Sykepleierutdanning. Oslo: Norgesnettrådet.

Mukamel, D., B., Spector, W., D. 2000. Nursing Home Costs and Risk-Adjusted Outcome Measures of Quality. I: Medical Care. Volume 38, Number 1, pp 78-89.

Redfern, S., Hannan, S., Norman, I., Maritn, F. 2002. Work satisfaction, stress, quality of care and morale of older people in a nursing home. Heath and Social Care in the Community 10 (6), 512-517.

Rolland, A. 2003. Brukernes tilfredshet eller tjenestens kvalitet?. I: Tidsskrift for velferdsforskning . Vol. 6. Nr. 1. Bergen: Fagbokforlaget.

Romøren, T., I. 2001. Den fjerde alderen. Funksjonstap. Familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år. Oslo:Gyldendal.

Ruths S, Straand J, Nygaard H A. 2001. Psychotropic drug use in nursing homes – diagnostic indications and variations between institutions. Eur J clin Pharmacol (2001) 57: 523-528

Slagsvold, B. 1995. Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner. Rapport nr. 1 . Oslo: Norsk gerontologisk institutt.

Sletvold, O., Solbu, H., Hofstad, T. 1999. Kvalitet i sykehjem. En kartlegging av kvaliteten på heldøgns omsorgstilbud i Trondheim kommune. Rapport nr.2/99. Nasjonalt geriatriprogram 1994-99.

SSB. 2004. <http://www.ssb.no/emner/06/02/sykefratot/tab-2003-12-19-02.html>

Statens helsetilsyn. 2003. Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Rapport fra Helsetilsynet 10/2003.

Statens helsetilsyn. 1999. : Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1999, IK-2698.

Stortingsmelding nr. 45 (2002-2003). Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Sosialdepartementet.

Sosialdepartementet 2003. *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.*

Tseng, S., Wang, R. 2001. Quality of Life and related Factors among Elderly Nursing Home Residents in Southern Taiwan. Public Health Nursing. Vol. 18 No. 5, pp. 304-311.

Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. 2002. Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten. Oslo: Gyldendal.

Vedlegg



## Vurderinger av legetjenesten i sykehjem

Som en del av den foreliggende undersøkelsen knyttet til bemanning og pleiernes vurdering av kvalitet i sykehjem, har vi gjennomført en enkel spørreskjemaundersøkelse blant sykehjemslegene som er tilknyttet sykehjemsavdelingene som deltar i denne undersøkelsen. Vi har bedt én lege ved hvert sykehjem om å besvare spørreskjemaet. Vi har mottatt i alt svar fra 24 leger. I tillegg har vi gjennomført telefonintervjuer av 12 leger. Vi vil i dette kapitlet presentere noen hovedresultater fra denne undersøkelsen. Det er viktig å understreke at undersøkelsen omfatter et svært begrenset antall leger, og undersøkelsen tar derfor heller ikke sikte på å fremstille et representativt bilde av situasjonen ved sykehjem i Norge i dag. Denne fremstillingen gir snarere et innblikk i hverdag til noen av legene ved sykehjemsavdelingene som deltar i denne undersøkelsen.

### Hvem er sykehjemslegene?

#### *Bakgrunnsinformasjon*

Av de 24 legene som har besvart spørreskjemaet er det 5 (21 %) kvinner og 19 (79 %) menn<sup>50</sup>. Gjennomsnittsalderen 46,3 år. Den yngste legen er 29 år mens den eldste er 72 år.

Legene har i gjennomsnitt arbeidet 8,2 år som sykehjemslege (standardavvik 7,1), og har 16,8 års (standardavvik 11,9) erfaring alt i alt som lege.

#### *Spesialiteter*

Vi ba legene oppgi hvilke(n) spesialitet(er) de var innehavere av. Tabellen nedenfor viser fordelingen i forhold til de alternativer som var oppgitt i spørreskjemaet.

