

Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv

ELISABETH UGRENINOV, JANIKKE SOLSTAD VEDELER,
KRISTIAN HEGGEBØ & EDITH ROTH GJEVJON



NOVA

Velferdsforskningsinstituttet

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv

ELISABETH UGRENINOV
JANIKKE SOLSTAD VEDELER
KRISTIAN HEGGEBØ
EDITH ROTH GJEVJON

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 7/2017

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) er et forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

© Velferdsforskningsinstituttet NOVA
Høgskolen i Oslo og Akershus 2017

ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-623-7
ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-624-4
ISSN 0808-5013 (trykt)
ISSN 1893-9503 (online)

Illustrasjonsfoto: © colourbox.com
Desktop: Torhild Sager
Trykk: Allkopi

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:
NOVA, HiOA
Stensberggata 26 · Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: 67 23 50 00
Nettadresse: www.hioa.no/nova

Forord

Norsk Sykepleierforbund ga NOVA høsten 2016 i oppdrag å undersøke betydningen av sykepleierdekning og -kompetanse for kvalitet i tjenestene i sykehjem og hjemmesykepleie fra et pasient- og pårørendeperspektiv. I denne rapporten presenterer vi en kunnskapsoppsummering over forskning på feltet, funn fra intervjuer med pårørende til sykehjemsbeboere og funn fra en spørreskjemaundersøkelse rettet til brukere av hjemmesykepleien, pårørende til personer med opphold i sykehjem og pårørende til brukere av hjemmesykepleien.

I utviklingen av spørreskjemaundersøkelsen fikk vi betydelig hjelp fra en rekke eksperter på feltet. Vi vil særlig takke: Eldrerådene i fylkene Buskerud og Vestfold ved Svein Arne Fossbakken, Hanna Berg og Beate Digenes, Demenslinjen til Nasjonalforeningen for folkehelsen ved Vigdis Ween, Pasient- og brukerombudet i Vestfold ved Sissel Weik, Pensjonistforbundet ved Anne Hanshus, Mia Vabø ved NOVA og flere representanter fra Norsk Sykepleierforbund. Pårørendealliansen var også invitert, men dessverre forhindret fra å komme.

Janikke ønsker å takke sitt faglige og private nettverk for å ha fått kontakt med aktuelle intervjupersoner. Tusen takk også til de ti som stilte opp og delte sine erfaringer med det å ha en av sine nærmeste boende på sykehjem. Kristian og Edith er veldig takknemlige for gode innspill til kunnskapsoppsummeringen fra Norsk Sykepleierforbund. Heidi Gautun (NOVA), Ida Tolgensbakk (NOVA) og John Eriksen (Nordlandsforskning) har lest og kommet med konstruktive innspill til hvordan teksten og tolkningene kunne bli tydeligere. Tusen takk for god kvalitetssikring.

Oslo, juni 2017

Elisabeth Ugreninov (NOVA), Janikke Solstad Vedeler (Nordlandsforskning, Kristian Heggebø (NOVA) og Edith Roth Gjevjon (Norsk Sykepleierforbund)

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	11
1.1 Hvordan sykepleiere opplever underbemanning.....	11
1.2 Rapportens bidrag og oppbygning	12
2 Kunnskapsoppsummering – konsekvenser av sykepleiermangel i sykehjem og hjemmesykepleie	13
2.1 Innledning og bakgrunn.....	13
2.2 Gjennomføring.....	14
2.3 Gjennomgang av litteratur om konsekvenser av sykepleiermangel.....	14
2.4 Pasientsikkerhet og kvalitet i helsehjelp.....	15
2.5 Innleggelse og reinnleggelse	19
2.6 Livskvalitet og pasient- og pårørendetilfredshet.....	20
2.7 Diskusjon	21
3 Data og metode for delprosjekt 2 og 3	25
3.1 Datagrunnlag og metode – de kvalitative intervjuene	25
3.2 Metode.....	27
3.3 Datagrunnlag og metode – kvantitativ del	27
3.4 Datainnsamling spørreundersøkelsen	28
3.5 Det postale spørreskjemaet	29
3.6 Metode.....	31
3.7 Regresjonsanalyser.....	32
4 Pårørendes fortellinger om sykehjem	33
4.1 Innledning	33
4.2 Hovedfunn	33
4.3 Forskningsspørsmål og analytisk tilnærming	33
4.4 De «små» fortellingene	34
4.5 Tre «store» fortellinger om sykehjem	50
4.6 Forholdet mellom fortellingene og sykepleierkompetanse	51
5 En spørreundersøkelse om sykehjem og hjemmesykepleie	55
5.1 Bemanning, kompetanse og inkludering	55
5.2 Manglende bemanning.....	56
5.3 Tidspunkt for manglende bemanning.....	57
5.4 Helsefaglig bakgrunn.....	58
5.5 Faglig oppfølging	59
5.6 Hvordan forbedre den faglige oppfølgingen?.....	60
5.7 Et klart skille mellom hjemmesykepleien og sykehjem	61
5.8 Medbestemmelse, inkludering og kommunikasjon	62
5.9 Oppsummering	66
6 Tilfredshet og kvalitet i tjenestene	69
6.1 Brukere av hjemmesykepleien	69
6.2 Pårørendes tilfredshet med tjenestene	71

6.3 Pårørende til hjemmeboende er mindre tilfreds	73
6.4 Hvilke forhold har betydning for manglende tilfredshet?	74
6.5 Oppsummering	78
7 Uheldige hendelser i hjemmesykepleien og i sykehjem	81
7.1 Uheldige hendelser	81
7.2 Oppfølging etter en uheldig hendelse	83
7.3 Hvilke forhold har betydning for uheldige hendelser?	84
7.4 Oppsummering	88
8 Trivsel og livskvalitet	91
8.1 Trivsel og egenpåvirkning i hjemmesykepleien.....	91
8.2 Tilpasning av fysiske og sosiale aktiviteter	92
8.3 Behandling og omsorg ved livets slutfase	93
8.4 Oppsummering	94
9 Oppsummering av spørreundersøkelsen	95
9.1 Mål på manglende bemanning og faglig oppfølging	95
9.2 Manglende bemanning i sykehjem og dårligere oppfølging i hjemmesykepleien.....	97
9.3 Manglende sykepleierbemanning og faglig oppfølging påvirker tilfredshet ved tjenestene..	98
9.4 Dårligere oppfølging etter uheldige hendelser i hjemmesykepleien enn i sykehjem	99
9.5 Ikke tilfredsstillende tilrettelegging av fysiske og sosiale aktiviteter	100
9.6 Forbedringspotensialer innen eldreomsorgen.....	101
10 Diskusjon og konklusjon	103
10.1 Kvalitet i tjenestene	103
10.2 Uheldige hendelser	105
10.3 Trivsel og livskvalitet	106
10.4 Bemanning, kompetanse og medvirkning	107
10.5 Hvilke forhold kan bidra til å skape bedre hjemmesykepleie og sykehjem?	108
Summary	111
Referanser	113
Vedlegg 1	119
Vedlegg 2	133
Vedlegg 3	137
Vedlegg 4	143

Sammendrag

Formålet med denne rapporten er å fremskaffe ny kunnskap om hvordan pasienter og pårørende opplever kvalitet i tjenestene, pasientsikkerhet og livskvalitet, og hvorvidt dette kan knyttes til sykepleiermangel og faglig oppfølging. Dette er et område det er forsket lite på. Denne studien belyser disse forholdene ved hjelp av tre komplementære delprosjekter. Delprosjekt 1 er en litteraturstudie hvor formålet har vært å utarbeide en kunnskapsstatus over nasjonal og internasjonal forskning om sykepleierbemanning og kvalitet i eldreomsorgen. Delprosjekt 2 er en kvalitativ studie med dybdeintervjuer av ti pårørende sentrert rundt temaer som ivaretagelse, trygghet, inkludering og hvordan dette kan knyttes til bemanning og kompetanse. Delprosjekt 3 er en kvantitativ studie basert på en spørreundersøkelse blant brukere av hjemmesykepleien og pårørende. Formålet har vært å fremskaffe kunnskap om hvordan manglende sykepleierbemanning og faglig kompetanse har betydning for tilfredshet med tjenestene, uheldige hendelser og trivsel i hjemmesykepleien og sykehjem.

Kunnskapsoppsummering

For å få oversikt over publisert forskning om konsekvenser av sykepleiermangel i sykehjem og hjemmesykepleie gjennomførte vi – i samarbeid med bibliotekarer ved Høgskolen i Oslo og Akershus – en kunnskapsoppsummering. 33 empiriske studier og 7 litteraturstudier publisert i årene 2007–2017 ble inkludert, og resultatene fra disse 40 studiene spriker ganske mye. Noen studier finner at flere sykepleiere er relatert til bedre utfall, noen andre finner det motsatte og ganske mange finner ingen statistisk sammenheng mellom sykepleierdekning og pasientutfall.

Det er minst fire viktige årsaker til at resultatene fra kunnskapsoppsummeringen varierer så mye. For det første, ingen av de inkluderte studiene måler sykepleiermangel på en tilfredsstillende måte. Det er heller snakk om ulike mål på dekningsgrad (f.eks. andelen sykepleiere), noe som er en åpenbar feilkilde. For det andre, det er ofte utfordrende å skille mellom ulike typer sykepleiere i de internasjonale studiene. For det tredje, det er åpenbare kvalitetsforskjeller hva gjelder datamaterialene som er blitt benyttet. Og for det fjerde, det er ganske utbredt med forholdsvis enkle statistiske analyseteknikker. Det er også verdt å merke seg at ingen av de inkluderte studiene fokuserte på hjemmesykepleie.

Pårørendes fortellinger – kvalitative intervjuer

Delprosjekt to baserer seg på kvalitative intervjuer med ti pårørende som hadde sin mor, far eller ektefelle boende på sykehjem. Det var stor variasjon i hva intervjupersonene fortalte om ivaretagelse, trygghet, inkludering og bemanning og kompetanse i sykehjem.

På grunnlag av et rikt intervjumateriale identifiserte vi tre overordnede fortellinger: «et sykehjem med høy kvalitet», «et greit nok sykehjem» og «et sykehjem med lav kvalitet». Den første fortellingen handlet om at den pårørende opplevde at mor ble tatt godt vare på, at sykehjemmet var et trygt sted å bo, at det var relativt god informasjonsflyt fra sykehjemmet om pleie og behandling, og at det var stabil bemanning og kompetanse blant de ansatte. Dette sto i sterk kontrast til den siste fortellingen. Her fortalte pårørende om at ektefelle og far ikke ble tatt godt vare på, erfaringer med flere uheldige hendelser, dårlig informasjonsflyt fra sykehjemmet, lite stabil bemanning og til dels svært dårlig kompetanse blant ansatte.

Intervjupersonene trakk selv ikke sammenhenger mellom kvalitet i sykehjemmet og sykepleierkompetanse. Vår tolkning er imidlertid at når et sykehjem har lav kvalitet, ifølge de pårørendes oppfatning, betyr det utilstrekkelig grunnleggende sykepleie, behandling og forebygging og aktivisering.

Spørreundersøkelse blant brukere av hjemmesykepleien og pårørende til hjemmeboende eller sykehjemsbeboere

Det empiriske grunnlaget for analysene i delprosjekt 3 er en postal spørreundersøkelse blant brukere av hjemmesykepleien og pårørende til hjemmeboende eller sykehjemsbeboere. Ni kommuner fra fylkene Hedmark, Buskerud, Vestfold, Vest-Agder og Nordland har deltatt i spørreundersøkelsen. 602 respondenter har vært med i studien, fordelt på 265 pårørende til sykehjemsbeboere, 213 pårørende til hjemmeboende og 124 brukere. Delprosjekt 3 belyser ulike forhold som bemanning og faglig oppfølging, tilfredshet med tjenestene, uheldige hendelser og trivsel og livskvalitet. Her inngår også en oppsummering av hovedfunnene fra de foregående delprosjektene.

Manglende bemanning: Resultatene fra denne undersøkelsen viser at en betydelig andel har opplevd manglende bemanning i løpet av de siste to månedene, og at dette skjer oftere i sykehjem enn i hjemmesykepleien. Nær halvparten av pårørende til sykehjemsbeboere svarer at de ofte eller av og til

har opplevd manglende bemanning. Dette er signifikant høyere enn blant pårørende til hjemmeboende, hvor tre av ti har opplevd manglende bemanning. Det er også en høyere andel som rapporterer om manglende bemanning på dagtid, kveldstid og i helger sammenliknet med nattestid og i ferier.

Faglig oppfølging: Pårørende til hjemmeboende opplever oftere utilstrekkelig faglig oppfølging enn pårørende til sykehjemsbeboere. Respondentene ble således spurt om hvordan de mente at den faglige oppfølgingen kunne bli bedre. Resultatene peker i retning av at pårørende til hjemmeboende mente at den faglige oppfølgingen ville blitt bedre om de hadde hatt en fast sykepleier å forholde seg til. Pårørende til sykehjemsbeboere mente at bedre bemanning var viktig for god faglig oppfølging.

Kvalitet i tjenestene: Analysene av respondentenes vurderinger av tjenestene viser i all hovedsak nokså god tilfredshet. Analyser hvor sykepleiermangel og utilstrekkelig faglig oppfølging ble benyttet som forklaringsvariabler, viste klare sammenhenger med tilfredshet ved flere av tjenestene. Resultatene peker på noen viktige forskjeller mellom pårørendegruppene og de ulike tjenestene med hensyn til betydningen av manglende sykepleierbemanning, faglig oppfølging og inkludering av pårørende. Generelt er pårørende til hjemmeboende mindre tilfreds med tjenestene sammenliknet med pårørende til sykehjemsbeboere. Utilstrekkelig faglig oppfølging trer fram som den viktigste enkeltfaktoren for manglende tilfredshet for flere av tjenestene, og spesielt for generell oppfølging av sykdomstilstanden. Det er også en klar sammenheng mellom manglende inkludering av pårørende når pleie og behandling skal planlegges og tilfredshet med ivaretagelse av ernæringsbehovet, smertelindring og ivaretagelse av psykiske plager og problemer.

Uheldige hendelser: Mer enn fire av ti hjemmeboende og sykehjemsbeboere har i løpet av de siste seks månedene opplevd fall. Dette er den hendelsen som forekommer oftest, og den er jevnt fordelt mellom hjemmeboende, sykehjemsbeboere og ut fra andre viktige kjennetegn. For flere av de andre uheldige hendelsene fremtrer et klarere mønster mellom pårørendegruppene og betydning av manglende sykepleierbemanning, faglig oppfølging og inkludering av pårørende. Det er en klar statistisk sammenheng mellom manglende sykepleierbemanning for forekomst av infeksjon og trykksår. Samtidig er det en sammenheng mellom utilstrekkelig faglig oppfølging og forekomst av infeksjon, og mellom manglende inkludering av pårørende og

forekomst av trykksår. Analysene viser en klar sammenheng mellom utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske problemer og manglende sykepleierbemanning på forekomsten av betydelig vekttap.

Oppfølging av uheldige hendelser: Respondentene ble spurt om hvordan de opplevde oppfølgingen i etterkant av den eller de uheldige hendelsene. 19 prosent av pårørende til hjemmeboende svarte at de er svært fornøyd med oppfølgingen, tilsvarende for pårørende til sykehjemsbeboere var 30 prosent. Det er en betydelig andel som rapporterte at oppfølgingen er nokså eller svært dårlig. Blant pårørende til hjemmeboende rapporterte mer enn to av ti om nokså eller svært dårlig oppfølging. Andelen for pårørende til sykehjemsbeboere er lavere og henholdsvis på syv og seks prosent.

Trivsel og livskvalitet: Selv om de fleste brukere av hjemmesykepleien trivs med den hjemmesykepleien de får, kommer det tydelig frem at flere pårørende er kritiske til tilretteleggingen av fysiske aktiviteter. Om lag halvparten av de pårørende er ikke tilfreds med tilretteleggingen av fysisk aktivitet. Dette gjelder for begge pårørendegruppene, og det er ingen signifikante forskjeller mellom dem. Når det gjelder sosiale aktiviteter, svarer 41 prosent av pårørende til hjemmeboende at de er nokså eller svært uenige i at den de er pårørende til, får tilrettelagt sosiale aktiviteter. Tilsvarende for pårørende til sykehjemsbeboere er 35 prosent.

1 Innledning

Forskningsinstituttene NOVA (Høgskolen i Oslo og Akershus) og Nordlandsforskning har på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) gjennomført en studie om betydningen av sykepleierdekning og -kompetanse for kvalitet i helsehjelp pasientsikkerhet og livskvalitet blant brukere av hjemmesykepleien og personer med opphold i sykehjem. Et hovedformål med studien er å frem-skaffe ny kunnskap om disse forholdene fra et pasient- og pårørendeperspektiv. Bakgrunnen for oppdraget er et ønske om å kartlegge brukere og pårørendes opplevelser av kvalitet i tjenester som mottas, forekomst av uheldige hendelser og oppfølging i etterkant, inkludering av pasienter og pårørende, og hvilken betydning bemanning av sykepleiere og kompetanse har for disse forholdene.

Økt innsikt i slike forhold fra et pasient- og pårørendeperspektiv er viktig etter at en rekke undersøkelser og tilsyn har avdekket mangler og svikt innen eldreomsorgen (f.eks. Gautun og Hermansen 2010; Gjevjon og Hellesø 2010; Helsetilsynet 2010; Malmedal 2013; Norsk Senter for menneskerettigheter 2014). I hvilken grad mangler og svikt skyldes lav sykepleierdekning og svak faglig kompetanse er uklart. Det vi vet er at Norge har generelt store utfordringer med å få rekruttert nok kvalifisert helsepersonell til helse- og omsorgs-sektoren (Helsedirektoratet 2014; NAV 2016; KS 2016). Kommunehelse-tjenesten opplever spesielt store utfordringer, både med å beholde og rekruttere sykepleiere (Gautun, Øien & Bratt 2016, NSF Avgangsundersøkelsen 2015, KS 2016). Det er også store avvik mellom antallet sykepleiere som er satt opp til å jobbe og den faktiske bemanningen (ECON 2009; Holmeide og Eimot 2010; Gautun 2011).

1.1 Hvordan sykepleiere opplever underbemanning

Utfordringer med å rekruttere sykepleiere og problemer med å erstatte kvali-fisert arbeidskraft ved fravær, er kritisk med tanke på det høye helserelaterte fraværet blant sykepleiere og, ikke minst, det store behovet for sykepleiere i fremtiden. Betydningen av underbemanning på kvaliteten på tjenestene som gis, er vanskelig å dokumentere. Slik dokumentasjon er likevel svært relevant, og vil sette rammer for hvordan sykepleiere og annet helsepersonell kan utøve sin omsorg ovenfor eldre brukere og pasienter, og kontakt med pårørende. Det finnes lite nasjonal og internasjonal forskning om dette.

To norske studier, Gautun og Hermansen (2011) og Gautun, Øien og Bratt (2016), finner en klar tendens til at sykepleiere jobber under et stort tidspress, og at tiden de har til rådighet til den enkelte pasient ikke strekker til og påvirker kravene til forsvarlig behandling. Gautun, Øien og Bratt (2016) belyser underbemanning og kvalitet i helsehjelp fra et sykepleierperspektiv basert på en spørreundersøkelse blant 4945 sykepleiere som arbeider i sykehjem og hjemmesykepleien. Fokus i undersøkelsen var sykepleieres egen vurdering av hvorvidt underbemanning påvirker kvaliteten på tjenestene de gir og deres arbeidsmiljø. Gjennomgående for undersøkelsen var at mange sykepleiere opplevde at kvaliteten som gis i sykehjem og hjemmesykepleien, er utilstrekkelig. Flertallet av sykepleierne rapporterte at de hadde for liten tid til å følge med på eventuelle endringer i den enkelte pasients helsetilstand. Slik oppfølging er avgjørende for å forebygge forverring av sykdomstilstand og tilrettelegge for iverksetting av spesialiserte helsetjenester. Om lag 30 prosent av sykepleierne rapporterte at medisinske behov ikke blir ivaretatt godt nok, 50 prosent rapporterte om legemiddelfeil, og 20 prosent rapporterte at pasientene ikke får dekket sine ernæringsbehov. Et stort flertall ga også uttrykk for at pasientene i sykehjem og hjemmesykepleien mangler et tilfredsstillende kulturtilbud og tilstrekkelig med aktivisering.