**Tabell 1. Sykehjemslegens spesialitet**

Spesialitet	Antall (prosentandel)
Ingen spesialitet	7 (29 %)
Allmennmedisin	11 (38 %)
Annet	5 (17 %)

Innenfor kategorien annet har tre leger oppgitt samfunnsmedisin, en har skrevet hjertemedisin mens en har oppgitt øre-nese-hals som spesialitet.

---

<sup>50</sup> I Helsetilsynets kartlegging av legetjenester i sykehjem fra 1999 var det 22% kvinner og 78% menn som hadde svrt på spørreskjemaundersøkelsen. Gjennomsnittsalderen var 45,5 år.

Legene har videre mulighet til å gjennomføre kurs innenfor ulike emner som er aktuelle for virksomheten ved sykehjem. Tabellen nedenfor gir en oversikt over hvordan legene fordeler med hensyn til kurs.

**Tabell 2. Gjennomførte kurs**

Emner	Antall (prosentandel)
Kurs om aldersdemens	13 (54 %)
Emnekurs i geriatri	15 (63 %)
Emnekurs i psykiatri	14 (56 %)
Smertebehandling	13 (54 %)
Infeksjonsmedisin	11 (46 %)

### *Hovedstilling*

Vi har spurt legene om å oppgi hvilken type praksis hovedstillingen består av. Her ble legene bedt om å oppgi én hovedstilling.

**Tabell 3. Hovedstilling. N=22**

Hovedstilling	Antall (prosentandel)
Sykehjem	3 (13 %)
Allmennpraksis	16 (67 %)
Offentlig lege	1 (4 %)
Turnuskandidat	1 (4 %)
Pensjonist	1 (4%)

Vi ser av tabellen over at også i dette begrensede utvalget av leger er få som har praksis som sykehjemslege som sin hovedstilling<sup>51</sup>.

### *Rekruttering*

Mange sykehjem sliter med å rekruttere leger (Fryjordet 2001). Vi har sett nærmere på hvordan legene ble rekruttert til stillingen som sykehjemslege og spurt om de ville valgt legetjeneste på sykehjem i dag.

<sup>51</sup> I Helssetilsynets undersøkelse fra 1999 oppga 8 prosent å ha stilling som sykehjemslege som sin hovedpraksis.

**Tabell 4. Rekrutteringsmåte. N=23**

Rekrutteringsmåte	Antall (prosentandel)
Jeg ønsket det selv	6 (26 %)
Valgte oppgaven ved kollegial arbeidsdeling	3 (13 %)
Ble pålagt oppgaven	14 (61 %)

Over halvparten som har besvart spørsmålet forteller at de ble pålagt oppgaven som sykehjemslege. Når andelen som ikke har valgt denne type praksis "frivillig" er så høy, er det interessant å se hvorvidt legene som nå arbeider i sykehjem ville valgt dette hvis de hadde kunnet velge i dag. 19 av 24 leger (79 %) har svart at de ville valgt legetjeneste på sykehjem i dag. Dette er et forholdsvis høyt tall når vi vet at mange av disse (9) har blitt pålagt oppgaven.

### Dimensjonering av legetjenesten i sykehjem

I denne spørreskjemaundersøkelsen mangler vi data fra 5 sykehjem. I tillegg gir heller ikke denne spørreskjemaundersøkelsen et dekkende bilde av den faktiske legedekning i avdelingen da det bare er én av eventuelt flere sykehjemsleger ved den aktuelle avdelingen som har opplyst hvor mange timer denne jobber. Omfanget av legetjenesten målt i antall timer ved de enkelte sykehjemsavdelingene er behandlet i kapittel 11.

Nedenfor vil vi se nærmere på hvordan legene vurderer legetjenesten ved avdelingene. Vi har spurt om legetjenesten ved avdelingen er tilstrekkelig for å ivareta ulike oppgaver.

**Tabell 5. Ivaretagelse av ulike oppgaver.**

Ivaretagelse av.....	Utilstrekkelig 1				Tilstrekkelig 5	Antall (N)
Akutt behov for medisinsk utredning	2	2	3	7	10	24
Kontinuerlig oppfølging av medisinske behov	2	1	5	6	10	24
Informasjon fra lege til beboere	1	5	7	3	8	24
Informasjon fra lege til pårørende	4	4	7	1	7	23

Vi ser av tabellen at hele skalaen fra 1 (utilstrekkelig) til (tilstrekkelig) er benyttet. Dersom vi ser kategori 4 og 5 under ett, finner vi at 17 av 24 mener at akutt behov for medisinsk utredning er tilnærmet tilstrekkelig ivaretatt. 16 av 24 mener det sammen når det gjelder kontinuerlig oppfølging av medisinske behov. Informasjon fra lege til beboere og pårørende skårer noe lavere. Her ser vi at henholdsvis 11 av 24 og 8 av 23 mener disse oppgavene er tilnærmet tilstrekkelig ivaretatt.

Videre ble legene spurt om tiden de arbeider er tilstrekkelig for å imøtekomme beboernes behov for medisinsk tilsyn. 17 av 24 (71 %) svarer ja mens 7 (29 %) svarer nei. Legene som har svart nei på spørsmålet arbeider i gjennomsnitt 6,3 timer i avdelingen. Disse har også fått mulighet til å anslå hvor mange timer de mener det er behov for. Her ligger gjennomsnittet på 8,7 timer. Sammenligner vi disse størrelsene tilsvarer dette en økning i timetallet på 38 prosent. I telefonintervjuene fikk legene også anledning til å utdype hva de ville gjøre mer av dersom de fikk utvidet tidsrammen. Undervisning av pleiepersonalet, flere rutinekontroller av pasientene, bedring av dokumentasjonen av eget arbeid og samtaler med pårørende trekkes frem.

### Dokumentasjon og infrastruktur

Ved 20 av 24 sykehjemsavdelinger opplyser legen at det benyttes et papirbasert journalsystem. 12 av avdelingene har elektroniske journalsystemer. 8 av disse sykehjemsavdelingene benytter seg både elektroniske og papirbaserte journalsystemer.

Legene fikk anledning til å ta stilling til følgende spørsmål: "Er medisinske tilstander dokumentert tilfredsstillende ved avdelingen. Tabellen nedenfor viser hvordan svarene fordeler seg.

**Tabell 6. Dokumentasjon av medisinske tilstander.**

	Util- strekke- lig 1				Til- strekke- lig 5	Antal I (N)
Dokumentasjon av medisinske tilstander	0	2	4	8	9	23

17 av 23 leger (74 %) er tilbøyelige til å mene at medisinske tilstander dokumenteres tilnærmet tilfredsstillende i avdelingen.

Fra tidligere undersøkelser viser at det er betydelige variasjoner mellom sykehjem når det gjelder medisinsk undersøkelsesutstyr (Helsetilsynet 1999). Slike forskjeller kan skyldes at legene ved enkelte sykehjem ikke mener at det er behov for det eller at innkjøp av slikt utstyr ikke er prioritet. Vi har spurt legene om hvordan de vurderer de tekniske mulighetene for medisinsk diagnostikk ved sykehjemmet.

**Tabell 7. Tekniske muligheter for medisinsk diagnostikk.**

	Util- strekkelig 1				Til- strekkelig 5	Antall (N)
Tekniske muligheter for diagnostikk	4	2	5	8	5	24



Tabellen viser at svarene fordeler seg over hele skalaen. Det er 6 leger (25 %) som mener at de tekniske muligheten for medisinsk diagnostikk er tilnærmet utilstrekkelig.

### Legeoppgaver

I tabellen nedenfor er det listet opp noen aktuelle legeoppgaver ved sykehjem. Disse legeoppgavene kan fortelle noe om hvordan legearbeidet ved avdelingene er organisert og hvilke oppgaver som utføres. Det ble spurt om disse oppgavene har blitt utført de siste 4 uker.