1.2 Rapportens bidrag og oppbygning

Hvordan pasienter og pårørende opplever kvalitet i tjenestene, pasientsikkerhet og livskvalitet, og hvorvidt dette kan knyttes til sykepleiermangel og faglig oppfølging, er et område det er forsket lite på. Denne studien belyser disse forholdene ved hjelp av tre komplementære delprosjekter.

Delprosjekt 1 er en litteraturstudie hvor formålet har vært å utarbeide en kunnskapsstatus over nasjonal og internasjonal forskning om sykepleierbemanning og kvalitet i eldreomsorgen. Delprosjekt 2 er en kvalitativ studie med dybdeintervjuer av 10 pårørende sentrert rundt temaer som ivaretagelse, trygghet, inkludering, og hvordan dette kan knyttes til bemanning og kompetanse. Delprosjekt 3 er en kvantitativ studie basert på en spørreundersøkelse blant brukere av hjemmesykepleien og pårørende. Formålet har vært å fremskaffe kunnskap om hvordan manglende sykepleierbemanning og faglig oppfølging har betydning for tilfredshet med tjenestene, uheldige hendelser og trivsel i hjemmesykepleien og sykehjem.

2 Kunnskapsoppsummering – konsekvenser av sykepleiermangel i sykehjem og hjemmesykepleie

Kristian Heggebø & Edith Roth Gjevjon

2.1 Innledning og bakgrunn

Norge har generelt sett store utfordringer med å rekruttere nok kvalifisert helsepersonell til helse- og omsorgssektoren (Helsedirektoratet 2017). For kommunene spesielt, er utfordringene betydelige. Kommunehelsetjenestene har særlige utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde sykepleiere (KS 2016). Det er per i dag en mangel på sykepleiere i kommunehelsetjenesten, noe som fører til at ubesatte sykepleierstillinger besettes av mindre kvalifisert helsepersonell (Gautun et al. 2016). Det er påvist en sammenheng mellom sykepleiermangel og sykepleiernes egen vurdering av opplevd kvalitet som for lav (Gautun et al. 2016).

I en tidligere intervjustudie om delegering i kommunehelsetjenesten settes det fokus på fordeler og ulemper ved at sykepleieroppgaver delegeres til helsepersonell uten helsefaglig utdanning grunnet sykepleiermangel (Bystedt et al. 2011). Resultatene viste at selv om pasienter kan sette pris på at han eller hun ser den samme personen oftere eller kan få raskere hjelp når dette er en assistent, er sykepleierne bekymret for kvaliteten – spesielt på helsehjelpen som utføres (ibid.).

Flere studier i sykehus har vist klare positive sammenhenger mellom sykepleierdekning og kvalitet og pasientsikkerhet i sykehus. Studier har dokumentert at mangel på sykepleiere har konsekvenser for pasientene, som økt dødelighet (Aiken et al. 2002a; 2002b; 2014, Needleman et al. 2002, Person et al 2004, Mark et al. 2004, Silber et al. 2007), flere komplikasjoner (Pronovost et al. 2001, Dang et al. 2002, Needleman et al. 2002, Ferrer et al. 2014) og flere feil blant de sykepleierne eller personellet som er tilstede (Duffield et al. 2011). Sykepleierkompetanse, dvs. å ivareta grunnleggende behov, observere, vurdere og ta beslutninger til det beste for pasienten – i samhandling med pasient og eventuelt pårørende og ut fra pasientens situasjon, ressurser og preferanser – er av betydning for pasienters helse. Mangel på denne kompetansen kan

påvirke om pasienten overlever et inngrep eller en komplikasjon, om pasientens helsetilstand forverres eller forbedres, og hvordan pasienten opplever helsetjenestenes kvalitet. Det er grunn til å tro at en slik påvirkning vil være å finne ved sykepleiermangel i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Norge, i tråd med sykepleieres egen vurdering av dette spørsmålet (Gautun et al. 2016).

Denne delrapporten beskriver en kunnskapsoppsummering med fokus på konsekvenser av sykepleiermangel i sykehjem eller hjemmesykepleie. Hensikten med kunnskapsoppsummeringen er å få oversikt over tidligere forskning (nasjonalt og internasjonalt) om konsekvenser av sykepleiermangel i sykehjem eller hjemmesykepleie. Kunnskapsoppsummeringen bidrar til å danne grunnlag for dybdeintervjuer med, og utvikling av spørreskjema til, pasienter og pårørende i del 2 og 3 av en større undersøkelse om konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene.

2.2 Gjennomføring

Bibliotekarer ved Høgskolen i Oslo og Akershus foretok litteratursøk i fire databaser: *Medline* (Ovid), *Cinahl* (Ebsco), *Academic Search Premier* (Ebsco) og *Web of Science*. Detaljer om utvikling av litteratursøket og søkehistorikk finnes i vedlegget til denne rapporten. Søket ga totalt 2216 treff (inkludert duplikater) i årene 2000–2017. På grunn av den store mengden studier valgte vi å inkludere studier publisert de siste 10 år (2007–2017), og etter denne begrensingen var det 1513 treff (inkludert duplikater). Kapittelforfatterne gjennomgikk titler og sammendrag for disse artiklene i fellesskap og ble enige om å inkludere 36 relevante studier om sammenhengen mellom sykepleierdekning og diverse utfall for pasienter og pårørende i sykehjem. I tillegg har vi gjennom hånd-søk inkludert fire publiserte studier som ikke ble fanget opp gjennom systematisk søk. Det totale antallet publikasjoner inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen er derfor 40, og nøkkelinformasjon for disse studiene er inkludert i Tabell 1 (se vedlegget).

2.3 Gjennomgang av litteratur om konsekvenser av sykepleiermangel

Søkene avdekket en rekke studier om sammenhengen mellom sykepleierdekning og diverse utfall for pasienter og pårørende, men i ulike nasjonale – og helsetjenestekontekster. Vi har ikke kunnet skille mellom utdanningsnivået

til alle som i studiene betegnes som sykepleiere. Til forskjell fra Norge, kan sykepleiere i andre land – også i Europa – ha utdanning på lavere nivå enn en bachelorgrad i sykepleie. I Norge må det ligge til grunn en bachelorgrad i sykepleie for å kunne få en offentlig godkjenning som sykepleier. Offentlig godkjente helsefagarbeidere (inkludert hjelpepleiere og omsorgsarbeidere), som er den største gruppen helsepersonell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, har en 3-årig utdanning i videregående skole. Denne undersøkelsen har fokus på mangel på offentlig godkjente sykepleiere i kommunehelse-tjenesten, det vil si, sykepleiere med minimum en bachelorgrad¹ i sykepleie.

Sykepleiermangel er definert på ulike måter i litteraturen. Flere studier studerer ikke mangel i seg selv, men konsentrerer seg om ulike mål på dekningsgrad, f.eks. pasient – sykepleier ratio (forholdstall), andel eller antall sykepleiertimer, eller andel sykepleiere av totalt antall helsepersonell.

I det følgende presenteres en oppsummering av resultatene av litteratursøket ut fra tre områder som ønskes belyst av Norsk Sykepleierforbund; 1) Pasientsikkerhet og kvalitet i helsehjelp, 2) Innleggelser og reinnleggelser, og 3) Livskvalitet og pasient-pårørendetilfredshet. Relevante detaljer fra de inkluderte publikasjonene er beskrevet i Tabell 1.

2.4 Pasientsikkerhet og kvalitet i helsehjelp

Vi har valgt å se på studier av pasientsikkerhet og kvalitet i helsehjelp samlet, siden disse dimensjonene overlapper i nokså høy grad. Flere studier har studert sammenhenger mellom sykepleierdekning og pasientsikkerhet og kvalitet i sykehjem (og omsorgsinstitusjon). Vi fant ingen studier som har studert dette i en hjemmesykepleiekontekst. Det finnes ulike mål på pasientsikkerhet, og ofte måles dette i forekomst av forverring av tilstand eller uheldige hendelser. I studiene som er gjennomgått her, var kliniske utfallsmål som trykksår, vekt-tap og infeksjoner brukt som indikasjoner, i tillegg til uheldige hendelser som fall blant pasienter og feil gjort av helsepersonell. Å gjøre feil – som å gi feil medisin, medisin til feil tidspunkt, eller igangsette feil behandling – kan være et resultat av økt arbeids- og tidspress grunnet sykepleiermangel/ underbemanning (Mrayyan et al. 2009). Kvalitet er et omfattende begrep som kan

¹ Sykepleiere som ble utdannet før gradssystemet ble innført 2003 er også offentlige godkjente sykepleiere i Norge. Les mer om Kvalitetsreformen og Bologna-prosessen her: http://www.uhr.no/documents/NUS_Groenmo.pdf

forstås og måles på mange måter. Helsehjelp av god kvalitet er «virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.» (Helsedirektoratet 2017). I det følgende beskrives funn fra studier som hadde til hensikt å studere sammenhenger mellom sykepleierbemanning og pasientsikkerhet og kvalitet i helsehjelpen gitt i sykehjem.

En studie av 37 sykehjem i 11 amerikanske stater fant ingen sammenheng mellom sykepleierdekning målt i antall timer per dag og fall blant pasienter (Horn et al. 2016). En tidligere studie av 15 350 amerikanske sykehjem fant heller ingen sammenheng mellom antall timer sykepleieromsorg per pasientdag og fall (Leland et al. 2012). En studie av 30 sykehjem i New England, USA fant ingen sammenheng mellom sykepleierdekning (to ulike mål) og tre pasientutfall: trykksår, vekttap, og økning i hjelp til dagligdagse gjøremål (Hurtado et al. 2016). En studie av 84 sykehjem for militære veteraner i USA fant heller ingen sammenheng mellom prosentandel sykepleiere og sannsynligheten for infeksjonssykdommer (Uchida-Nakakoji et al. 2015). Derimot fant en studie med grunnlag i nesten 400 000 observasjoner i sykehjem at høyere antall timer sykepleieromsorg per pasientdag minsket sannsynligheten for både trykksår og urinveisinfeksjon (Konetzka et al. 2008).

En undersøkelse av et representativt utvalg Amerikanske sykehjem fant en svak tendens til at høyere andel sykepleiere hang sammen med flere urinveisinfeksjoner. For timer per pasientdag omsorg utført av sykepleiere var det også en signifikant sammenheng: jo flere timer sykepleieromsorg, desto mindre bruk av kateter (Trinkoff et al. 2013). En studie av 16 sykehjem i USA fant at høyere sykepleierdekning er fordelaktig med hensyn til behandling av lungebetennelse (Hutt et al. 2008). Det er imidlertid heftet en del usikkerhet² rundt resultatene, og man bør ikke legge for mye vekt på dette empiriske funnet.

En studie av ansatte ved 107 sykehjem i Japan fant en negativ sammenheng, at et høyere antall sykepleiere per 100 pasienter hang sammen med høyere sannsynlighet for trykksår (Sandoval Garrido et al. 2014). En studie av 19 sykehjem i Sør Korea undersøkte sammenhengen mellom sykepleierdekning og 15 forskjellige kvalitetsindikatorer, f.eks. depresjon, aggressiv

² Den statistiske feilmarginen er veldig stor for de mest sentrale funnene: 95 % konfidensintervall for effekten av 'high aide ratio (>2.0 hrpd)' er 11.4—250.6 for pneumovax og 1.0—6.8 for influensa, og 3.5—43.8 for effekten av 'high licensed ratio (>1.2 hrpd)' på hospitalisering.

atferd, vekttap, etc. (Shin & Hyun 2015). Forfatterne fant en signifikant og positiv sammenheng med andel omsorg gitt av sykepleiere for tre av disse utfallene: fall, bevegelighet, og sondeernæring. Sammenhengen var nært signifikant for to andre utfall (antidepressjon/søvnmedisin og kognitiv reduksjon).

En metodisk solid³ studie av 3941 sykehjem i USA gir støtte til hypotesen om at høyere sykepleierbemanning fører til bedre omsorgskvalitet (Castle & Anderson 2011). Forfatterne finner signifikant færre hendelser for alle fire negative pasientutfall (fysisk tvang, kateterbruk, smertehåndtering og trykksår) ved sykehjem som øker sykepleierbemanningen over tid. Lignende positive resultater ble også rapportert i to tidligere storskala studier fra sykehjem i USA (Castle & Engberg 2007; Castle & Engberg 2008). En studie av 2840 sykehjem undersøkte forholdet mellom bemanning og 14 ulike indikatorer på omsorgskvalitet (Castle, Engberg & Men 2008). Antall (fulltids) sykepleiere per 100 beboere ble funnet å henge signifikant sammen med færre tilfeller for 12 av disse utfallene, bl.a. smerte, trykksår, fysisk tvang og forvirring. Alle sammenhengene er ikke like sterke, men tendensen er fortsatt ganske klar. En tidligere studie på samme datamateriale finner også en slik sammenheng, men effekten er mindre markant etter kontroll for gjennomtrekk av arbeidskraft (Castle, Engberg & Men 2007).

En kvalitativ undersøkelse fremhever tilstrekkelig bemanning som en nøkkelfaktor når det gjelder kommunikasjon mellom ansatte og pårørende på sykehjem (Majerovitz, Mollott, & Rudder 2009). En annen kvalitativ undersøkelse med 18 ansatte ved tre omsorgssenter i Melbourne, Australia vektlegger også tilstrekkelig antall ansatte med henhold til bruk av fysisk tvang (Moore & Haralambous 2007). Men studien finner samtidig at et omsorgssenter hadde ganske moderat bruk av fysisk tvang på tross av lav bemanning.

Kim et al. (2009) undersøkte sammenhengen mellom sykepleierbemanning og kvalitet i to grupper sykehjem: de som møtte (201 sykehjem), og de som ikke møtte (210 sykehjem) bemanningsstandarden i California. En høy andel sykepleierbemanning hadde en positiv sammenheng med kvaliteten, men effekten ble i stor grad påvirket av den totale bemanningen. Dette samsvarer med en norsk studie av 1926 pasienter ved 251 sykehjemsheter, som fant en signifikant sammenheng mellom høyere *generell* bemanning (flere

³ Studien bruker såkalte 'faste effekter' på sykehjemsnivå, noe som betyr at alle uobserverbare forhold ved sykehjem ikke kan påvirke resultatene. I tillegg blir det kontrollert for tidstrender.

hender tilgjengelig) og færre kvalitetsmangler (Kirkevold & Engedal 2008). Det var derimot ingen sammenheng mellom andel ufaglært arbeidskraft og kvalitetsmangler.

To andre norske studier fant negative sammenhenger mellom sykepleierdekning og kvalitetsindikatorer. En studie av 22 sykehjem i 7 norske fylker (Finnmark, Nord-Trøndelag, Hordaland, Hedmark, Oslo, Akershus, og Aust-Agder) fant en negativ sammenheng mellom sykepleierdekning og mengden sosiale aktiviteter som tilbys (Kjøs & Havig 2016). Forfatterne tolker dette som at sykepleiere har en mer medisinsk forståelse av hva det vil si å tilby kvalitetsomsorg. En studie av 16 sykehjem i Sør Trøndelag undersøkte tre mål på utilstrekkelig omsorg (emosjonell, forsømmelse, og fysisk), og de fant ingen sammenheng med hverken personaltetthet eller utdanningsnivå på sykehjemmene (Malmedal et al. 2014). Emosjonelle former for utilstrekkelig omsorg – som å latterliggjøre en pasient – var signifikant høyere ved sykehjem med flere ansatte med høyere utdanningsnivå.

En studie av 156 sykehjemsenheter i fire amerikanske delstater fant ingen sammenheng mellom antall timer omsorg utført av sykepleiere per pasientdag og syv ulike utfallsvariabler (Arling et al. 2007). En studie av 663 sykehjem i Florida fant heller ingen effekt av antall timer omsorg utførte av sykepleiere per pasientdag for to ulike samlemål på omsorgskvalitet⁴ (Hyer et al. 2011). En studie av 48 sykehjem i Østerrike fant ingen sammenheng mellom ansatt—beboer ratioen og potensielt feil i legemiddelbehandling (Mann et al. 2013), mens en studie av 1174 amerikanske sykehjem fant ingen effekt av hverken timer sykepleieromsorg per pasientdag eller høyere andel sykepleiere på fire ulike kvalitetsindikatorer⁵ (Lerner et al. 2014).

Resultatene av de 24 studiene vi har gått gjennom til nå spriker ganske mye. Elleve av studiene rapporterer om ingen⁶ statistisk sammenheng mellom sykepleierbemanning og pasientsikkerhet eller kvalitet i helsehjelp. Tre studier viser negativ effekt av høyere sykepleierdekning, mens de resterende ti

⁴ To omfattende indekser er her brukt som mål på omsorgskvalitet. 'Total Deficiency Score' består av 180 ulike indikatorer. 'Quality of Care Deficiency Score' består av 72 indikatorer, bl.a. rehabiliteringstilbud, ernæring, og tannhelse- og legetjenester.

⁵ (1) Total Nursing Care Deficiencies, (2) Quality of Care Deficiencies, (3) Quality of Life Deficiencies, og (4) Resident Behavior Deficiencies.

⁶ Shin & Hyun (2015) er medregnet her, siden studien bare finner en signifikant sammenheng for 3 av 15 utfall.

studiene viser positive effekter. Merk at hele fem av de sist nevnte kommer fra det samme forskermiljøet i USA (Castle & Anderson 2011; Castle & Engberg 2007; Castle & Engberg 2008; Castle, Engberg & Men 2008; Castle, Engberg & Men 2007). I tillegg er den statistiske usikkerheten stor for en av studiene (Hutt et al. 2008).

Det er, med andre ord, vanskelig å trekke noen klare slutninger om betydningen av sykepleierbemanning for pasientsikkerhet og kvalitet i helsehjelp ut fra den eksisterende litteraturen. Dette sammenfaller ganske bra med hva forfatterne av en systematisk litteraturstudie skriver: «den eksisterende bevisbyrden tillater ingen klar konklusjon hva gjelder forholdet mellom sykepleierbemanning og kvaliteten på omsorg for pasienter ved sykehjem» (Spilsbury et al. 2011: 746). I en annen systematisk litteraturstudie – om legemiddelsikkerhet i sykehjem – konkluderes det med at det er *mengden ansatte* på sykehjem som er avgjørende: «[...] tilstrekkelig antall ansatte ved sykehjem bidrar til å begrense hendelser, slik som fall og brudd, som kan være et resultat av medisinerings [...] ansatte—pasienter ratioen spiller en essensiell rolle gjennom å forhindre medisineringsfeil og bruddhendelser» (Al-Jumaili et al. 2017: 5). Det kan også være *metodiske årsaker* som står bak de sprikende resultatene, noe vi kommer tilbake til senere i kapitlet.

2.5 Innleggelses og reinnleggelses

Flere studier i denne kunnskapsoppsummeringen har funnet en sammenheng mellom sykepleierbemanning og innleggelses til spesialisthelsetjenesten. Høyere andel sertifisert helsepersonell hang sammen med lavere risiko for sykehusinnleggelses i en studie av 170 omsorgsboliger i fire amerikanske delstater (Stearns et al. 2007). Det var imidlertid ingen slik sammenheng for hverken dødelighet, overføring til sykehjem, eller sykdomsbyrde. En annen amerikansk undersøkelse, som studerte forløpene til langtidspasienter ved sykehjem som døde i 2007, fant at enheter med større andel sykepleiere hadde færre potensielt unngåelige sykehusopphold (Xing et al. 2013). En studie av 37 sykehjem i 11 amerikanske stater fant også at flere sykepleiere hang sammen med færre overføringer til sykehus (Horn et al. 2016).