**Tabell 8. Utførte oppgaver.**

Oppgave	Ja (prosent)	Nei (prosent)	Antall (N)
Legevisitt til alle pasientene	4 (17%)	19 (83%)	23
Previsitt med sykepleier	24 (100%)	0	24
Samtale med pårørende	24 (100%)	0	24
Tverrfaglig behandlingsmøte	11 (50%)	11 (50 %)	22
Undervisning	2 (9%)	20 (91%)	22

Det at bare 4 leger oppgir å ha gått legevisitt til alle pasientene, kan forstås ut fra at denne undersøkelsen er foretatt i langtidsavdelinger, og at det da ikke vurderes som nødvendig å gå visitt til *alle* beboerne. Alle legene opplyser at de har hatt pre-visitt med sykepleier, noe som hevdes skal gjennomføres på alle sykehjem (Helse-tilsynet 1999). Likeledes har alle legene hatt samtaler med pårørende i løpet av den siste 4 ukers perioden. Bare halvparten av legene oppgir å ha deltatt på tverrfaglig behandlingsmøter.

Det er bare 2 av 22 leger som har gjennomført undervisning i avdelingen. Dette er også et tema legen trekker frem i telefonintervjuene. På spørsmål om hvilke oppgaver disse kunne tenke seg å gjøre mer av dersom tiden ble økt, svarte flere at de i større utstrekning ønsket å gjennomføre intern undervisning for personalet.

### Samarbeid

Vi har kartlagt hvordan legene vurderer sitt samarbeid med ulike parter. Vi kan dele samarbeidet inn i tre grupper: Internt i sykehjemmet, kommune og sykehus. Internt i sykehjemmet berører dette samarbeid med pleiepersonalet og pårørende. Fastleger og hjemmesykepleien er gruppene som representerer det kommunale tilbudet. Samarbeidet med sykehus gjelder rutiner i forbindelse med utskrivning samt samarbeid av generell karakter.

**Tabell 9. Samarbeid med andre.**

Utsagn	Enig 1				Uenig 5	Antal I (N)
Samarbeidet mellom sykehjemmet og hjemmesykepleien fungerer godt.	7	3	7	0	2	19
Samarbeidet mellom sykehjemmet og sykehus fungerer godt	3	5	7	5	1	21
Melding om utskriving fra sykehuset kommer i rimelig tid	5	7	2	5	3	22
Informasjon vi får ved utskriving fra sykehus er god	4	5	5	5	4	23
Epikriser blir sendt ut for lang tid etter utskriving fra sykehus	11	4	2	4	3	24
Mitt samarbeid med pårørende fungerer generelt veldig bra	5	6	9	1	1	22
Mitt samarbeid med beboernes fastleger fungerer generelt veldig bra	5	2	4	2	5	18
Mitt samarbeid med pleiepersonalet i avdelingen fungerer generelt veldig bra	16	7	1	0	0	24

10 av 19 sykehjemsleger er tilnærmet enige i at samarbeidet med mellom sykehjemmet og hjemmesykepleien fungerer godt. Her er det 2 som er uenige i påstanden. Det er også en spredning i svarene når det gjelder hvordan samarbeidet med fastlegene vurderes. I telefonintervjuene pekes det på noen forhold som legen mener ikke er tilfredsstillende. Informasjonen som legen mottar i forbindelse med innskriving vurderes som for dårlig og noen ganger direkte misvisende. Noen foreslår at pasienten bør vurderes i fellesskap av hjemmetjenesten og fastlegen før innskriving, men at dette ikke skjer i dag. Blant leger som er fornøyde fortelles det at man samarbeider med fastlegene i den innledende fasen av et opphold, og enkelte steder har kommunen et eget program før utredning av demens før innskriving.

Når det gjelder sykehus er det en rekke påstander som omhandler dette samarbeidet. Den generelle påstanden *"samarbeidet mellom sykehjemmet og sykehus fungerer godt"* viser en konsentrasjon midt på skalaen – det er få som sier seg helt enige eller helt uenige i denne påstanden. Derimot ser det tilsynelatende ut til å være mange som ikke er særlig fornøyde med tiden det tar før epikrise blir sendt fra sykehus. I telefonintervjuene pekte flere nettopp på dette forholdet. Epikrisen kommer for sent og det lenge etter at pasienten har ankommet. et forekommer også at epikrise er mangelfulle, f.eks. er ikke laboratoriesvar inkludert. Det er også mangler når det gjelder oversikt over hvilken behandling som er igangsatt.