Sykepleierbemanning hadde ingen sammenheng med sannsynlighet for lange opphold (over 180 dager) på hospice, ifølge en studie av et stort regionalt hjem for kronisk syke i New England, USA i perioden 2001—2008 (Huskamp et al. 2010). Men pasienter på sykehjem med høyere sykepleierbemanning ble

funnet å ha større sannsynlighet for korte opphold (tre dager eller færre) på hospice. En metodisk solid studie av registerdata fra KOSTRA og Norsk pasientregister knyttet til 427 norske kommuner i perioden 2010—2013 fant ingen effekt av økning i andel sykepleierårsverk i pleie- og omsorgssektoren på redusert liggetid i sykehus for somatiske pasienter over 80 år (Hermansen & Grødem 2015).

Resultatene for (re-)innleggelser spriker også noe: Tre studier finner positive effekter av høyere sykepleierbemanning, Huskamp et al. (2010) rapporterer om blandende empiriske funn, mens Hermansen & Grødem (2015) finner ingen sammenheng.

2.6 Livskvalitet og pasient- og pårørendetilfredshet

Livskvalitet er et mye brukt mål når effekten eller opplevelsen av helsetjenester skal vurderes. Det finnes mange ulike verktøy i form av spørreskjemaer som måler livskvalitet. Pasienters og pårørendes tilfredshet er også viktige mål på om og hvordan helsetjenestene bidrar til helse og livskvalitet for de som er berørt. Studiene som er inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen viser både positive og negative sammenhenger mellom sykepleierdekning og livskvalitet.

Sykepleierdekning over medianen (målt som timer per pasientuke) henger sammen med lavere sannsynlighet for nedgang i helserelatert livskvalitet blant pasienter ved 31 sykehjem i Italia (Fedecostante et al. 2016). En studie av åtte sykehjem i delstaten New York, USA undersøkte sammenheng mellom sykepleierbemanning og 12 mål på livskvalitet, f.eks. verdighet, sikkerhet og meningsfulle aktiviteter (Shin et al. 2014). Timer per pasientdag sykepleieromsorg hadde ingen sammenheng med noen av de 12 utfallene, mens en høyere andel sykepleiere sammenlignet med andre helsearbeidere hang sammen med signifikant dårligere skår på tre av utfallene.

En studie av 25 sykehjem i Iowa, USA, fant få tegn til at høyere andel sykepleiere var relatert til bedre livskvalitet (Shin 2013). Av 12 livskvalitetsutfall totalt var det kun en signifikant positiv sammenheng, nemlig mellom flere sykepleiere og pasienters funksjonsnivå. Det er samtidig negative sammenhenger for både autonomi og åndelig tilfredshet. Når det gjelder antall timer sykepleieromsorg per pasientdag, er det ingen signifikante sammenhenger for fulltidsarbeid, men to signifikant positive sammenhenger (komfort og fornøyelse) for deltidsarbeid utført av sykepleiere. For sykepleiertimer

totalt er det to negative sammenhenger; for meningsfull aktivitet og relasjoner. En annen amerikansk studie av 23 sykehjem fant heller sammenheng mellom sykepleierbemanning og depresjon hos pasientene (Cassie & Cassie 2012).

Når det gjelder pårørendetilfredshet fant en studie av 21 sykehjem i 7 norske fylker (Finnmark, Nord-Trøndelag, Hordaland, Hedmark, Oslo, Akershus, og Aust-Agder) at andelen sykepleiere ikke hadde en sammenheng med hvor godt pårørende oppfattet kvaliteten⁷ (Havig et al. 2011). Andelen helsepersonell uten fagutdanning, derimot, hadde en negativ effekt på oppfattelsen av kvalitet.

Bare en (Fedecostante et al. 2016) av fem studier som ser på livskvalitet og pasient- og pårørendetilfredshet rapporterer om en positiv effekt av høyere sykepleierbemanning. De resterende studiene finner ingen sammenheng, mens Shin et al. (2014) til og med finner spor av negative effekter av høyere andel sykepleierbemanning. Disse empiriske funnene sammenfaller med en systematisk litteraturstudie som konkluderer som følger: «Denne litteraturgjennomgangen fant ikke overbevisende bevis for en positiv sammenheng mellom sykepleierbemanning og livskvalitet» (Backhaus et al. 2014: 391). Dette er i tråd med en annen litteraturstudie hvor forfatterne vektlegger at det er behov for mer – og bedre – forskning på dette området (Shin & Bae 2012: 50).

I en systematisk litteraturstudie av nyere dato konkluderer forfatterne derimot noe annerledes: «Flesteparten av de inkluderte studiene i denne gjennomgangen rapporterer konsekvent at høyere sykepleierdekning, og høyere andel sykepleiere sammenlignet med andre helsearbeidere, er assosiert med bedre kvalitet på sykehjem» (Dellefield et al. 2015: 103), noe Gruneir & Mor (2008: 375) sier seg enig i: «Bemanningsproblemer er blant de mest fremtredende barrierer for omfattende kvalitetsforbedringer».

2.7 Diskusjon

Kunnskapsoppsummeringens hensikt har vært å få oversikt over publisert forskning om konsekvenser av sykepleiermangel i sykehjem eller hjemmesykepleie og slik danne grunnlag for en empirisk studie fra pasienters og pårørendes perspektiv. Vi har presentert resultater fra 33 empiriske studier og

⁷ Kvalitet er her målt som en indeks, bestående av fem enkeltindikatorer: (i) medisinsk behandling, (ii) generell omsorg, (iii) sosiale aktiviteter, (iv) sosial interaksjon, og (v) generell oppfattelse av omsorgskvalitet.

7 litteraturstudier som gir et slikt bidrag. Ingen av studiene som ble identifisert og gjennomgått har fokus på hjemmesykepleie. En kan likevel anta at resultatene kan ha overføringsverdi om en ser resultatene i lys av sykepleier – pasientinteraksjonen og utøvelse og mottak av sykepleie. Den generelle kompetansen og utøvelsen av sykepleie kan sammenliknes på tvers av kontekst. Eldre pasienter som mottar sykepleie i hjemmesykepleie eller sykehjem i Norge har sammensatte behov for helsehjelp grunnet alvorlig sykdom eller helsetilstand. Flere og flere eldre innbyggere som mottar hjemmesykepleie er i likhet med beboere i sykehjem multisyke, bruker mange legemidler og er i behov av at helsepersonell har tilstrekkelig fagkompetanse til å ivareta pasientenes behov.

Resultatene fra denne kunnskapsoppsummeringen spriker ganske mye. Noen studier finner at flere sykepleiere er relatert til bedre utfall, noen andre finner det motsatte, og ganske mange finner ingen statistisk sammenheng mellom sykepleierdekning og pasientutfall. Resultatene er kanskje mest entydige for (re)innleggelser, der det virker å være en ‘beskyttende’ effekt av å ha flere sykepleiere på jobb. Men studien som er mest solid metodisk finner ingen sammenheng (Hermansen & Grødem 2015), og det er derfor knyttet usikkerhet også til resultatene for (re)innleggelser på sykehus.

Det er i alle fall fire viktige årsaker til at resultatene i denne kunnskapsoppsummeringen varierer så mye. For det første, det er ingen studier som måler *sykepleiermangel* direkte. Alle studier ser på ulike mål på dekningsgrad, for eksempel antall timer sykepleieromsorg per pasientdag eller andelen sykepleiere. Dette er en åpenbar feilkilde, fordi det ikke er noe naturlig sammenfall mellom dekningsgrad og mangel. Det er fullt mulig at et sykehjem som har relativt høy sykepleierdekning ‘på papiret’ opplever en alvorlig sykepleiermangel, noe som i så tilfelle innebærer at man ikke måler det man tror at man måler. For det andre, det er ofte utfordrende å skille mellom *ulike typer sykepleiere* i de internasjonale studier som er inkludert i kunnskapsoppsummeringen. I USA benyttes for eksempel både ‘Registered Nurse’, som tilsvarer offentlig godkjent sykepleier i Norge og ‘Licensed Practical Nurse’, som her kan sammenliknes med den norske helsefagarbeideren. Disse kategoriene «sykepleier» blir til dels slått sammen til én sykepleierkategori i analysene. For det tredje, det er åpenbare kvalitetsforskjeller hva gjelder *datamaterialene* som er blitt benyttet i de inkluderte studiene, noe som kan ha en viktig innvirkning på resultatene. For det fjerde, det er ganske utbredt med forholdsvis enkle

statistiske analyseteknikker (se tabell 1, kolonne 4), noe som er uheldig. Beskrivende analysemetoder, slik som logistisk regresjon, er ikke egnet til å gi svar på en såpass komplisert problemstilling som vi står overfor her. Mer avansert kausal modellering med kontroll for tidstrender og faste (uobserverbare) forhold ved sykehjemmene er et minimumskrav, og ulike former for ‘naturlige eksperimenter’ er å foretrekke. Det skal samtidig nevnes at selv blant studier som bruker solide statistiske analyser varierer resultatene og konklusjonene (se f.eks. Konetzka et al 2008; Castle & Anderson 2011; Hermansen & Grødem 2015; Uchida-Nakakoji et al. 2015).

Vi er ikke alene om å ytre disse metodiske bekymringene. Flere systematiske litteraturstudier har vist at det kan være vanskelig å trekke definitive konklusjoner om evidens for konsekvenser av sykepleiermangel eller sykepleierbemanning i sykehjem, grunnet metodiske svakheter ved empiriske studier (Collier & Harrington 2008, Gruneir & Mor 2008, Spilsbury et al. 2011, Backhaus et al. 2014). Med andre ord, det er et stort behov for *mer, bedre, og mer policyrelevant* forskning på konsekvenser av sykepleiermangel i sykehjem og hjemmesykepleie.

Det kan samtidig være mer substansielle grunner bak de sprikende resultatene. Flere av de inkluderte studiene er inne på at det kanskje er den *totale bemanningen* som har mest å bety (Kirkevold & Engedal 2008; Kim et al. 2009; Al-Jumaili et al. 2017). I tillegg kan det være en rekke *andre (uobserverte) faktorer* som kan spille en viktig rolle, eventuelt i et samspill med sykepleierdekning. Det kan for eksempel være slik at relativt lav sykepleierdekning ikke fører til lavere omsorgskvalitet ved en sykehjemsenhet, så lenge enheten har et godt arbeidsmiljø og en velfungerende ledelse. Framtidig forskning på dette området må ta høyde for slike samspill – i tillegg til å måle sykepleiermangel på en god måte – dersom vi skal komme til bunns i dette viktige temaet.

3 Data og metode for delprosjekt 2 og 3

Janikke Solstad Vedeler & Elisabeth Ugreninov

Dette kapitlet redegjør for datagrunnlag og metodologi for delprosjekt 2 og 3. Betydningen av sykepleierdekning og kompetanse for kvalitet i tjenestene i sykehjem og hjemmesykepleien er undersøkt ved hjelp av intervjuer med pårørende og en spørreundersøkelse blant brukere av hjemmesykepleien og pårørende.

Forskningsprosjektet er gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer. Datainnsamlingen er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Informasjon om brukere og mottakere av helse relaterte tjenester er taushetsbelagt. Dette betyr at ingen av de involverte partene i prosjektet (NOVA, Nordlandsforskning, Respons analyse og oppdrags giver) har under noen omstendigheter hatt tilgang til pasient- og pårørendelister. Kommunene har sendt ut spørreskjema til brukere av hjemmesykepleien og pårørende. Deltakere i undersøkelsen sendte besvarelsene direkte til Respons analyse, slik at kommunen ikke har noen mulighet for å identifisere brukere av hjemmesykepleien og pårørende i de presenterte analysene.

I det som følger presenterer vi datagrunnlag og metodologi for delprosjekt 2 (kvalitativt) og delprosjekt 3 (kvantitativt). Vi diskuterer kort forhold ved dataproduksjonen og metode. Innsikt i datagrunnlag og metode er viktig for å forstå de funnene som vi presenterer.

3.1 Datagrunnlag og metode – de kvalitative intervjuene

Vi har intervjuet ti pårørende, som alle ble intervjuet vinteren og våren 2017. I alt var det åtte kvinner og to menn, og de var pårørende til en mor, far eller ektefelle hvorav to nylig hadde dødd. De fleste hadde flere år med pårørender erfaring knyttet til sykehjem, og under intervjuet dro flere veksel på sine erfaringer også med hjemmesykepleie før den de var pårørende til flyttet på sykehjem.

Åtte av de pårørende hadde sin mor, far eller ektefelle boende på sykehjem enten i den samme kommunen de selv bodde eller i nabokommunen. To pårørende bodde langt unna sin far eller mor. De som bodde nær besøkte

sin mor, far eller ektefelle ofte – ei var hos mannen sin hver dag, de andre dro på besøk en til flere ganger i uka, hverdag som helg. Fem av de pårørende var pensjonister mens fem var i jobb.

Flere av sykehjemsbeboerne hadde behov for pleie da de ikke lenger klarte å stelle seg selv og hadde fått redusert mobilitet. Alle utenom en hadde også redusert kognitiv funksjon og hadde vanskeligheter med å orientere seg og utføre aktiviteter i hverdagen. Og alle utenom en bodde på et kommunalt drevet sykehjem – en av beboerne bodde på et sykehjem som var privat kommersielt drevet.

Intervjusamtalen med den pårørende varte om lag en til halvannen time – med unntak av ett intervju som varte tre og en halv time og var et gruppeintervju med tre pårørende. Intervjusamtalen handlet om pårørendes erfaringer med ivaretagelse på sykehjemmet, om trygghet (pasientsikkerhet) og om hvordan pårørende opplevde inkludering av dem selv ved planlegging av pleie og behandling. Sentralt tema for denne studien var sykepleiermangel, og dette ble tematisert ved spørsmål om bemanning og kompetanse. (Se intervjuguiden – vedlagt.) Vi gjorde digitale lydopptak av intervjuene, og de ble transkribert. Intervjupersonene er sikret anonymisering, og vi har gitt dem fiktive navn i denne teksten.

Vi rekrutterte intervjupersoner til studien på en strategisk måte, der vi blant annet var interessert i geografisk spredning og ulik størrelse på sykehjem. På grunn av den korte tidsrammen til prosjektet, benyttet vi egne personlige og faglige nettverk for å komme i kontakt med aktuelle intervjupersoner. Vi fikk vi til god variasjonsbredde. Vi intervjuet pårørende som hadde deres nærmeste boende på sykehjem i en mellomstor kommune (to personer) og stor kommune (seks personer), hvorav to bodde i Nord-Norge, en på Vestlandet og fem på Østlandet. Antall beboere på sykehjem varierte fra om lag 40 til 100 beboere. Vi knytter også variasjonsbredde til intervjuenes innhold da vi fikk mange ulike fortellinger om ivaretagelse, trygghet, inkludering, og bemanning og kompetanse.

Utvalgsriteriet for å delta i intervjuet, var at personen var pårørende til en beboer av sykehjem. Det er derfor tale om et «spesielt utvalg» (Thagaard, 2003 s. 56): Vi har intervjuet personer som har tatt kontakt for å fortelle om sine erfaringer med ivaretagelse, trygghet, inkludering, og bemanning og kompetanse. Vi har snakket med personer som tydelig hadde historier de ønsket å dele med «andre». Fortellingene ble produsert i en interpersonlig

kontekst, slik at de snakket til bredere sosiale og kulturelle kontekster (Squire, 2008 s. 44). Flere intervjupersoner ønsket at deres erfaringer kunne komme andre til nytte, og kanskje kan vi si at forskeren her ses på som et talerør for den pårørendes fortelling. Denne «andre» kunne for eksempel være beboere i sykehjem. Den «andre» kunne også være politikutformere og de som arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, både ansatte i sykehjem og ulike nivåer av ledere. Intervjupersonene forholdt seg altså til flere lag av kontekst i tillegg til selve intervjusituasjonen. De ønsket å være med i prosjektet og dele sine erfaringer fordi de ønsket sine fortellinger gjort kjent, enten det var til andre pårørende, beboere i sykehjem, eller til politikutformere og andre med makt til å påvirke kvaliteten på tjenestene i et sykehjem.

3.2 Metode

Vi valgte fortelling som metode for å få innblikk i intervjupersonenes erfaringer som pårørende til en mor, far eller ektefelle som bodde på sykehjem. Vi vektlegger primært en erfaringscentrert tilnærming. Det vil si at vi forholder oss til intervjupersonenes fortellinger som meningsbærende og som gir tilgang til intervjupersonenes erfaringer: I analysen av datamaterialet har vi vært opptatt av innhold (hva de forteller) framfor form (hvordan de forteller) (Lieblich, Zilber, & Tuval-Mashiach, 1998).

En narrativ tilnærming i kvalitative studier tydeliggjør at alle former for erfaringsrepresentasjoner innebærer avgrensninger og fortolkninger. Riessman (1993) har en modell som skisserer hvordan den narrativorienterte forskeren må rette oppmerksomheten mot ulike sider ved intervjukonteksten, for fortellingen produseres i møtet mellom intervjuperson og forsker. Fortellingen gir nødvendigvis ikke innsikt i det som faktisk skjedde, men perspektivet er at:

... stories are usually constructed around a core of facts or life events, yet allow a wide periphery for the freedom of individuality and creativity in selection, addition to, emphasis on, and interpretation of these 'remembered facts' (Lieblich, Zilber, & Tuval-Mashiach, 1998 s. 8).

3.3 Datagrunnlag og metode – kvantitativ del

Spørsmålene om konsekvenser av sykepleierdekning og kompetanse for kvalitet i tjenester er belyst gjennom en postal spørreundersøkelse. Den ble rettet til personer over 67 år som er brukere av hjemmesykepleien (heretter kalt

brukere), pårørende til personer over 67 år med opphold i sykehjem (heretter kalt pårørende til sykehjemsbeboere) og pårørende til personer over 67 år som er brukere hjemmesykepleien (heretter kalt pårørende til hjemmeboende).

3.4 Datainnsamling spørreundersøkelsen

For å få tilgang til et utvalg bestående av brukere og pårørende ble det i første omgang rekruttert kommuner, som igjen oppga ønsket antall spørreskjemaer som kommunen selv sendte ut til brukere og pårørende. Kommunene fikk tilsendt ønsket antall konvolutter. Hver konvolutt inneholdt en portobetalt konvolutt og et spørreskjema. Den første siden av spørreskjemaet ga informasjon om formålet med studien, antall spørsmål, om informert samtykke og litt om hvem som gjennomførte undersøkelsen. Brukere av hjemmesykepleien og pårørende som ønsket å bli med i studien, fylte ut spørreskjemaet og sendte det til Respons analyse som registrerte svar og overleverte en anonym datafil til forskerne.

Rekruttering av kommuner var vanskelig og tidkrevende. For det første var det vanskelig å finne riktig kontaktperson i kommunen. Noen kommuner hadde en klar oversikt over kontaktpersoner med lett tilgjengelig informasjon om telefonnummer og epostadresse, mens andre kun hadde en felles e-postadresse. For det andre var det vanskelig å rekruttere kommuner. Vi tok kontakt med 71 kommuner med en forespørsel om deltakelse i en spørreundersøkelse med temaet sykepleiermangel og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleie sett fra et pasient- og pårørendeperspektiv. Av de 71 kommunene som ble kontaktet ønsket ni kommuner å være med. Kommunene befinner seg i fylkene Hedmark, Buskerud, Vestfold, Vest-Agder og Nordland. Alle kommunene ble i første omgang kontaktet via e-post, deretter vekslet vi i starten på å sende purring per e-post eller over telefon. I hvilken grad vi benyttet e-post eller telefon ved purring ga ingen ulik responsrate, så etter hvert fikk de fleste kommunene purring via e-post da dette var mindre tidkrevende. Fra de fleste kommunene, og spesielt blant de som kun hadde en felles e-post adresse, fikk vi aldri noen tilbakemelding. Blant de kommunene som ikke ønsket å delta og som vi fikk tilbakemelding fra, var de fleste begrunnelsene rettet mot at de nylig har, eller skal gjennomføre egne brukerundersøkelser, eller manglende ressurser til å sende ut konvoluttene (prosjektet betalte kostnadene ved utsending av konvoluttene, men ikke arbeidet med å påføre adresser på konvoluttene).