Videre synes det som om sykehjemslegene i stor utstrekning er fornøyd med samarbeidet med pleiepersonalet internt i avdelingen. Som nevnt ovenfor, er det flere i intervjuene som ønsker å drive mer med intern undervisning av pleiepersonalet. Andre ønsker også å arbeide tettere sammen med personalet for å utvikle ulike systemer i avdelingen.

### Vurdering av legetjenesten

I spørreskjemaet ble bedt om å vurdere hvordan legetjenesten fungerer i avdeling når alt tas i betraktning.

**Tabell 10. Vurdering av legetjenesten.**

	<b>Svært dårlig</b> <b>1</b>				<b>Meget bra</b> <b>5</b>	<b>Antall (N)</b>
Hvordan fungerer legetjenesten i avdelingen	0	1	6	12	5	24

Ingén av legene har vurdert legetjenesten som svært dårlig. 7 av 24 leger (29 %) mener legetjenesten fungerer middels godt eller dårligere. I den andre enden av skalaen finner vi at 17 av 24 (71 %) mener at legetjenesten fungerer tilnærmet meget bra.

Legene fikk i spørreskjemaet også muligheten til å ta stillingen til noen forslag som ble fremsatt som kunne bedre den medisinske oppfølgingen av beboerne.

**Tabell 11. Forbedring av den medisinske oppfølgingen.**

<b>Forbedringsforslag</b>	<b>I stor grad</b> <b>1</b>				<b>I liten grad</b> <b>5</b>	<b>Antall (N)</b>
Bedre fysiske forhold for legene	5	5	4	4	6	24
Bedre grunnbemanning for sykepleiere	5	5	4	4	4	22
Bedre grunnbemanning for hjelpepleiere	3	7	4	4	4	22
Bedre grunnbemanning for pleiepers. generelt	4	6	4	6	2	22
Bedre kompetanse blant sykepleiere	3	4	3	7	5	22
Bedre kompetanse blant hjelpepleiere	3	4	2	8	4	21
Bedre kompetanse blant pleiepers. generelt	3	2	3	8	4	20
Flere leger å dele jobben med	5	1	3	6	8	23
Færre leger å dele jobben med	2	0	2	4	7	15

Svarene fordeler over hele skalaen for samtlige forbedringsforslag. Dette kan forklares ved at de ulike sykehjemslegene jobber under forskjellige forhold, for eksempel når det gjelder egne timeressurser, totalt antall timer for alle leger som jobber i den aktuelle avdelingen, bemanning og kompetanse blant pleierpersonalet samt organisering av legetjenesten og pleietjenesten. På bakgrunn av fordelingen i tabellen ovenfor er det vanskelig å trekke fram noe konkret forbedringsforslag som gjelder uavhengig av avdeling. Det var forøvrig også anledning til å skrive opp egne forbedringsforslag. Det ble skrevet ned 4 forslag. Dette dreier seg om eget undersøkelsesrom, utstyr for gynekologisk undersøkelse, kontorfasiliteter der også PC er tilgjengelig, samt bedre forhold for medisinsk utredning.

### Legenes vurderinger av hvordan beboerne blir ivaretatt

Sykehjemslegene har fått anledning til å ta stilling til hvordan de mener beboerne blir ivaretatt i avdelingen når det gjelder medisinsk behandling, pleie og omsorg. Hvordan legenes svar fordeler seg på de 40 spørsmålene som er operasjonaliseringer av ulike kvalitetsaspekter er gjengitt i bak i rapporten. Det viser seg at det er forholdsvis mange av legene som krysser av for "vet ikke"-kategorien for mange av spørsmålene. Dette gjenspeiler antakeligvis arbeidssituasjonen til mange av legene. Utover den medisinske oppfølging og behandling har mange ikke eller anledning til å følge pleie- og omsorgsarbeidet som ytes i detalj. Dette gjør det vanskelig å svare på mange av spørsmålene. Andelen som har tatt stilling til spørsmålene er større når det gjelder medisinsk behandling. I tabellen nedenfor er disse svarene presentert.