De deltakerkommunene som ønsket å bli med, bestemte selv hvor mange spørreskjemaer de hadde kapasitet til å sende ut. Dette har resultert i stor variasjon av respondenter innen relativt like kommuner med hensyn til antall innbyggere. Totalt ble det sendt ut 2044 pårørendeskjemaer og 1108 brukerskjemaer til de ulike kommunene. Til sammen svarte 265 pårørende til sykehjemsbeboere, 213 pårørende til hjemmeboende og 124 brukere. Vi har fått noen indikasjoner på at flere brukere og pårørende som har fått tilsendt spørreskjemaer, ikke var i målgruppen. NOVA og Nordlandsforskning har fått flere telefoner fra pårørende og brukere som har gjort oss oppmerksomme på at brukere av hjemmesykepleie var under 67 år, hadde midlertidig sykehjemsplass, eller at pasient eller bruker var død, disse har ikke fylt ut spørreskjemaene. Sannsynligheten for at dette gjelder flere, som ikke har tatt kontakt med oss for å gi tilbakemelding, er stor. Flere spørreskjemaer har også med stor sannsynlighet blitt sendt til adresser som ikke lenger er i bruk. NOVA har fått om lag 40 brev i retur fra Posten som skyldes feil adresse. Forhold som nevnt over gjør at utvalget ikke er representativt og det er heller ikke mulig å beregne svarprosenten.

3.5 Det postale spørreskjemaet

Det finnes en del litteratur på hvordan spørreskjemaer bør utarbeides med hensyn til bruk av svarkategorier, antall spørsmål og rekkefølgen på spørsmålene (Garratt, Helgeland og Guldbransen, 2010). Gjennomføring av spørreundersøkelser blant personer over 67 år som mottar hjemmesykepleie, og pårørende til personer over 67 år med opphold i sykehjem eller brukere av hjemmesykepleie, kan by på spesielle utfordringer. Generelt er det en tendens til at eldre har lavere svarprosent enn yngre. I denne studien vil også en del av brukerne ha helseutfordringer som kan påvirke deres muligheter for å fylle ut et spørreskjema. Telefonintervjuer ble vurdert, men pasient- og pårørendelister er taushetsbelagt og kan ikke gis uten informert samtykke. På grunn av tidsbegrensninger og kapasitet hos kommunene, ville en innhenting av informert samtykke gjennom kommunene ikke vært et reelt alternativ. Spørreundersøkelsen er av den grunn basert på postale spørreskjemaer som kommunene har sendt ut til aktuelle respondenter. Spørreskjemaene ligger vedlagt.

Utformingen av spørreskjemaene er spesielt viktig for målgruppen i denne studien, vi har derfor lagt oss tett opp til en lettest standart. Selvfyl-

lende spørreskjemaer har blitt mye brukt i studier som ønsker å innhente informasjon fra pasienter og helse- og omsorgsarbeidere (Garratt, Helgeland og Gulbrandsen, 2010). En rekke norske studier har tidligere benyttet en 5- eller 10-punkts skala med definerte verdier i ytterpunktene (The Patient Experiences Questionnaire, PEQ). Etter en grundig diskusjon i ekspertgruppen og en gjennomgang av tidligere forskning basert på spørreundersøkelser blant pasienter (se en nærmere beskrivelse i Garratt, Helgeland og Gulbrandsen, 2010), har vi valgt å benytte en 5-punkts Likert skala som grunnlag for utformingen av svarkategoriene. Tilsvarende svarkategorier benyttes også i nasjonale spørreundersøkelser blant personer som har hatt opphold på norske sykehus. Kort fortalt betyr Likert skala at svarkategoriene består av fem rangerte gjensidig utelukkende kategorier hvor alle kategoriene er definert. Eksempelvis: helt enig, nokså enig, verken enig eller uenig, nokså uenig og svært uenig. Vi har i tillegg valgt å ha en kategori «ikke relevant» for å fange opp og redusere frafall av pasienter og brukere som for eksempel ikke mottar en spesiell type tjeneste. Det er også lagt inn flere åpne felt som respondentene kan fylle inn annen relevant informasjon knyttet til spørsmålene eller om forhold som ikke fanges opp av kategoriene.

For å sikre relevante spørsmål, formuleringer og svarkategorier som gir god lesbarhet og forståelse for målgruppen, har spørsmålene blitt utviklet i samarbeid med en ekspertgruppe. Ekspertgruppen bestod av representanter fra eldrerådene i fylkene Buskerud og Vestfold, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Pasient- og brukerombudet i Vestfold, Pensjonistforbundet, forsker Mia Vabø ved NOVA og fagpersoner i NSF. Flere av deltakerne i ekspertgruppen har jobbet eller jobber innen eldreomsorgen, er selv pårørende, eller har relevant forskningserfaring innenfor området. Alle i ekspertgruppen fikk tilsendt et førsteutkast til spørreskjemaet i forkant av en arbeidsseminaret hvor vi diskuterte spørsmålene i grupper og plenum. Tilbakemeldingene ble så implementerte før spørreskjemaene på nytt ble sendt til ekspertgruppen og Respons analyse for nye gjennomganger, tilbakemeldinger og endelig kvalitetssikring.

Spørsmålene om kvalitet i tjenestene bygger i stor grad på Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for sykehjem og hjemmesykepleien⁸ og

⁸ 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 sosial tjenester mv.

en tidligere spørreundersøkelse gjennomført av NOVA blant sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien (Gautun, Øien og Bratt, 2016). Det ble utarbeidet ulike spørreskjemaer til brukere og pårørende.

3.6 Metode

For å belyse betydningen av sykepleiemangel og kompetanse for hvordan brukere og pårørende opplever kvalitet i tjenester og ivaretagelse, benytter vi ulike metoder, fra enkle frekvensoversikter og krysstabeller til regresjonsanalyser. Spørreskjemaene er noe forskjellig for brukere og pårørende. Det er av den grunn hensiktsmessig å gjennomføre separate analyser.

Alle variablene som benyttes i analysene er basert på den gjennomførte spørreundersøkelsen. Respondentenes egen vurdering er derfor utslagsgivende for målene som benyttes og vil variere mellom individer ut fra deres forståelse og tilgang til informasjon. Flere av variablene er også endogene, som betyr at det kan være en sterk sammenheng mellom rapportering av faglig oppfølging og for eksempel misnøye med tjenestene som gis eller opplevde uheldige hendelser. Bruk av endogene variabler er mindre bekymringsfullt så lenge vi ønsker å se på statistiske sammenhenger og ikke kausale sammenhenger. For å sjekke robustheten på viktige forklaringsvariabler har det blitt benyttet ulike definisjoner. For eksempel fikk alle respondentene spørsmål om de hadde opplevd manglende bemanning i løpet av de siste to månedene og et oppfølgings-spørsmål om den helsefaglige bakgrunnen. Den helsefaglige bakgrunnen vil ikke være tilgjengelig for alle respondentene og underrapportering av for eksempel sykepleiere vil forekomme. Når det kontrolleres for generell manglende bemanning, vil denne variabelen fange opp alle, uavhengig av helsefaglig bakgrunn. Manglende bemanning av sykepleier vil være et mer presist mål for problemstillingen i prosjektet, samtidig som at variabelen ikke vil fange opp det reelle målet da mange ikke vet den helsefaglige bakgrunnen. For å teste holdbarheten av denne variabelen ble alle analysene gjennomført separat med den generelle variabelen manglende bemanning, og med den spesifikke variabelen om manglende sykepleierbemanning. Resultatene var robuste for valg av variabel og de generelle funnene er at styrken og signifikansen på estimatene var sterkere der den spesifikke variabelen for manglende sykepleierbemanning ble brukt. Alle analysene som presenteres i rapporten er med den spesifikke variabelen som viser manglende sykepleierbemanning, analysene med den generelle variabelen er tilgjengelig ved forespørsel.

3.7 Regresjonsanalyser

Alle de avhengige variablene som ble benyttet i analysene er organisert som dummyer. Vi har valgt å benytte en lineær sannsynlighets modell (LSM) fremfor en logit eller probit modell. Når dikotome avhengige variabler benyttes i en LSM kan man få urealistiske prediksjoner som er over 1 eller under 0. Dette er en viktig forutsetning for å kunne bruke LSM, imidlertid er ingen av prediksjonene utenfor intervallet 0-1. Alle analysene ble i tillegg gjennomført med logistisk regresjon for å sjekke hvorvidt valg av analysemodell påvirket utfallet, noe det ikke gjorde. Bruk av en dikotom avhengig variabel i en lineær regresjon kan gi problemer med heteroskedastisitet, av den grunn benyttes robuste standardfeil i alle analysene. Når disse forutsetningene er oppfylt er LSM å foretrekke hovedsakelig fordi tolkningen av estimatene er lettere å forstå og mer hensiktsmessig når resultater fra separate analyser eller ulike utvalg skal sammenliknes.

Det har blitt benyttet en stegvis introduksjon av forklarings og kontrollvariablene for å sjekke korrelasjon mellom de ulike uavhengige variablene. Imidlertid er det kun de siste modellene som presenteres i rapporten, de andre analysene er tilgjengelige ved forespørsel. Det har blitt foretatt ulike signifikanstester for å sjekke hvorvidt det er signifikante forskjeller i ulike utfall mellom for eksempel pårørende til hjemmeboende og sykehjemsbeboere. Hovedsakelig definerer vi $p < 0,05$ som statistisk signifikant, men kommenterer også resultater som er borderline signifikante $0,10 > p \geq 0,05$, dette er et hyppig brukt kriterium på statistisk signifikans ved små utvalg.

4 Pårørendes fortellinger om sykehjem

Janikke Solstad Vedeler

4.1 Innledning

Dette kapitlet handler om fortellingene til pårørende som har deres nærmeste familiemedlem – ektefelle, mor eller far – boende på sykehjem. Fortellingene er sentrert rundt pårørendes erfaringer med fire temaer:

- ivaretagelse (omsorg, behandling)
- trygghet (pasientsikkerhet)
- inkludering (av dem selv som pårørende når behandling mv. skal planlegges), og
- bemanning og kompetanse.

I kapitlet belyser vi hvilke erfaringer pårørende har. Vi diskuterer avslutningsvis hvordan disse erfaringene kan fortolkes i lys av sykepleierdekning og -kompetanse, som er rapportens hovedtema.

4.2 Hovedfunn

- Det var stor variasjon i hva intervjupersonene fortalte om ivaretagelse, trygghet, inkludering, og bemanning og kompetanse i sykehjem.
- Vi identifiserte tre overordnede fortellinger: «et sykehjem med høy kvalitet», «et greit nok sykehjem» og «et sykehjem med lav kvalitet».
- Intervjupersonene trakk selv ikke sammenhenger mellom kvalitet i sykehjemmet og sykepleierkompetanse.
- Vår tolkning er at når et sykehjem har lav kvalitet, ifølge de pårørendes oppfatning, betyr det utilstrekkelig grunnleggende sykepleie, behandling og forebygging og aktivisering.

4.3 Forskningsspørsmål og analytisk tilnærming

Som forskere – som medmennesker – har vi ikke direkte tilgang til andres erfaringer. Det vi kan få innsikt i, er hva folk – her pårørende – forteller om sine erfaringer (Riessman, 1993). Forskningsspørsmålet som stilles i dette kapitlet er derfor: Hvilke erfaringer om sykehjem har de pårørende?

Vi har tematisert disse erfaringene i små og store fortellinger som de pårørende har gitt oss. Begrepene «små» og «store» fortellinger er hentet fra Deborah Tannens (2008) arbeid. «Små» fortellinger – eller i Tannens språkdrakt: «small-n narratives» er beretninger om spesifikke hendelser eller samhandlinger som intervjupersonene sier har skjedd. «Store» fortellinger – eller «big-N narratives» – er temaer som trer fram når intervjupersonene forteller om et spesielt tema. Dette betyr de pårørendes oppsummerte erfaringer med å ha en av sine nærmeste boende på sykehjem. Ved hjelp av Tannens distinksjon kan vi få bedre innsikt i hvilke små fortellinger pårørende har om ivaretagelse, trygghet, inkludering og bemanning og kompetanse. Vi kan belyse hvordan disse snakker til større fortellinger om «et sykehjem med høy kvalitet», om «et greit nok sykehjem» eller om «et sykehjem med lav kvalitet».

I analysen av datamaterialet – som til sammen utgjør om lag 140 transkriberte sider – har vi vektlagt en erfaringscentrert tilnærming (se også metodekapitlet). En erfaringscentrert tilnærming vil si at vi forholder oss til intervjupersonenes fortellinger som meningsbærende, og at de i stor grad antas å gi tilgang til intervjupersonenes erfaringer. I analysen av datamaterialet har vi vært opptatt av innhold (hva de forteller) framfor form (hvordan de forteller) (Lieblich, Zilber, & Tuval-Mashiach, 1998).

4.4 De «små» fortellingene

De fleste pårørende som er intervjuet, hadde flere års erfaring med å ha en av sine nærmeste på sykehjem, og alle hadde hatt erfaring med hjemmesykepleien. Fire av de pårørende hadde hatt sin mann, sin mor eller sin far på sykehjem i mer enn tre år. Flere hadde også hatt andre i nær familie boende på sykehjem. Et flertall av intervjupersonene var ofte på besøk på sykehjemmet, det vil si to til tre ganger i uka eller daglig. De som er intervjuet kan dermed regnes som pårørende-eksperter. De har opplevd sykehjemmet (og hjemmesykepleien) på nært hold over lengre tid.

Overgang: Et framtrekkende trekk i fortellingen om da mor, far eller ektefelle flyttet på sykehjem, var at dette var en av de betydningsfulle overgangene i livet, både for den som flytter og for de nærmeste familiemedlemmene. Kåre, som hadde sin mor boende på sykehjem, fortalte at:

[D]et er en overgang å flytte fra sitt eget hjem til sykehjem. Ikke minst når man da er såpass velfungerende mentalt som hun [moren] er. Og hun har nok savnet veldig å bo hjemme. Og det er krevende for gamle personer, og pårørende for den saks skyld også, å være i den fasen. Men

samtidig så, så har hun blitt møtt av en enhetsleder, kanskje primært, som, som har opptrådt veldig profesjonelt. (...) Så denne teamlederen eller enhetslederen som jo er den som fremstår som både leder og som sykepleier, (...) hun har vært veldig imøtekommende og er veldig imøtekommende. Og er veldig viktig for min mor.

«Det var en forferdelig trist overgang», beskrev Magnar, som hadde sin mor boende på sykehjem. Det var særlig tøft i begynnelsen da «hun ville være med hjem». De ansatte hjalp til og forklarte moren i slike situasjoner at hun skulle være der, på sykehjemmet, nå. Og som Magnar og Kåre var inne på: Dette er ikke bare en overgang for den som flyttet på sykehjem, men også for den pårørende.

Fride, som også hadde sin mor boende på sykehjem, beskrev overgangen som en sorgprosess. Hun relaterte det både til morens utvikling av kognitiv svikt og til det å måtte tvinge moren til å flytte på sykehjem fordi hun ikke lenger kunne ta vare på seg selv hjemme:

Jeg synes at den perioden fra mamma begynte å bli syk mentalt og bodde hjemme til [hun flyttet på sykehjem], hele veien er en slags sorgprosess. (...) [F]ordi at jeg mister jo, mister jo mammaen min selv om hun lever.

Å framheve at det å flytte på sykehjem er en stor overgang også for den som står denne personen nær og at det for noen også innebærer en sorgprosess, kan bidra til å utvide forståelsen av begrepet «pårørende». Begrepet har en juridisk definisjon (se pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav b). De fleste vi intervjuet, var den nærmeste pårørende til den som hadde flyttet på sykehjem. Det var enten ektefelle, datter eller sønn, mao. nære familiemedlemmer. De sykehjemansatte møter derfor en ektefelle, datter eller sønn som vil oppleve mange ulike, kanskje også konfliktfylte, følelser, bl.a. at de blir del av en institusjon som de nære familiemedlemmene ikke vanligvis kjenner fra før. Det de vet er at dette er livets endestasjon – gjennomsnittlig levetid i norske sykehjem er to til tre år (Høie, 2005). «Det er et vendepunkt i livet for pasient og pårørende,» forklarte Magnar. Lettelsen over at mor – som på et tidspunkt var i ferd med å sette fyr på huset – nå var i trygghet, ble koblet med følelsen om at «nå har vi kommet der», moren er ikke lenger en omsorgsperson, men opplever en gradvis reduksjon i både kognitiv kapasitet og mobilitet. Å flytte på sykehjem, sett fra nære familiemedlemmers ståsted, er fortellinger om å

miste en de er veldig glade i. Våre fortellinger bekrefter at det har flere sider å være pårørende, ikke bare en juridisk.

Hjemmesykepleie: Alle de som hadde flyttet på sykehjem, hadde hatt kortere eller lengre perioder med hjemmesykepleie. Det generelle bildet som ble tegnet av hjemmesykepleien var av en underbemannet tjeneste der både tid og kompetanse var mangelvare. Resultatet ble for noen opplevd som nærmest katastrofalt.

Berit, som hadde sin mor boende på sykehjem, fortalte at moren hadde hatt hjemmesykepleie de siste seks–sju årene før hun fikk sykehjems plass. På slutten kom hjemmesykepleien fire–fem ganger i døgnet. Likevel opplevde Berit at moren flere ganger måtte akuttinnlegges på sykehus på grunn av slikt som dehydrering. Berit opplevde at hjemmesykepleien ikke fulgte opp. Hun fortalte at moren trengte blant annet tett oppfølging for å få i seg nok drikke: «Det glasset som jeg hadde satt frem til hun forrige, på ettermiddagen før, det sto der enda. For det var varmt, og det var bobler i vannglasset ikke sant, med vanlig vann.» Moren hadde etter hvert også et betydelig vekttap. I ettertid bebreidet Berit seg selv for at hun ikke hadde stått på enda mer for å få moren på sykehjem et par år før, for «... jeg tror nok at hun kanskje kunne profittert kjempegodt på det». Da moren flyttet på sykehjem, opplevde Berit at hun ikke lenger trengte å bekymre seg hver kveld når hun gikk og la seg.

Inntrykk av sykehjemmet: De pårørendes inntrykk av sykehjemmet, av hvordan de opplevde at sykehjemmet så ut, ble sanset, varierte. Ytterpunktene kom til uttrykk i utsagn som at rommet til ektefellen var «stygt» og «uverdigg» til at «vi kommer til hjemmet vårt», når de kom på besøk til moren. Hva gjør et sykehjem stygt, og hva gjør et sykehjem hjemmekoselig?

Ingjerd, som hadde hatt sin mann boende på sykehjem, fortalte at sykehjemmet besto av lange, tomme korridorer, der de ansatte var svært lite synlige. Hun hadde erfart å komme på besøk til mannen uten å møte noen ansatt. På rommet hadde det etter hvert kun vært en madrass på gulvet til å sove på. De ansatte hadde fjernet alt annet fordi mannen hadde hatt raseriutbrudd der han ødela alt av inventar. Hilde, som også hadde hatt sin mann boende på sykehjem, fortalte at de ansatte hadde tatt ut det meste på rommet hans fordi han ofte falt, noe som skyldtes sykdommen hans. Det de ansatte ikke kunne ta ut, slik som klesskap, polstret de med vatterte tepper. «Vet du det, det syns jeg var så lite verdigg at du vil bare ikke tro det. (...) Men vi valgte, barna og jeg valgte å tenke, ja, men bare pappa ikke slår seg, bare pappa ikke slår seg.»

Kontrasten er stor til de pårørende som opplevde sykehjemmet, både institusjonen og beboerens eget rom, som et hjem. Kåre brukte uttrykket «hjemlig»:

[p]er avdeling i hver etasje eller hver enhet på 16, så har de to oppholdsrom. Men det er ikke sånn at det er spikret hvor du skal være. Men personalet søker å sette sammen brukere som man tenker kan ha glede av å spise sammen. Ikke sant, eller som har en kontakt, sånn at min mor som bor i den ene enden av etasjen, spiser på den andre stuen sammen med noen andre damer der borte. Så det er lissom litt sånn at de, de har en, kanskje en større grad av fleksibilitet enn det man ser på en del andre sykehjem, hvor man kanskje har en stor sal eller et stort rom hvor man samler alle sammen. Så er det her mere nært og avgrenset. Og sånn sett mere hjemlig vil jeg si.

«Så får du den her lukta av hjemmelaget mat. Det bakes boller. Nå ble jeg kjempesulten når jeg var der oppe nå, for da holdt de på å steke pizza. (...) Altså det er, det er som et hjem,» utbroderte Berit, som hadde sin mor boende på sykehjem. Cornelia og Elise, som også hadde moren sin boende på sykehjem, utbrøt: «Det er helt utrolig å bo her». På spørsmål om hva det var som gjorde det «utrolig», viste de til både hvordan personalet bidro til at moren følte seg trygg og at det var et nytt sykehjem som var estetisk innredet. Da de beskrev sykehjemmet, trakk de veksler på hvordan de hadde opplevd andre sykehjem:

[J]eg har aldri opplevd et sted hvor du, hvor vi føler at mamma blir ivaretatt på alle mulige måter. Og hun får lov til å si hva hun vil og får lov til å mene hva hun vil og hun kan kjeft og hun kan, og vi, altså jeg føler meg, eller vi føler oss kjempetrygge, for er det noe, så ringer de og, og, ehe, altså jeg har ikke én ting å sette fingeren på, jeg. I forhold til, til medmenneskeligheten, altså de som er jobber her er fantastiske, de, de, altså de har en varme og en utstråling som jeg, altså det har vel litt med oss å gjøre og kanskje. (...) Det er store, fine rom. Hun har jo da senga si, og så har vi kjøpt noe hyller og sånn, så hun har en del bilder og, ja noe fotoalbum. Og så har hun en sofa og et bord. (...) Hun har masse, hun har alltid elsket blomster, så det har hun masse av. (...) Og så har hun jo tv, og det ser hun ganske mye på, for hun har spesielle programmer da [som hun følger].

Cornelia og Elise fortalte også at de alltid fikk spise sammen med moren når de var på besøk, for sykehjemmets tilnærming var at dette er morens hjem, og da skal også gjester inviteres på lunsj eller middag. Begrepet «hjem» gir her

assosiasjoner til noe trygt og privat. Gullestad (1989, s. 51) hevder at «[h]jemmet er ikke bare et praktisk sted hvor vi bor (...) men et fortettet symbol for svært mye av det som er viktig for oss».

I de neste avsnittene skal vi undersøke hva de pårørende fortalte om hvordan deres nærmeste ble tatt vare på i sykehjemmet, om trygghet, om inkludering, og om bemanning og kompetanse. Inkludering her handler om i hvilken grad intervjupersonene som pårørende opplevde å bli tatt med på råd når pleie og behandling skulle planlegges, og om de fikk tilstrekkelig informasjon om oppfølging av den de var pårørende til.

Det vil tre fram et mønster der de som beskrev sykehjemmet som et hjem eller hjemlig, opplevde god ivaretagelse av den de var pårørende til, opplevde trygghet og i overveiende grad opplevde å bli godt informert når pleie og omsorg skulle planlegges. De visste hvem kontaktpersonene var, og de hadde inntrykk av at det var nok ansatte til å ta seg av beboerne og at det ved sykefravær ble satt inn vikarer som allerede kjente sykehjemmet og dets beboere godt.

4.4.1 PÅRØRENDES FORTELLINGER OM IVARETAKELSE PÅ SYKEHJEM

Spørsmålet intervjupersonene ble stilt var «Hvordan vil du si at den du er pårørende til blir ivaretatt på sykehjemmet?». Spørsmålet ble eksemplifisert ved en rekke undertemaer (se vedlagt intervjuguide). De pårørende hadde noen generelle utsagn om og eksempler på hva som bidro eller ikke bidro til trivsel. Ellers var de temaene som de pårørende snakket mest om, mat og drikke, medisiner, ivaretagelse ved depresjon og andre psykiske plager, og sosiale og fysisk tilpassede aktiviteter.

Mat og drikke: Ernæringsspørsmålet handlet om hvorvidt beboerne fikk nok (og ernæringsrik) mat og drikke, og til hvilken tid måltidene ble servert. Ada, som hadde sin mor boende på sykehjem, fortalte om «et veldig godt matstell» på sykehjemmet med en ansatt «husmor som baker brød og baker kaker og steker vafler». Måltidstidene ble for noen år siden justert, og praktiseres fleksibelt, slik Ada beskrev:

Det er ingen som blir vekket klokka åtte eller klokka ni eller klokka ti. Altså de, de som er våkne om morgenen, de blir stelt og tatt med. Moren min som er veldig glad i å sove om morgenen, hun får frokost kanskje klokka halv elleve, eller elleve. Her det ikke noe hard justis på at frokosten serveres klokka ni. Hvis de ligger der og er murmeldyr og ikke har lyst til å stå opp, så går de til neste.

Ingen «hard justis» når det gjelder mat og drikke, var også Berits erfaring. Moren hadde hatt episoder med dehydrering før hun flyttet inn på sykehjemmet, noe hun siden ikke hadde hatt. Moren hadde gått opp i vekt, og Berit knyttet det til at moren trivdes: «Hun spiste ikke noe før hun kom hit. Men det gjør hun nå.» Berit fortalte at moren spiste i lag med andre og satt ved bord drapert med duk. «Ja, de dekker mer enn jeg gjør, for å si det sånn. Ja, det er kjempefint,» understreket hun.

Fride hadde også opplevd at moren hadde gått opp i vekt etter at hun flyttet på sykehjem. Hun knyttet det imidlertid ikke til god ernæring, heller til delvis usunn mat og passivitet. Hun var ikke imponert over måltidene: «De får grøt til middag på lørdager, og så skal det være noe godt til kvelden, og det er pølser og potetstappe fra pose. Så jeg, jeg er ikke imponert over maten.» Sykehjemmet hadde eget kjøkken, men det ble likevel servert posepotetmos og kjøpekaker «som sikkert hadde holdt seg i tre år uten å blunke». Tidspunktene for måltidene var også «helt feil», ifølge Fride: «De spiser frokost klokka ni, ni til halv ti. De har mellommåltid klokka elleve, de har middag klokka ett. Og kveldsmat klokka halv sju. Skjønner?» Fride vektla at denne måltidsrytmen ikke var bra for et jevnt blodsukker. Hun fortalte at moren etter hvert hadde blitt veldig opptatt av kveldsmaten. Hvis de var ute i hyggelig lag sammen og spiste, spurte moren alltid om de rakk kveldsmaten: «I mammas verden så var hun dønn sulten og utsultet til kveldsmaten. Så i hennes hode så var det det viktigste, det var å få kveldsmat på sykehjemmet.»

Medisinering: Det var få som hadde opplevd at den de var pårørende til, hadde blitt feilmedisinert, men de hadde litt ulike fortellinger om temaet medisinering. Ingjerd fortalte at mannen hennes hadde stått på alt for mange forskjellige medisiner. Dette hadde hun fått innsikt i gjennom en kopi hun hadde mottatt av et brev som hadde gått fra et sykehus (som på et tidspunkt hadde behandlet mannen) til Fylkesmannen.

Flere fortalte likevel om at sykehjemmet så ut til å ha kontroll på medisineringen. Berit hevdet for eksempel:

Her er det jo full kontroll på medisinene, og de har rutiner på det og de får medisinene til riktig tid, og til riktig plass og riktig dose, for det er leger regelmessig innom og går igjennom på bakgrunn av det som blir meldt.

Ivaretagelse ved depresjon mv.: Selv om sykehjemmet kunne ha kontroll på medisinene, var for eksempel Hilde av den oppfatning at det ble brukt for mye beroligende medisiner ved slikt som raseri eller ved depresjon og angst: «Jeg er imot å dope ned noen. For jeg kaller det det. For beroligende for meg, for [navn på ektefellen] var veldig utagerende når han kom inn. Og det er jo fordi han ikke var trygg. Han var jo livredd.» Hilde opplevde en tjeneste som raskt tydde til beroligende tabletter i situasjoner som ellers krevde menneskelig tilstedeværelse.

Også Fride opplevde at de ansatte ikke hadde særlig med tid til å sette seg ned og snakke med moren når hun var lei seg for eksempel. Det opplevde hun som vanskelig når moren hadde vært lei seg når Fride skulle gå. Hun måtte av og til si til en ansatt «Kan du ikke komme og snakke litt med moren min?». Hun opplevde responsen til de ansatte som varierende.

Kåres fortelling om moren som ble tatt av antidepressiva etter at hun flyttet inn på sykehjemmet, står således i kontrast til det over. Etter at moren ble del av et sosialt fellesskap med en kompetent enhetsleder, var ikke moren lenger så engstelig og redd som hun hadde vært som hjemmeboende. Med økt opplevelse av trygghet, ble medisiner mot depresjon mindre viktige.

Aktiviteter i hverdagen: Sosiale og fysiske aktiviteter ble også tematisert av intervjupersonene. Fortellingene klumpet seg sammen i to ytterpunkter. Mens noen fortalte om et variert aktivitetstilbud, fortalte andre om svært få. På noen av sykehjemmene var det oppslagstavler der det sto hvilke aktiviteter som skulle skje de ulike dagene i uka – med slikt som gym på mandag, tirsdag og onsdag, andakt på onsdag og bingo på fredag. «Det skjer noe hele tiden, flere ganger om dagen her. Så de behøver ikke kjede seg,» fortalte Cornelia og Elise. Og moren var med på det meste, for hun var en veldig sosial person, understreket de. Moren hadde dessuten fått tilpassede aktiviteter som «fysikalsk behandling inne på senga», noe hun var veldig fornøyd med.

Hilde, Ingjerd, Johanne og Fride, derimot, kunne ikke skryte av aktivitetene på sykehjemmet. «I den tida pappa var på sykehjemmet, så var han ikke utenfor dørene en eneste gang,» sa Johanne. Hun fortalte at hun tenkte ofte «kan dem ikke ta han ut på en trilletur?». Istedenfor satt han stort sett bare i en stol eller rullestol – og hang med hodet, som hun sa. «Jeg synes det er for tafatt. Jeg synes det er for passivt, jeg synes de sitter alt for mye,» sa Hilde. Hun mente at sykehjemmets aktivitetstilbud var alt for avhengig av «... hvem som var på vakt. Det er et par stykker der som er veldig flinke til å aktivisere de ved

å synge blant annet». Det samme konkluderte Fride, og la til at morens fysiske form hadde dalt etter at hun flyttet på sykehjemmet.

Fride bebreidet seg selv for ikke å ha stått på mer for å få individuelt tilpassete fysiske aktiviteter til moren. Hilde hadde vært livredd for at mannen skulle bli sengeliggende og hadde krevd at de ansatte måtte få han opp av senga hver dag:

Og så ble han jo tyngre, så sier jeg, og med meg var jo han oppe hver dag, for jeg ga meg jo ikke, og det var jo mannen min i nesten 50 år, ikke sant. Så det var helt naturlig at han skulle opp. For han har alltid, han har vært veldig aktiv (...) Så når jeg kom, så var det opp. Og på slutten, de siste, ja siden i sommer, i fjor som, eller, ja, forrige sommer når han hadde lungebetennelse, etterpå da så var han vanskeligere å få opp fordi han ble sykere. Og da spurte jeg om ikke, fordi jeg torde ikke å dra han i armene. Jeg var rett og slett redd for å dra de i stykker. Så jeg sa, går det ikke, er det ikke et eller annet jeg kan få som kan hjelpe meg å få han opp. Og da fikk jeg, da var det [navn på ansatt] som kom med en sånn til å sette rundt, og så to håndtak og så dro jeg han opp i det. Og da var vi jo veldig fornøyd. Han var fornøyd selv òg. Og han kom jo mye mere opp. Men jeg syns personlig at de ansatte er veldig, veldig redd for å ødelegge ryggen sin, eller et eller annet. Og jeg var jo mer enn dobbelt så gammel som mange av de. Og jeg har ennå ikke hatt vondt i ryggen for at jeg har brukt ryggen.

De små fortellingene gjengitt over peker i retning av ulike erfaringer med hvordan mor, far eller ektefelle trivdes på sykehjemmet, hvordan de pårørende opplevde kvaliteten på de tjenestene sykehjemmet leverte. Cornelia og Elises utsagn om at «vi føler at mamma blir ivaretatt på alle mulige måter» befinner seg på den ene enden av skalaen når det gjelder god ivaretagelse, mens Ingjerd og datteren Johannes opplevelse på den andre enden, med sine fortellinger om en ektefelle og far som ikke ble tatt vare på og gitt den omsorgen de mener han burde hatt. Både de og Hilde fortalte da også om uheldige hendelser som stygge fall.

4.4.2 ... OM TRYGGHET

Intervjupersonene ble spurt om den de var pårørende til, hadde opplevd noen uheldige hendelser de siste seks månedene. Magnar fortalte at moren for et par måneder siden hadde falt ut av senga, men han definerte dette ikke som en uheldig hendelse – selv om moren blant annet brakk hånda. Det han framhevet

var at han var imponert over hvor raskt de ansatte hadde klart å rehabilitere moren – at hun nå var i lik form som før fallet. En sengehest kom dessuten på plass. I forlengelsen av fall-historien kommenterte han at han i det hele tatt var overrasket over hvor lite syk moren hadde vært de årene hun hadde bodd på sykehjemmet og hevdet at de måtte ha gode rutiner rundt dette med hygiene og smitteforebygging.

Hilde og Ingjerd fortalte om uheldige hendelser og da særlig om skadelige fall, som lå noe tid tilbake. Hilde fortalte at mannen hadde falt så kraftig at han «holdt jo på å slå seg i hjel. Og det er helt konkret. Det er fakta forhold». Mannen hadde fått vedtak på at en ansatt skulle være med ham gjennom hele dagen, fra han sto opp til nattevakten kom. På spørsmål om hva som skjedde, utdypet Hilde og viste til hvordan den hendelsen ikke var enestående, at han hadde falt flere ganger, at hun hadde sett at andre som hadde falt stygt, at hun hadde opplevd at all fallforebygging skjedde på initiativ fra henne og de to barna deres:

Hilde: Det var litt misforståelse, for vi trodde han hadde fått fastvakt, eller en til en som vi kalte det da. Og så står han opp en morgen, og så var han, de har jo ikke reflekser, ikke sant, eller sånn, de tar seg jo ikke imot. Så står han opp og da skulle de [en ansatt] jo passe på han når han stod opp, men det var ingen der, så står han opp og så har han bord med spiss kant rett imot. Så står han opp og så stuper han uten å ta seg for i det bordet. Og sprakk hele her [Hilde pekte mot pannen]. Så da måtte han ta bilde av hodet. Jeg fikk han ikke med hjem igjen. De sydde. Jeg holdt han selv nede fordi det, det er jo ikke så godt å få bedøvd. Han fikk bedøvelse, men den funket jo ikke sånn, for de ville ikke gi han narkose. Og da altså, han sydde tvers over her. Og da var de redd for at han hadde sprukket skallen. Og han har falt mye. Han har slått seg ekstremt mye.

Janikke: På sykehjemmet?

Hilde: På sykehjemmet. Og vi har tatt det opp (...) [D]et er ingenting som skjedde på sykehjemmet som ikke vi sa hva skulle skje. Hvordan de skulle håndtere det [at han falt mye]. De måtte polstre rommet hans for han gikk jo på alt, for i forhold til [sykdommen mannen hadde] da, så er rommene litt feil malt, lærte jeg av en [navn på spesialist]. For [navn på ektefelle] ble utredet på [navn på behandlingssted] etter at han kom på sykehjemmet. Og da sa hun at det er helt feil malt, fordi du skal, døra var veldig bra, og han gikk jo aldri på døra. For døra var

brun, mens alt annet var sånn som her [hvitaktig] da. Så de ser jo ikke kantene. De ser jo ikke, han ser jo ikke at det er en pipe, han ser ikke at det er en stolpe. (...) Men jeg forventer kanskje ikke at de skal ha, ha tanke for det når de maler, men de kunne ha det ettersom det nå blir mer og mer [navn på sykdommen mannen hadde]-pasienter da. Så han har slått seg ekstremt mye og spesielt, han har falt ut av senga. Og alt som da har blitt gjort for at, for å skjerme han, så er det vi som har initiert hva som skulle gjøres. Det er ikke et eneste tiltak som har kommet fra sykehjemmet.

Hildes understreking av at «[d]et er ikke et eneste tiltak som har kommet fra sykehjemmet» bidrar til å framheve Hildes sterke fortelling om manglende trygghet. I fortellingen trer Hilde og barnas innsats overfor de ansatte fram, for at de skulle lære mer om hva den sykdommen mannen hadde, gjør med en person og hvordan slikt som fallforebygging kan utføres. Da Hilde fortalte om sine erfaringer med å ha mannen sin boende på sykehjem i flere år, var hun opptatt av ikke å kritisere de ansatte for at de manglet kompetanse. Mangel på kompetanse måtte knyttes til ledelse, en ledelse som ifølge Hilde var svært fraværende. Dette kommer vi tilbake til i avsnittet om bemanning og kompetanse.

Også Ingjerd og Johanne fortalte om fall og om sårskader som ikke fikk det stellet som krevdes. Ingjerd fortalte at mannen burde hatt noen som passet på ham, for han «ramlet over ende hele tiden». Johanne knyttet personlighetsforandring til et av de verste fallene til faren. Det fallet hadde hverken hun eller moren selv observert, men en av de andre sykehjemsbeboerne hadde fortalt dem om det:

Jeg mener at han ble brått forandret etter det fallet. Jeg har jo ikke vært her så mye som dem, men da når han falt, da hadde jeg vært her like før, og jeg var der like etterpå, og jeg sier at en stor forandring på han kom etter det fallet. Stor mann, tung, kanskje 100 kilo som reiser seg opp og detter bang i gulvet med bakhodet.

Opplevelsen av at ingen passet på faren, ble forsterket av alle sårene faren konstant hadde på ben og føtter, sår som ingen stelte ordentlig. I fortellingen under knyttes temaene om manglende ivaretagelse og utrygghet sammen:

Johanne: Den tiden som han var aller mest aggressiv eller utagerende eller hva en skal si, det reagerte jeg mye på. Da var han helt alene på en hel avdeling. Det var ti dører i den avdelingen han var. Jeg vet ikke om det var pasientrom innenfor alle de dørene. Men det var en hel

avdeling som var avstengt fra de andre hvor han var helt alene. Og rommet hans besto av ingenting.

Ingjerd: En madrass på gulvet. Helt rensket. Alt var rensket fordi at han var da utagerende og han kunne kaste ting eller slå i ting og sånn. Og der satt han og han ... på den tiden så skulle han ha en person hos seg hele tiden, men det hadde han ikke.

Johanne: Det hadde han ikke. Der satt han alene. (...) [D]et var i alle fall ti dører på den plassen som han var. Og det var ingen andre som var der.

Ingjerd: Nei, det var jo rensket for alt, det rommet der. Og han, han datt jo, han kom, datt og ikke kom opp igjen, så han krabbet da. Var jo svære sår nedover hele her (peker på bena) på grunn av krabbingen. Det hadde han jo omtrent hele tiden.

Johanne: Det hadde han hele tiden. De sårene ble aldri bra.

Ingjerd: Fordi at han, han klarte, han, han klarte jo ikke å komme seg av gårde. Men han klarte å komme seg ned på knærne. Og hvordan han gjorde det og sånn og ikke, det vet jeg ikke, men i alle fall så hadde han åpne sår nedover her sånn. Og noen ganger var dem plastret og noen ganger ikke.

Johanne: Ja de sårene, han hadde jo sår på alle tærne, og det var jo fordi at han krabbet. Og dem grodde aldri.

De ulike hendelsene som Ingjerd og Johanne fortalte om, dannet til sammen et bilde av et sykehjemtilbud som, med Johannes ord, var «uverdig». Ektemannen og faren ble ikke tatt godt vare på. Ifølge deres fortellinger fikk han ikke oppleve trygghet: «han var helt alene», han ramlet til stadighet uten at noe passet på ham, og ett av fallene, slik Johanne opplevde det, bidro til personlighetsforandring. Fortellingen om sårene som aldri grodde, viser også til en mann som ville ut – krabbende på alle fire da han ikke lenger kunne gå – av det rommet som hadde blitt hans hjem og som etter hvert bare besto av en madrass på gulvet.