**Tabell 12. Ivaretagelse av behov og oppgaver.**

Behov og oppgaver	Utilfredsstillende 1				Tilfredsstillende 5	Antall (N)
Medisinsk undersøkelse og behandling	0	1	4	10	9	24
Medisinsk behandling og pleie ved problemer med:						
- respirasjon	0	0	5	10	9	24
- sirkulasjon	0	0	6	10	8	24
- hud	0	0	4	11	9	24
- infeksjoner	0	0	4	10	10	24
- motoriske funksjoner	2	0	7	9	6	24
- psykiske problemer	0	3	5	10	6	24

Vi kan lese av tabellen at sykehjemslegene mener at den medisinske oppfølgingen av beboerne er mer tilfredsstillende enn utilfredsstillende ivaretatt. Men det kan likevel påpekes at under halvparten har krysset av for alternativ 5 – at oppgaven er tilfredsstillende ivaretatt. Dette indikerer at det også er et forbedringspotensiale innenfor denne delen av sykehjemsavdelingenes virksomhet.

Avslutningsvis har sykehjemslegene vurdert hvordan kvaliteten i avdelingen er sett under ett. Spørsmålet er formulert på følgende måte: "Alt tatt i betraktning. Mener du at beboerne generelt blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte ved avdelingen?"

**Tabell 13. Hvordan blir beboerne ivaretatt i avdelingen?**

Behov og oppgaver	Utilfredsstillende 1				Tilfredsstillende 5	Antall (N)
Alt tatt i betraktning...	0	0	5	9	10	24

Selv om mange har unnlatt å besvare detaljert spørsmål vedrørende ulike sider ved kvaliteten, har samtlige tatt stilling til dette spørsmålet. Gjennomsnittet er 4,2 på skalaen fra 1 til 5. Det er også verdt å merke seg at 5 av 24 har krysset av midtverdien og at under halvparten mener at beboerne blir ivaretatt på en fullt ut tilfredsstillende måte. I telefonintervjuene har legen gitt til kjenne noen synspunkter om hvordan beboerne blir ivaretatt. Hovedinntrykket er at "Pasientene får god omsorg og god medisinsk oppfølging" som en av legene uttrykte det. Legene som er fornøyde forteller om pleiere med høy kompetanse som er medvirkende til kontinuitet i legens oppfølging av pasienten. Likeledes nevnes stabilitet i personalgruppen.

Men det ble også pekt på noen problemområder. Følgende utsagn kan illustrere noen av disse:

*"Pasientene blir i alt for liten grad aktivisert. De plasseres i en stol, og der blir de sittende frem til mat."*

*"Bemanning utover grunnleggende pleie er for dårlig. Pasientene kommer for sjelden ut på tur, og er for lite hjemme på besøk".*

Det ble også trukket frem at sykehjemmene i noen tilfeller mottar pasientgrupper som de ikke er dimensjonert for, verken medisinsk, organisatorisk er i forhold til personalgruppen. Dette gjelder eksempelvis utagerende psykiatriske pasienter, pasienter med kort liggetid på sykehjemmene som blir overført til sykehjem, samt at det ofte legges inn veldig syke og terminale pasienter.



## Sammenheng mellom faktisk og opplevd bemanning – korrelasjon.

Tabell A. Sammenheng mellom faktisk og opplevd bemanning. Kendall's tau\_b.

	Opplevd bemanning dag hverdag	Opplevd bemanning kveld hverdag	Opplevd bemanning natt hverdag	Opplevd bemanning dag helg	Opplevd bemanning kveld helg	Opplevd bemanning natt helg
Antall pleiere dag hverdag	0,070*					
Antall pleiere kveld hverdag		0,072*				
Antall pleiere natt hverdag			0,029			
Antall pleiere dag helg				0,094*		
Antall pleiere kveld helg					0,076*	
Antall pleiere natt helg						0,037

\* =signifikant  $p < 0.05$

Tabellen viser en positiv korrelasjon mellom den faktiske bemanningen på ulike tidspunkter på døgnet hverdager og helg, og at denne sammenhengen er signifikant for alle tidspunkter unntatt natt hverdager og helg.