4.4.3 ... OM INKLUDERING

I intervjuene var inkludering av en selv som pårørende et tema. Intervju-personene ble spurt om hvorvidt de opplevde å bli tatt med på råd når pleie og

behandling skulle planlegges, og om de opplevde å få tilstrekkelig informasjon om oppfølgingen av den de var pårørende til. Intervjupersonenes erfaringer viste i overveiende grad at når de ble «inkludert», dreide det seg først og fremst om god informasjonsflyt fra sykehjemmet.

Ingjerd og Johannes fortellinger om ektemannen og farens sykehjemsopphold innebar ikke erfaringer med å bli involvert. Ingjerd opplevde i liten grad å bli informert og fortalte om erfaringer med å komme til sykehjemmet uten å møte noen, slik tidligere beskrevet. Hun visste heller ikke om mannen hadde hatt primærkontakt eller fast kontaktperson.

Heller ikke Hildes mann hadde hatt en primærkontakt, men hadde hatt fastvakt, slik beskrevet over. I Hildes fortellinger om mannens opphold på sykehjemmet trer det fram et mønster der Hildes tilnærming har vært at «jeg skal vite alt om [navn på ektemannen]». Hun presset de ansatte til å inkludere henne når pleie og behandling skulle planlegges. Hun tilbrakte hver ettermiddag etter jobb på sykehjemmet og var der både lørdag og søndag. Hvor involvert hun var, og hvor dårlig hun opplevde at kompetansen var på sykehjemmet, ble illustrert av følgende:

Jeg var en gang på hyttetur med en venninne oppe i [navn på sted]. Så ringer de når klokka var kvart over fire om morgenen, og da hadde [navn på ektemannen] fått et epileptisk anfall. Og da instruerte jeg henne i hvordan hun skulle takle det. Og da sier [navn på venninne], venninnen min til meg, for hun sto jo opp, for hun hørte meg, og så sier hun ‘si meg en ting, er det du som er ansatt der eller?’ ‘Ja, men de kan jo ikke så mye om epilepsi,’ sier jeg. Altså en unnskyldning. Og sier hun ‘ja, men Hilde, du har jo overlatt [navn på ektemannen] til sykehjemmet. De må jo vite hva de skal gjøre under epileptiske anfall’. ‘Nei, det vet de ikke nå heller,’ sa jeg, det vet de ikke når jeg er der heller. Og når jeg ikke er der. De lærte jo etter hvert. Men jeg mener at de har altfor dårlige kompetanse.

Hverken Ingjerd eller Hilde fortalte at de hadde hatt inkomstsamtale da deres ektemenn flyttet på sykehjem. Slik samtale hadde imidlertid de fleste andre intervjupersonene hatt. Samtalen handlet om at sykehjemmets ansatte, i dette tilfelle primær- og eventuelt sekundærkontakt, skulle bli bedre kjent med moren som flyttet inn. Flere fortalte også at de hadde årlige møter med sykehjemmet. Et gjennomgående mønster i fortellingene til Ada, Berit, Cornelia,

Elise, Frida og Kåre er dessuten at de opplevde å bli informert om pleie og behandling.

Selv om slik informering var regelen, hadde noen likevel opplevd at dette ikke alltid var tilfelle. Cornelia og Elise fortalte for eksempel at moren for en tid tilbake hadde blitt satt på en antibiotikakur i forbindelse med lungebetennelse – noe hun årlig hadde vært plaget med. Moren var allergisk mot en del medisiner, noe sykehjemmet visste, men det var en antibiotika hun tålte og som alltid tok knekken på lungebetennelsen. Ved dette siste sykdomstilfellet, valgte imidlertid sykehjemslegen å gi moren en annen kur:

Cornelia: [D]a fikk hun jo [en] så allergisk [reaksjon]. (...) Hun reagerer allergisk på noen medisiner. Og da slo det jo ut. Så hun så jo ikke ut. Og så sier vi, ja men da går hun vel på [den hun pleier å få], nei da, da tok de en annen og, og så til slutt så virket jo ikke den heller. Så da gikk de over på den som hun hadde. Og den tok det jo med en gang.

Janikke: Hvorfor ville de ikke høre på dere?

Elise: Nei, fordi at den hadde ikke bred nok dekning da, mente de, ut ifra, og som jeg sier, ja men det er jo den hun alltid får. Og det er den hun tåler. Så vi har blitt enige om det nå at nå neste gang, hvis legen har tenkt til å gi hun en annen en, så skal vi bare slå i bordet og si nei. Og som hun sier, hun avdelingssykepleieren, da gir jeg hun bare den andre, så det er helt greit.

Både Cornelia og Elise virket til å ta lett på at legen ikke hadde hørt på dem. De avfeide det med litt latter og med utsagnet «De [legene] er jo et hakk over oss». De fortalte dessuten at legen hadde bedt om unnskyldning og understreket at det er menneskelig å gjøre feil:

Cornelia: Jeg ser ikke på det som noe skremmende. Det er bare litt irriterende.

Janikke: Så det svekket ikke din tillit sånn ...

Cornelia: Nei. Nei. Og han legen kom og ba om unnskyldning etterpå. Ja, sa det, at han burde vel kanskje hørt på oss. Ja, sa jeg, det (litt latter), jeg har jo hatt med den dama å gjøre i mange år. Kjørt hun til legen og vært med og, ja. Og ut og inn på sykehuset, så. Men, men det er jo også selvfølgelig menneskelig å feile.

Hendelsen med feil antibiotikakur så ikke ut til å ha rokket ved Cornelia og Elises grunnleggende oppfatning om at de «føler seg kjempetrygge, for er det noe så ringer de». Den tryggheten sykehjemmet har klart å skape ved god ivaretagelse av moren (og dem selv ved å la dem spise på sykehjemmet) og at de selv opplevde å bli informert i all overveiende grad, er av stor betydning når mennesker feiler, her legen.

Noen av de pårørende ønsket mer enn bare en årlig samtale som sykehjemmet tilbød. De kunne tenkt seg en slags foreldresamtale á la det det en barnehage har. Særlig Ada var opptatt av dette, for selv om hun opplevde at hun ofte ble informert om moren, så skjedde den informasjonsutvekslingen som regel på gangen og «det er jo hele tiden folk som går i den gangen». Hun hadde behov for mer avsatt tid med morens faste kontaktpersoner til stede.

Ada, og også til dels Fride, etterspurte også mer «orientering til meg», som Ada sa, fra sykehjemmet om hva som forventes av dem som pårørende når de er på besøk. Skal en sitte på rommet til moren når en er på besøk? Er det helt greit å være ute i fellesrommet? Dette var spørsmål de hadde balet med i begynnelsen. Fride fortalte at hun etter hvert hadde skjønnt at det var best om hun og moren gikk rett på rommet framfor å sitte i fellesarealene, og at moren også hadde skjønnt det:

Jeg prøver å skjønne litt helheten i det fordi at for noen beboere så blir det mye støy ved at det kommer andre inn. Og de [ansatte] kan ha brukt lang tid på å roe gruppen sin, til å få de til å fungere og at ting går litt sånn rolig for seg. Og så kommer jeg inn som da er, snakker litt høyt kanskje og, og liker å prate med folk, så vil det, for noens del, bli bare forstyrrende. Slik at vi, vi skal gå rett inn på rommet. Og nå har mamma blitt veldig veldressert. Ja, da går vi en tur på rommet. Mens i starten gjorde vi ikke det, for vi, vi syns det, vi kjente de [andre beboerne] så godt. Og det, det er policyen, og den må vi forholde oss til. Det er fordi at det er noen som blir veldig urolige når det kommer andre inn, og når noe brytes.

Ada hevdet at det nok var en del ubrukt drahjelp hos flere pårørende, hjelp som sykehjemmet kunne nytt godt av i sitt arbeid med å sette i gang aktiviteter for beboerne. Hun mente at det med fordel kunne vært satt ned en pårørende-gruppe. Ikke bare kunne en slik gruppe bidratt med aktiviteter. Den kunne også fungert som et støttende sosialt fellesskap for de som blir pårørende for første gang. Den overgangen kan oppleves som stor for den som får sin nærmeste flyttet på sykehjem. Noen etterspurte da også mer opplæring i hva det

innebærer å være «pårørende», hvilke forventninger sykehjemmet har, og hva de som «pårørende» kan forvente seg av de sykehjemansatte når det gjelder inkludering i planlegging av pleie og behandling av sin ektefelle, far eller mor.

4.4.4 ... OG OM BEMANNING OG KOMPETANSE

Intervjupersonene kom med noen betraktninger om bemanning og hadde gjennom sine ulike opplevelser dannet seg et visst inntrykk av kompetansen på sykehjemmet.

Bemanning og sykefravær: Når det gjaldt bemanning, inklusiv sykefravær, fortalte både Magnar og Ada at det virket som det som regel var nok folk på jobb. Ada hadde imidlertid observert at det i løpet av de fire årene hun hadde hatt moren sin på sykehjemmet, hadde blitt travlere: «Da jeg kom hit, så kunne de sette seg ned og ta en kopp kaffe, sånn i lag med (...) beboerne.» Nå var imidlertid «... noen dager kjempetravle». Hun knyttet det først og fremst til mer pleietrengende beboere. Ved sykefravær, brukte ledelsen enten å benytte ansatte fra andre avdelinger eller sette inn sykepleierstudenter, som i tillegg ofte hadde ekstravakter i helgene og derfor kjente beboerne godt. Med unntak av oppfatningene til Hilde, Ingjerd og Johanne, hadde de andre intervjupersonene i overveiende grad inntrykk av en stabil bemanning. «Det er veldig stabilt. Tre–fire av de eldre ansatte treffer jeg en eller to ganger hver gang jeg er der. Det er trygt for meg som pårørende også,» sa Magnar. Flere intervjupersoner kommenterte at det var et til tider et svært tungt arbeide som ble utført på sykehjemmet, særlig fordi flere av beboerne hadde redusert kognitiv funksjon og mobilitet.

Hilde, Ingjerd og Johanne fortalte om sykehjem med perioder med underbemanning og der det hadde vært vanskelig å rekruttere nye ansatte. De kunne her ikke skille mellom mangel på sykepleiere, helsefagarbeider eller ufaglærte. Hilde pekte på en fraværende ledelse.

Kompetanse: At det kunne være vanskelig for Hilde, Ingjerd og Johanne å skille på hvilken yrkesgruppe som var eller ikke var til stede på sykehjemmet, var ikke så overraskende. Deres erfaring var at de sjelden så ansatte med navneskilt der også yrkesbakgrunn sto nevnt. De hadde heller ikke, som nevnt, hatt primær- og sekundærkontakt for sin ektefelle. Hilde hadde savnet en slik kontakt og fortalte at «[d]et hadde vi hos moren min. Så mamma hadde jo primærkontakt, og så sto det jo på døra hvem som var primær[kontakt]». Å ha en slik primærkontakt, gjorde at Hilde alltid hadde visst hvem som hadde hatt hovedansvaret for moren.

For flere av de andre intervjupersonene var de ansattes kompetanse synlig gjennom det navneskiltet de bar. Cornelia og Elise fortalte videre at «det henger en aktivitetsplan på rommet [til moren]. (...) Ja, og at hun har to sånne kontaktpersoner», hvorav den ene var sykepleier og den andre helsefagarbeider.

For de som hadde faste kontaktpersoner, var ansvarsfordelingen relativt klar. Ada forklarte at «... så sykepleieren har jo, tar jo ansvar i forhold til sykdom, mens helsefagarbeideren er jo med i den daglige pleien». Fride opplevde at det var helsefagarbeideren, altså sekundærkontakten, som var den moren stolte mest på, for «... hun har vært der så å si hele tiden. (...) [M]en sykepleierne har variert. Så mammas, i hodet hennes er det hun hjelpepleieren, det er mammas dame». At hjelpepleieren tok ansvar og at moren stolte på henne, illustrerte Fride da hun fortalte at moren etter en stund på sykehjemmet måtte bytte rom, for å få et større og bedre ett. Moren hadde ikke selv ønsket dette. Hjelpepleieren hadde tatt Fride til side og sagt at hun skulle si at det var hun, hjelpepleieren, som hadde bestemt det: «'Du, si at jeg har bestemt det.'»

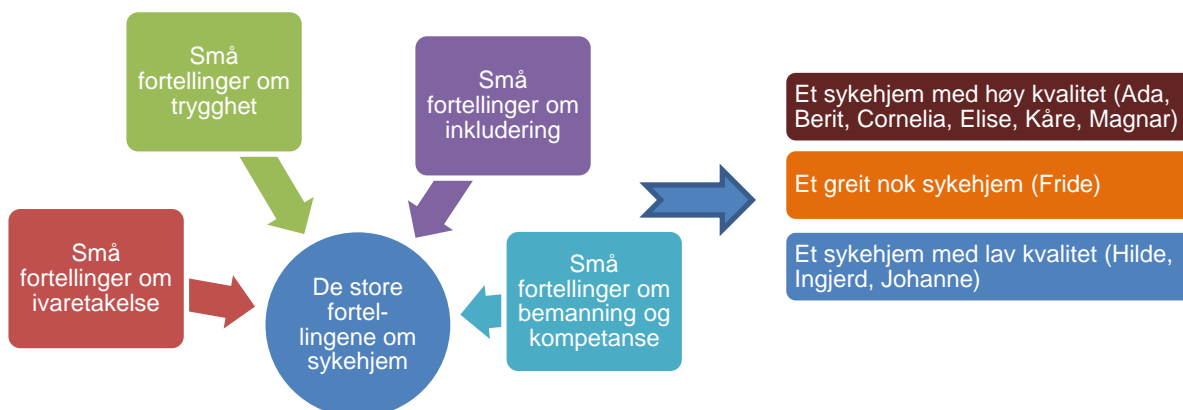
I fortellingene om kompetanse var det flere av intervjupersonene som nettopp anerkjente og understreket helsefagarbeidernes betydning i å skape trivsel og trygghet for beboerne. I forlengelsen av Frides fortelling om «mammas dame», konkluderte hun at «... og da er vi tilbake igjen til et ord, et uttrykk som jeg liker veldig godt, egnethet for jobben, som jeg anser som vel så viktig enten du har fagbrev eller ikke». Egnethet for jobben var det flere som snakket om. Magnar brukte ordene «en menneskelighet som virker god og trygg». Egnethet og menneskelighet kan handle om ansatte som «alltid har et øye på hver finger», som Hilde uttrykte det, og om ansatte som har en interesse for den jobben de gjør overfor beboerne og utfører oppgaven med omsorg for beboeren.

Ada, Hilde og Kåre trakk fram betydningen av ledelse for hva slags personale du får og dermed for kvaliteten på tjenesten sykehjemmet yter. Ada sa: «Jeg tror en god leder får gode medarbeidere. En dårlig leder får, skulle ikke si dårlige medarbeidere, men ...». Hun skrøt av ledelsen på sykehjemmet, ledere som tro til ved behov. Kåre fortalte om betydningen av enhetslederen på avdelingen for moren, om hvordan hun bidro til å skape trygghet. Han fortalte at hun ikke gikk i turnus, men jobbet i dagstilling slik at det ble kontinuitet i hennes tilstedeværelse, iallfall på hverdagene. Han hadde god kommunikasjon med henne og kunne maile og sende sms ved behov. Hilde framholdt i sin fortelling at det var en «usynlig ledelse» på sykehjemmet. Hun var av den oppfatning at skulle kvaliteten på sykehuset forbedres – noe hun mente var helt nødvendig – måtte «... du begynne på toppen. Og rydde opp og få inn instruksjoner, få inn regler».

4.5 Tre «store» fortellinger om sykehjem

Det var stor variasjon i hva intervjupersonene fortalte, slik vist over. På bakgrunn av deres «små» fortellinger om ivaretagelse, trygghet, inkludering og om bemanning og kompetanse, trer det fram et mønster av tre store (overordnede) fortellinger om sykehjem – se figur 1.

Figur 1 Forholdet mellom de små og de store fortellingene



Den ene fortellingen var om «et sykehjem med høy kvalitet». I denne fortellingen er hovedinntrykket at pårørende opplevde:

- at mor ble tatt godt vare på
- sykehjemmet som trygt
- relativt god informasjonsflyt fra sykehjemmet
- stabil bemanning
- god kompetanse blant de ansatte

Den andre fortellingen handlet om «et greit nok sykehjem». I denne fortellingen er hovedinntrykket at pårørende opplevde:

- at mor ble tatt vare på, men måltider og sosiale aktiviteter kunne vært bedre
- sykehjemmet som trygt
- relativt god informasjonsflyt fra sykehjemmet
- stabil bemanning
- varierende kompetanse

Den tredje fortellingen handlet om «et sykehjem med lav kvalitet». I denne fortellingen er hovedinntrykket at pårørende opplevde:

- at ektefelle og far ikke ble tatt godt vare på
- flere uheldige hendelser
- dårlig informasjonsflyt fra sykehjemmet
- lite stabil bemanning
- varierende til dårlig kompetanse

4.6 Forholdet mellom fortellingene og sykepleierkompetanse

Det er en rimelig antakelse at sykepleierkompetansen hos de ansatte påvirker den omsorgen som gis og også de pårørendes erfaringer. I våre intervjuer, som i hovedsak ble «styrt» av de pårørende for å få fram deres erfaringer og historier, var betydningen av sykepleierkompetanse for kvalitet et vanskelig tema da enkelte ikke nødvendigvis visste akkurat hva som ligger i sykepleierkompetanse. Som vist over, var intervjupersonene (vel så) opptatte av stabil bemanning, at det var nok ansatte på jobb, og at de ansatte hadde egnethet og viste en menneskelighet. For intervjupersonene dreide pleiens kvalitet og deres tilfredshet med den, seg om bruk av tid, medmenneskelighet, erfaring og stabilitet. I de neste avsnittene diskuterer vi derfor spørsmålet om i hvilken grad sykehjemmene ser ut til å mangle sykepleierkompetanse, ved å trekke veksel på arbeidet til Gautun med kolleger (2016).

I rapporten «Underbemanning er selvforsterkende» har Gautun, Øien & Bratt (2016) undersøkt betydningen av sykepleierkompetansen til de ansatte i sykehjem og hjemmesykepleien. Deres analyse bygger på en spørreundersøkelse blant 4945 sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleie. Gautun med kolleger undersøkte sammenhenger mellom sykepleiermangel og kvalitet i tjenestene ved å rette oppmerksomheten mot høyt fravær og vansker med å rekruttere sykepleiere til tjenesten de jobber i. Disse analysene ble så sett i lys av tre kvalitetsdimensjoner (grunnleggende sykepleie, behandling og forebygging og aktivisering), som ble definert slik:

Kvaliteten i grunnleggende sykepleie ble målt med følgende indikatorer:

- Ernæringsbehov ivaretas godt
- Pasientene får tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene
- Pasienter får god smertelindring
- Det er uvanlig med legemiddelfeil
- Vi får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn og forhindre forverring i helsetilstand

Kvalitet i behandling ble målt med følgende indikatorer:

- Behandling iverksettes for seint
- Medisinske behov ivaretas ikke godt
- Det oppstår ofte unødvendige pasientskader (som trykksår, fall, infeksjoner og forverrelse av sykdommen)
- Pasienter dør alene fordi vi mangler personell

Kvalitet innen forebygging og aktivisering ble målt med følgende indikatorer:

- Pasientene blir ikke tilstrekkelig aktivisert i sitt hverdagsliv
- Vi gir pasienter opplæring til å mestre behandling og forebygge forverrelse av sykdommen
- Vi får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn og forhindre forverrelse av helsetilstand
- Vi tilpasser tjenestene etter pasientenes ønsker
- Pasientene tilbys et godt kulturtilbud

(Gautun et al., 2016, s. 54)

Gautun med kolleger finner en statistisk signifikant sammenheng «mellom oppgitt fravær og kvaliteten i grunnleggende sykepleie, kvaliteten på behandling, og kvaliteten på forebygging og aktivisering» (s. 55). Det er små forskjeller mellom sykehjem og hjemmesykepleie. De finner også en statistisk signifikant sammenheng mellom sykepleiernes opplevelser av rekrutteringsproblemer og redusert kvalitet.

Tabell 1. Forholdet mellom kvalitetsdimensjoner og fortellingene til pårørende

Type kvalitet	Eksempler	De små fortellingene fra intervjumaterialet	De store fortellingene
Kvaliteten i grunnleggende sykepleie	Ernæringsbehov ivaretas godt	God mat servert til fornuftige tider av døgnet	«Et sykehjem med høy kvalitet»
	Det er uvanlig med legemiddelfeil	Sykehjemmet har kontroll på medisiner	«Et sykehjem med høy kvalitet» «Et greit nok sykehjem»
Kvalitet i behandling	Det oppstår ofte unødvendige pasientskader	Stygge fall med betydelige konsekvenser	«Et sykehjem med lav kvalitet»
	Behandling iverksettes for seint	Sårskader på føtter og ben som ikke får stell	«Et sykehjem med lav kvalitet»
Kvalitet innen forebygging og aktivisering	Pasientene blir ikke tilstrekkelig aktivisert i sitt hverdagsliv	Lite med aktivitet, både felles og individuelt tilpasset	«Et greit nok sykehjem» «Et sykehjem med lav kvalitet»
	Pasientene tilbys et godt kulturtilbud	Gym på mandag, tirsdag og onsdag. Andakt på onsdag. Bingo på fredag	«Et sykehjem med høy kvalitet»

Hvis vi skal forsøke å identifisere sammenhenger mellom kvalitet og sykepleierkompetanse med bakgrunn i de tre kvalitetsdimensjonene, vil de små fortellingene vi har formidlet i kapitlet kunne settes inn i skjemaet og kobles til enkelte av de tre kvalitetsdimensjonene på denne måten – se tabell 1:

Figur 2 illustrerer vår vurdering av kvaliteten knyttet til de tre dimensjonene som lav, moderat eller høy. Her er det altså de pårørendes erfaringer som legges til grunn, slik de ble fortalt til oss. Da vår undersøkelse også har gitt innsikt i inkludering – eller heller opplevelse av informasjonsflyt – har vi lagt til dette aspektet i figuren.

Med bakgrunn i vårt datamateriale konkluderer vi at det er den store fortellingen om «et sykehjem med lav kvalitet» som formidler en tydelig sammenheng mellom manglende sykepleierkompetanse og manglende opplevelse av kvalitet sett fra pårørende. Det er altså ved fravær av god ivaretagelse og ved uheldige hendelser at manglende sykepleierkompetanse trer fram. Vår tolkning er at når et sykehjem har lav kvalitet, ifølge de pårørendes oppfatning, betyr det utilstrekkelig grunnleggende sykepleie, behandling og forebygging og aktivisering.

Figur 2 Tre store fortellinger om sykehjem

Et sykehjem med høy kvalitet	Et greit nok sykehjem	Et sykehjem med lav kvalitet
<ul style="list-style-type: none"> •Kvaliteten i grunnleggende sykepleie tolkes som høy •Kvalitet i behandling tolkes som høy •Kvalitet innen forebygging og aktivisering tolkes som høy •Inkludering tolkes som moderat 	<ul style="list-style-type: none"> •Kvaliteten i grunnleggende sykepleie tolkes som moderat •Kvalitet i behandling tolkes som høy •Kvalitet innen forebygging og aktivisering tolkes som moderat •Inkludering tolkes som moderat 	<ul style="list-style-type: none"> •Kvaliteten i grunnleggende sykepleie tolkes som lav •Kvalitet i behandling tolkes som lav •Kvalitet innen forebygging og aktivisering tolkes som lav •Inkludering tolkes som lav

5 En spørreundersøkelse om sykehjem og hjemmesykepleie

Elisabeth Ugreninov

5.1 Bemanning, kompetanse og inkludering

I senere tid har en rekke undersøkelser og tilsyn avdekket mangler og svikt innen deler av eldreomsorgen (f.eks. Gautun og Hermansen 2010; Gjevjon og Romøren, 2011; Helsetilsynet 2010; Malmedal 2013; Norsk Senter for menneskerettigheter 2014). En mulig forklaring er mangel på utdannet helsepersonell. NAVs bedriftsundersøkelse viser blant annet en økning for hvert år i perioden 2015 til 2017, og at det manglet 3600 sykepleiere og 400 spesialsykepleiere våren 2017. Sykepleiere er den yrkesgruppen som det er vanskeligst å rekruttere, dette gjelder spesielt innen eldreomsorgen. Avgangundersøkelsen blant sykepleierstudenter (2016) viser at omlag to av ti har sykehjem eller hjemmesykepleien som førsteprioritet. I tillegg til rekrutteringsproblemer viser SSBs Helse- og personellstatistikk (2014) at antall årsverk på grunn av lange fravær utgjør 12 prosent av alle sykepleierstillinger i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Flere undersøkelser har i tillegg kartlagt et høyt korttidsfravær i sykehjem og hjemmesykepleien (mye av dette er sykefravær). Det er store avvik mellom antallet sykepleiere som er satt opp i planlagt turnus og som faktisk er på jobb (ECON 2009; Holmeide og Eimot 2010; Gautun 2011, Gautun, Øien og Bratt 2016). Kartleggingene viser at et flertall av vaktene dekkes opp med personell med lavere kompetanse eller av ufaglærte. Det er heller ikke uvanlig at vakter ikke blir dekket opp i det hele tatt. En undersøkelse blant sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem viser at sykepleierne selv opplever at mangel på sykepleiere gir høyere arbeidspress som igjen påvirker kvaliteten i grunnleggende sykepleie og behandling som gis (Gautun, Øien og Bratt, 2016). Tønnesen og Nortvedt (2012) finner at helsearbeidere gir klart uttrykk for at tidspress og mangel på kontinuitet i oppfølging av pasienter reduserer mulighetene for å gi individuell og helhetlig sykepleie (Tønnesen og Nortvedt 2012). I en tredje studie gir helsearbeidere uttrykk for at et stort tidspress gjør det vanskelig å oppdage tegn på nedstemthet og depressive symptomer (Halvorsrud, Pahr og Kvarme 2014).

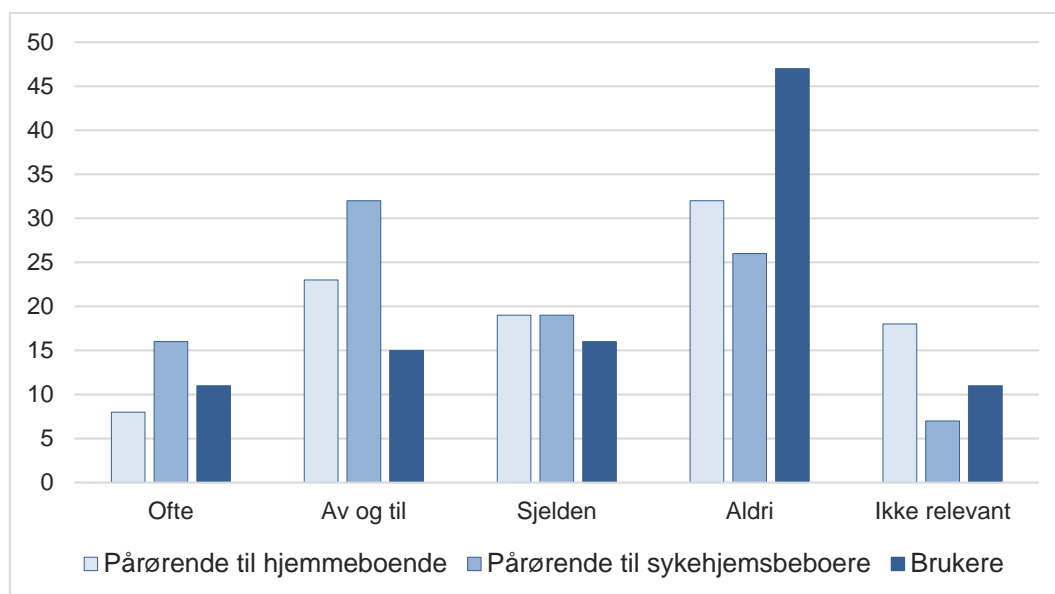
Det er foreligger lite kunnskap om hvorvidt, og på hvilken måte, de som mottar eldreomsorgstjenester berøres av mangelen på personell med helsefaglig kompetanse. I dette kapitlet undersøkes i hvilken grad brukere og pårørende opplever at eldreomsorgstjenestene er utilstrekkelig bemannet, og eventuelt hvilke personellgrupper det oppleves at det er en mangel på. Tilnærmingen som benyttes vil ikke være et kvantifisert mål på manglende bemanning eller kompetansesammensetning, men vil likevel gi verdifull innsikt i pasienter og pårørendes reelle opplevelse som kan være viktig for deres trivsel og opplevde trygghet. Deretter ser vi i hvilken grad brukere og pårørende opplever å bli inkludert, får informasjon om bistandsbehov og oppfølging, og mulighetene for å kommunisere med de som utfører helsetjenestene.

5.2 Manglende bemanning

For å kartlegge opplevd manglende bemanning benyttes ett hovedspørsmål og to oppfølgingsspørsmål. Både brukere og pårørende fikk følgende spørsmål: «Har du i løpet av de siste to månedene opplevd manglende bemanning i hjemmesykepleien/ på sykehjemmet?». Svarkategoriene var «ofte», «av og til», «sjelden», «aldri» og «ikke relevant». Brukere av hjemmesykepleien og pårørende som har opplevd manglende bemanning fikk så oppfølgingsspørsmål om når de opplevde manglende bemanning. Kategoriene for dette spørsmålet var: dag, kveld, natt, helg og ferie. Videre fikk de også spørsmål om den faglige bakgrunnen, hvorvidt det var mangel av sykepleiere, helsefagarbeidere/ hjelpepleiere eller ufaglærte.

Figur 5.1 viser hvordan brukere og pårørende fordeler seg på spørsmålet om opplevd bemanning. I figuren skilles det mellom pårørende til hjemmeboende, pårørende til sykehjemsbeboere og brukere av hjemmesykepleien.

Fig 5.1. Brukere og pårørende etter grad av opplevd manglende bemanning (N=602). Prosent.

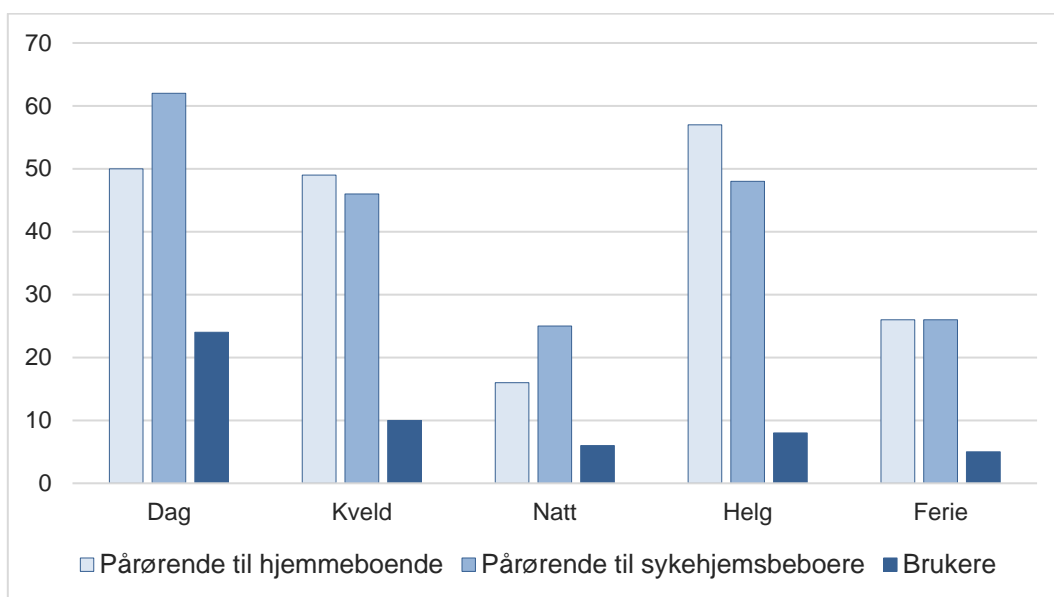


Svarkategoriene på spørsmålet om manglende bemanning inneholdt ingen definisjon på hva som menes med «ofte», «av og til» eller «sjelden», denne vurderingen ble tatt av respondentene. Disse kategoriene er mer avhengig av skjønn enn kategorien «aldri». Hvis vi tar utgangspunkt i at «ofte» eller «av og til» betyr at respondentene har opplevd manglende bemanning, har 48 prosent av pårørende til sykehjemsbeboere opplevd manglende bemanning i løpet av de siste to månedene. Andelen er noe lavere for pårørende til hjemmeboende (31%) og brukere (26%). I de videre analysene (kapittel 6 og 7) benyttes denne todeling, respondenter som har svart at de av og til eller ofte opplever manglende bemanning defineres som at de har opplevd manglende bemanning.

5.3 Tidspunkt for manglende bemanning

Alle respondentene som svarte at de hadde opplevd manglende bemanning fikk oppfølgingsspørsmål om når på døgnet, eller om dette var i helgen eller i en ferie. Respondentene kunne krysse av flere alternativer. Dette spørsmålet kan være vanskelig å besvare både fordi respondentene ikke husker når den manglende bemanningen fant sted, eller på grunn av manglende informasjon, spesielt for natt og ferier. Pårørende som har svart på dette spørsmålet oppgir at manglende bemanning hovedsakelig skjer på dag, kveld eller i helger. Videre er det en tendens til at pårørende til sykehjemsbeboere oftere rapporterer manglende bemanning på dagtid sammenliknet med pårørende til hjemmeboende, denne forskjellen er imidlertid ikke signifikant.

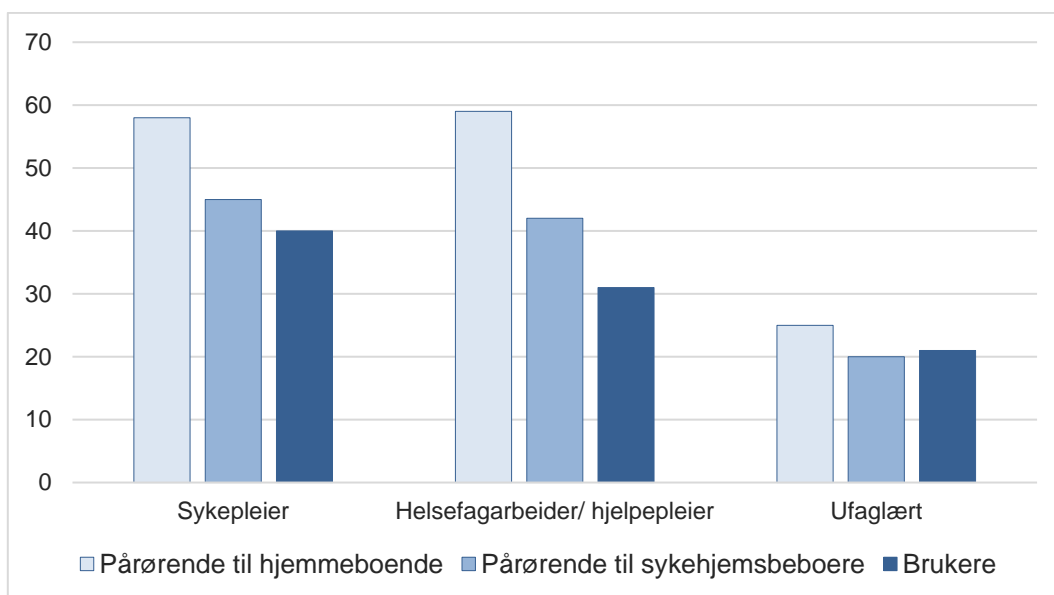
Figur 5.2 Tidspunkt for manglende bemanning etter brukere, pårørende til hjemmeboende og sykehjemsbeboere (N=478). Prosent.



5.4 Helsefaglig bakgrunn

Respondentene som svarte at de hadde opplevd manglende bemanning i løpet av de to siste månedene ble spurt om den helsefaglige bakgrunnen til personen(e). Respondentene kunne velge mellom sykepleiere, helsefagarbeidere/hjelpepleiere og ufaglærte, og en vet ikke kategori.

Figur 5.3. Brukere og pårørendes vurdering av helsefagligbakgrunn hos manglende bemanning (N=244). Prosent.



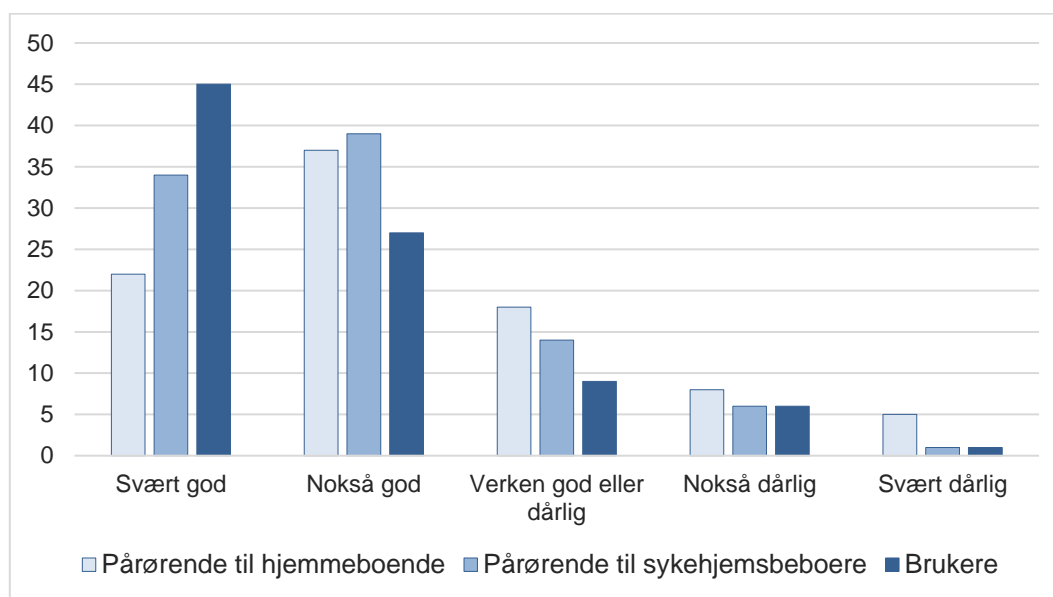
Om lag seks av ti pårørende til hjemmeboende svarer at det har manglet sykepleiere eller helsefagarbeidere/hjelpepleiere de siste to månedene. Andelen pårørende til sykehjemsbeboere er noe lavere og ligger på henholdsvis 45 og 42 prosent. Forskjellen mellom pårørendegruppene i rapportering av helsefaglig bakgrunn er signifikant. Blant brukere av hjemmesykepleien oppgir 40 prosent at det har vært manglende bemanning av sykepleiere, mens 31 prosent rapporterer manglende bemanning av helsefagarbeidere/hjelpepleiere. Forskjellen er imidlertid ikke signifikant.

Resultatene for opplevd manglende bemanning, tidspunkt og helsefaglig bakgrunn, viser et klart skille mellom hjemmesykepleien og sykehjem. Resultatene tyder på at brukere og pårørende opplever at en manglende bemanning oftere skjer på sykehjem enn i hjemmesykepleien. Det er også en høyere andel som rapporterer om manglende bemanning på dagtid, kveldstid og i helger sammenliknet med nattestid og i ferier. Hvorvidt dette skyldes faktiske forskjeller eller manglende informasjon om bemanning for pårørende om natten og i ferier, er uvisst. I hvilken grad brukere og pårørende får informasjon om manglende bemanning vil variere, og for mange vil ikke nivået på bemanning være målbart i det hele tatt. I neste avsnitt blir brukere og pårørendes opplevelse av faglig oppfølging kartlagt.