# Sykehjemslegenes vurderinger av ivaretagelse av behov og oppgaver i avdelingene.

N= antall respondenter som har tatt stilling til det aktuelle spørsmålet.

Tabell B. Sykehjemslegenes vurderinger av ivaretagelse av behov og oppgaver i avdelingene.

Behov og oppgaver	Utilfreds- stillende 1				Tilfreds- stillende 5	Antall (N)
Beboernes innflytelse i egen hverdag	1	4	7	4	4	20
Individuell tilrettelegging av daglige gjøremål ut fra den enkeltes ressurser/behov	3	2	6	5	5	21
Beboernes mulighet til å ha et aktivt sosialt liv på institusjonen	3	1	5	6	5	20
Mat av god kvalitet	0	1	4	7	7	19
Ernæringsmessig god og variert kost	0	0	4	7	7	18
Tilpasset hjelp ved måltidene	1	1	0	7	8	17
Tid og ro under måltidene	0	2	2	6	9	19
Beboerne får spise når de vil	3	6	4	0	5	17
God hjelp til personlig hygiene	1	1	3	8	7	20
Veiledning til å bruke sine egne ressurser i den daglig kroppsvask	1	4	2	6	5	18



Behov og oppgaver	Utilfreds- stillende 1				Tilfreds- stillende 5	Antall (N)
Beboerne får bade og dusje så ofte den enkelte vil	5	3	3	0	3	14
Beboerne får komme på do når de kjenner behov for det	1	0	7	2	7	17
Beboerne får selv velge de klær de ønsker å ha på seg	0	0	3	3	5	11
Beboerne får bruke egne ferdigheter ved av- og påkledning	0	0	3	5	8	16
Beboerne får stå opp når de selv ønsker det	0	1	3	6	5	15
Beboerne får legge seg når de selv ønsker det	0	1	1	7	5	14
Beboerne får ro og et skjermet privatliv	0	5	5	5	4	19
Beboerne har mulighet til selvstendighet og styring av eget liv	1	7	1	7	2	18
Det blir tilrettelagt for besøk	0	0	2	9	9	20
Avdelingen er behjelpelig ved aktiviteter utenfor sykehjemmet	0	2	7	4	3	16
Muligheter for å få dekket åndelige behov	0	3	4	3	6	16
Tilby meningsfulle aktiviteter for beboerne tilpasset individuelle ressurser	1	4	5	4	4	18
Tilbud om opptrening slik at optimalt funksjonsnivå oppleves	3	8	6	4	1	22

Behov og oppgaver	Utilfreds- stillende 1				Tilfreds- stillende 5	Antall (N)
Nødvendig oppfølging av tannhelse	0	4	8	4	4	20
Verdig livsavslutning	0	1	3	7	11	22
Informasjon til beboere	0	1	3	8	9	21
Informasjon til pårørende	0	1	4	8	8	21
Individuell støtte til beboerne ved sorg og krise	0	0	4	6	7	17
Individuell støtte til pårørende ved sorg og krise	0	2	2	7	8	19
Klinisk observasjon og vurdering av beboerne	0	0	6	8	9	23
Smertebehandling	1	1	1	12	9	24
Dokumentasjon (eks. pleieplan/skriftlig rapport)	0	2	3	9	9	23

# Kvalitetsforskrift og kvalitetsindekser

## Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (Sosialdepartementet)

### Kvalitetsindeks 1: Grunnleggende pleie og medisinsk behandling

- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene

### Kvalitetsindeks 2: Kontroll over egen livs- og døgnrytme

- følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødige sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påklledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold

### Kvalitetsindeks 3: Aktivt og selvstendig liv

- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.
- selvstendighet og styring av eget liv
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg
- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet

### Kvalitetsindeks 4: Informasjon og støtte

- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser

### Kvalitetsmål 5: Psykisk helse

- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov.