5.5 Faglig oppfølging

Hvordan brukere og pårørende opplever faglig kompetanse blant personellet i helsetjenestene ble kartlagt gjennom et generelt spørsmål om opplevelse av faglig oppfølging. Alle respondentene fikk følgende spørsmål: «Hvordan vil du si at den faglige oppfølgingen i hjemmesykepleien/sykehjemmet er ivaretatt?». Det er ikke spesifisert hva som menes med faglig kompetanse. Respondentene kan dermed ha vektlagt og svart på litt ulike ting, for eksempel håndtering av medisiner, kunnskap om spesifikke diagnoser, sårstell, rehabilitering og så videre. 45 prosent av brukerne svarer at de er svært fornøyde, og 27 prosent sier at de er nokså godt fornøyde. Resultatene antyder videre at det er en forskjell mellom pårørende til hjemmeboende og sykehjemsbeboere. Pårørende til sykehjemsbeboere er generelt mer fornøyde med den faglige oppfølgingen. Hvis vi tar utgangspunkt i at kategoriene «nokså dårlig» og «svært dårlig» gjengir utilstrekkelig faglig oppfølging, rapporteres dette hos 13 prosent av pårørende til hjemmeboende. Tilsvarende for sykehjemsbeboere er syv prosent. Denne forskjellen er signifikant.

Figur 5.4. Respondentenes vurdering av faglig oppfølging. Brukere og Pårørende (N=602). Prosent.



5.6 Hvordan forbedre den faglige oppfølgingen?

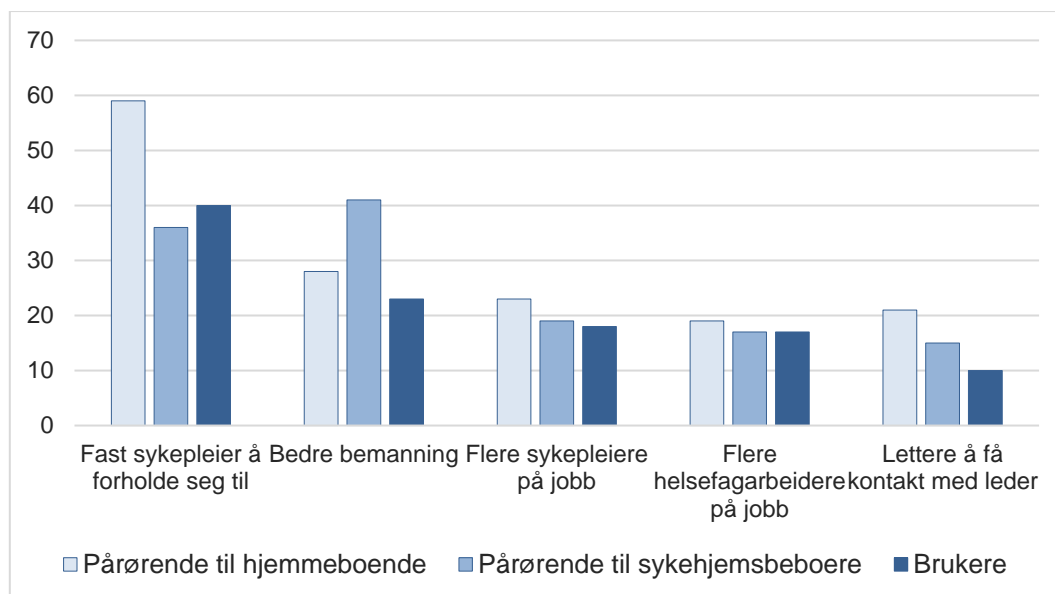
For å få et innblikk i brukere og pårørendes oppfattelse av hvordan den faglige oppfølgingen kan bli bedre fikk alle spørsmålet: «Hva mener du skal til for at den faglige oppfølgingen skal bli bedre?». Respondentene kunne krysse av flere alternativer som: «en fast sykepleier å forholde meg til», «bedre bemanning», «flere sykepleiere på jobb», «flere helsefagarbeidere/hjelpepleiere på jobb» og «lettere å få kontakt med leder». Her var det også mulig å fylle inn egne kommentarer. Figur 5.5 gir en oversikt over hva brukere og pårørende mener skal til for at den faglige oppfølgingen skal bli bedre.

De to viktigste faktorene for bedre faglig oppfølging er det å ha en fast sykepleier å forholde seg til og bedre bemanning. Imidlertid er rapporteringsmønsteret noe ulikt for brukere og pårørendegruppene. Blant brukerne er det flest respondenter (40%) som mener at den faglige oppfølgingen blir bedre om de har en fast sykepleier å forholde seg til. Denne kategorien skiller seg klart ut sammenliknet med de andre svarkategoriene «bedre bemanning» (23%), «flere sykepleiere på jobb» (18%), «flere helsefagarbeidere/hjemmehjelpere på jobb» (17%), og «lettere å få kontakt med leder» (10%).

Det å ha en fast sykepleier å forholde seg til er helt klart den viktigste enkeltfaktoren for bedre faglig oppfølging for pårørende til hjemmeboende. 59 prosent har oppgitt denne kategorien. Deretter følger bedre bemanning med 28 prosent, flere sykepleiere på jobb med 23, lettere å få kontakt med leder med 21 prosent, og til sist flere helsefagarbeidere med 19 prosent. Et interessant

funn er at det ikke finnes et like klart skille blant pårørende til sykehjemsbeboere. 41 prosent oppgir bedre bemanning, mens 36 prosent oppgir at det å ha en fast sykepleier å forholde seg til er viktig for god faglig oppfølging. De resterende kategoriene ser ut til å ha mindre betydning for denne pårørende-gruppen hvor andelene ligger mellom 15 og 19 prosent.

Figur 5.5. Brukere og pårørendes vurdering av forhold som kan bedre den faglige oppfølgingen (N=478). Prosent.



5.7 Et klart skille mellom hjemmesykepleien og sykehjem

Respondentenes rapportering om faglig oppfølging og hva som skal til for å bedre den faglige oppfølgingen, viser et klart skille mellom hjemmesykepleien og sykehjem. Manglende bemanning og utilstrekkelig faglig oppfølging kan forstås ulikt, samtidig som at utilstrekkelig faglig oppfølging kan komme til uttrykk gjennom manglende bemanning. Manglende bemanning kan skyldes viktige forhold som for lav grunnbemanning, problemer med rekruttering og fravær. Opplevd manglende bemanning kan også oppfattes som lav faglig kompetanse hvis fravær av en sykepleier erstattes med lavere kompetanse. Utilstrekkelig faglig oppfølging kan også skyldes at sykepleierne ikke har fått tilstrekkelig med kompetansehevende tiltak. For eksempel har Samhandlingsreformen ført til at mange pasienter mottar helsetjenester i kommunene som er mer avanserte enn tidligere.

Resultatene må tolkes med forsiktighet, spesielt på tvers av brukere og pårørendegruppene. Likevel gir resultatene rom for noen antydninger. Basert på brukere og pårørendes vurderinger, ønsker brukere og pårørende til

hjemmeboende en fast sykepleier å forholde seg til. Langt færre oppga bedre bemanning. Det finnes ikke et tilsvarende klart skille for pårørende til sykehjemsbeboere. Resultatene for denne gruppen antyder at bedre bemanning er noe viktigere enn det å ha en fast sykepleier å forholde seg til.

5.8 Medbestemmelse, inkludering og kommunikasjon

Medbestemmelse, inkludering og kommunikasjon måles ved hjelp av flere forhold som omhandler inkludering og informasjon om pleie og oppfølging, mulighet for å gi tilbakemelding og oppfølging i etterkant, og om de har en fast kontaktperson å forholde seg til.

INKLUDERING

Alle pårørende fikk spørsmålet: «I hvilken grad blir du tatt med på råd når pleie og behandling planlegges?». I tillegg fikk de ett spørsmål om de får informasjon om oppfølgingen av den de er pårørende til. Svarkategoriene for disse spørsmålene er: «i stor grad», «i noen grad», «i liten grad», «ikke i det hele tatt», og til sist en kategori «ikke relevant». Brukerne fikk dette spørsmålet formulert som påstanden: «Du blir tatt med på råd når pleie og behandling planlegges». Brukerne skulle så vurdere påstanden ut fra svarkategoriene «helt enig», «nokså enig», «verken enig eller uenig», «nokså uenig», «svært uenig», og til slutt en «ikke relevant» kategori. På grunn av ulik spørsmålsformulering og ulike svar-kategorier presenteres resultatene separat for brukere og pårørende.

Tabell 5.2. Inkludering av pårørende. Prosent.

	Pårørende til hjemmeboende		Pårørende til sykehjemsbeboere	
	Tas med på råd når pleie og behandling planlegges	Informasjon om oppfølging	Tas med på råd når pleie og behandling planlegges	Informasjon om oppfølging
I stor grad	23	19	23	30
I noen grad	29	31	39	35
I liten grad	27	26	23	28
Ikke i det hele tatt	21	23	15	8
N	201	261	201	261

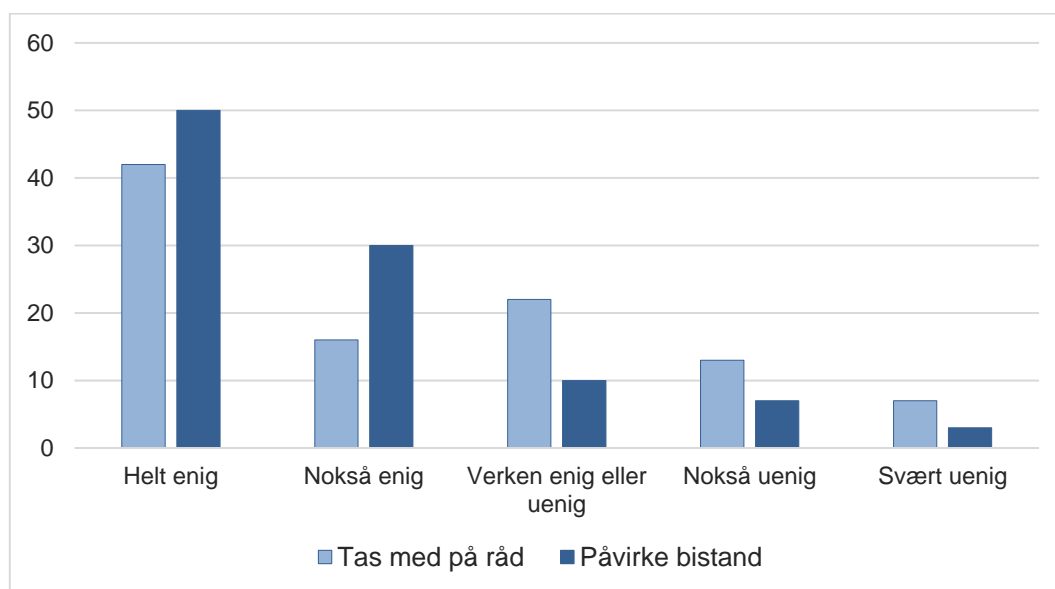
Det er en klar tendens til at pårørende til sykehjemsbeboere oftere opplever å bli tatt med på råd når pleie og behandling planlegges sammenliknet med pårørende til hjemmeboende. Nær halvparten av de pårørende til hjemmeboende blir ikke eller i liten grad tatt med på råd. Andelen for pårørende til sykehjemsbeboere er 38 prosent. I hvilken grad pårørende inkluderes kan være viktig for

tilrettelegging og oppfølging av brukere og pasienter. I senere analyser blir denne variabelen omorganisert slik at de som svarer i liten grad eller ikke i det hele tatt defineres som dårlig inkludering av pårørende.

Alle pårørende fikk også spørsmål om de får informasjon om oppfølging av den de er pårørende til. Resultatene viser store forskjeller mellom pårørende i sykehjem og hjemmesykepleien, spesielt i ytterkategoriene. 19 prosent av pårørende til hjemmeboende oppgir at de i stor grad får informasjon om oppfølging, tilsvarende for pårørende til sykehjemsbeboere er 30 prosent. I kategorien «i liten grad» er det relativt likt besvart mellom pårørendegruppene (26 og 28 prosent). Derimot er det en klar signifikant forskjell blant de som ikke får noe informasjon om oppfølging i det hele tatt. 23 prosent av pårørende til hjemmeboende får ingen informasjon, dette er klart høyere enn for pårørende til sykehjemsbeboere (8%).

Inkludering av brukere i hjemmesykepleien handler også i stor grad om medbestemmelse og mulighet til å påvirke hva de selv ønsker og trenger bistand til. Dette fanges opp ved to påstander om hvor enig eller uenig brukerne er i at de blir tatt med på råd når pleie og behandling planlegges, eller kan påvirke hva de får bistand eller hjelp til.

Figur 5.6. Brukermedvirkning i hjemmesykepleien (N=124). Brukere. Prosent.



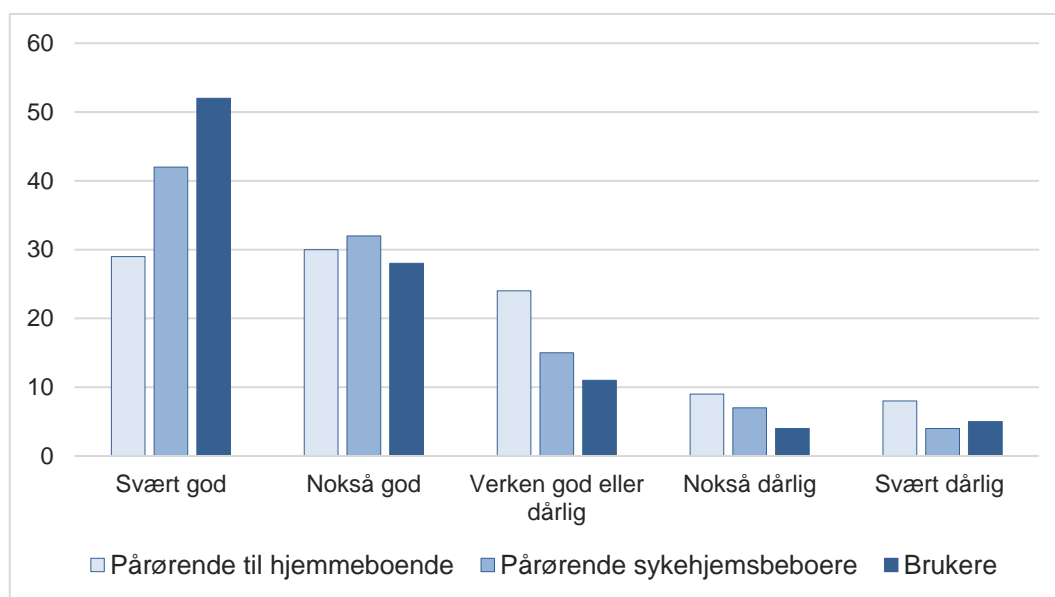
Drøyt fire av ti brukere svarer at de er helt enig i utsagnet om at de blir tatt med på råd når pleie og behandling planlegges. Fem av ti er helt enig i utsagnet om at de kan påvirke hva de får bistand eller hjelp til. Det er en tendens til at flere brukere opplever å kunne påvirke bistand og hjelp, enn å bli tatt med på råd.

To av ti brukere er nokså eller svært uenige i at de blir tatt med på råd, mens en av ti brukere er nokså eller svært uenige i at de kan påvirke hva de får bistand eller hjelp til.

KOMMUNIKASJON

Kommunikasjon med bruker og pårørende kartlegges ved hjelp av to spørsmål. Det første spørsmålet fanger opp mulighetene for å gi tilbakemeldinger: «Hvordan opplever du mulighetene for å gi tilbakemelding på forhold du er fornøyd eller misfornøyd med?». Svarkategoriene for dette spørsmålet var: «svært god», «nokså god», «verken god eller dårlig», «nokså dårlig», «svært dårlig» og «vet ikke». Det neste spørsmålet gikk til de som hadde gitt tilbakemelding, og kartlegger hvordan de opplevde at de blir fulgt opp i etterkant av tilbakemeldingen. Dette spørsmålet har de samme svarkategoriene som det foregående spørsmålet og gjengis i sin helhet i figur 5.7.

Figur 5.7. Mulighet for å gi tilbakemelding, etter pårørende til hjemmeboende og sykehjemsbeboere og brukere (N=602). Prosent.

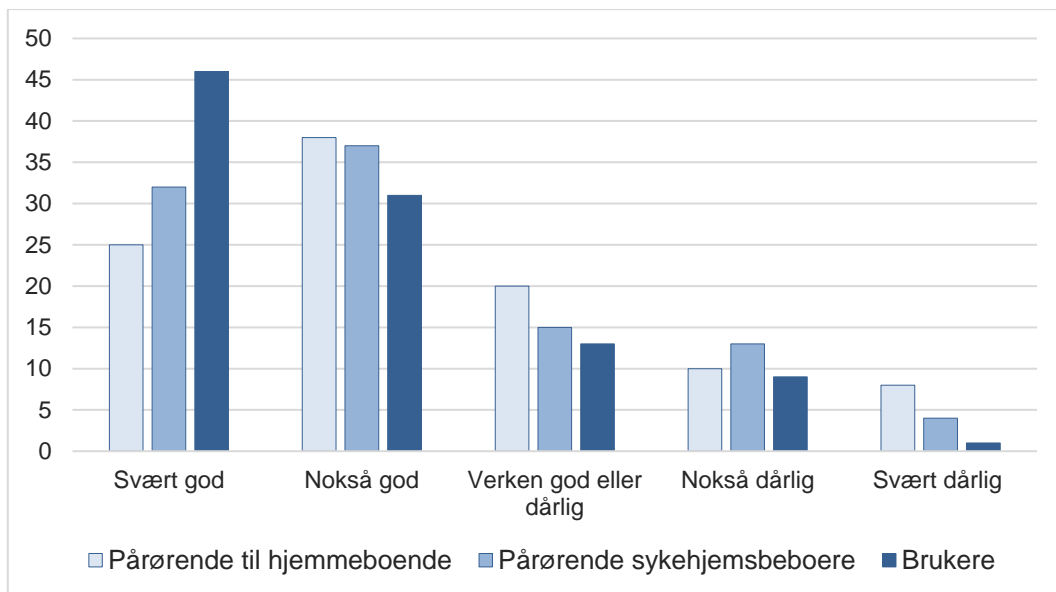


Om lag halvparten av brukerne opplever muligheten for å gi tilbakemelding som svært god. 42 prosent av pårørende til sykehjemsbeboere opplever svært gode muligheter for å gi tilbakemelding, tilsvarende for pårørende til hjemmeboende er 29 prosent. 28 prosent av brukerne svarer at de har nokså god mulighet for å gi tilbakemelding. Andelen pårørende som opplever nokså gode muligheter for å gi tilbakemelding er omtrentlig 30 prosent for begge pårørendegruppene. Resultatene tyder på at flere pårørende til hjemmeboende opplever dårligere

muligheter for å gi tilbakemelding. 17 prosent av pårørende til hjemmeboende, og 11 prosent av pårørende til sykehjemsbeboere, opplever at de har nokså eller svært dårlige muligheter for å gi tilbakemeldinger. Denne forskjellen er ikke signifikant. Blant brukere av hjemmesykepleien opplever ni prosent at de har nokså eller dårlige muligheter for å gi tilbakemeldinger.

Videre er det av interesse å kartlegge hvordan tilbakemeldingene blir fulgt opp. 25 prosent av pårørende til hjemmeboende svarer at de har fått svært god oppfølging, mens 37 prosent svarer nokså god oppfølging. Tilsvarende for pårørende til sykehjemsbeboere er nokså likt besvart og er henholdsvis på 32 og 38 prosent. De som opplever at tilbakemeldingen blir nokså eller svært dårlig fulgt opp, er ganske likt fordelt mellom pårørendegruppene. Om lag to av ti pårørende svarer at oppfølgingen i etterkant av en tilbakemelding er nokså eller svært dårlig. Andelen brukere som rapporterer nokså eller svært dårlig oppfølging er ti prosent. Imidlertid er det ikke mulig å skille mellom hva slags type tilbakemelding som ble gitt, og om det var forhold de var misfornøyde eller fornøyde med.

Figur 5.8. Oppfølging av tilbakemelding. Pårørende og brukere (N=602). Prosent.



FAST KONTAKTPERSON

Det å ha en fast kontaktperson å forholde seg til kan oppleves som viktig for god kommunikasjon. Alle respondentene fikk spørsmål om de selv eller den de er pårørende til har en fast kontaktperson. Respondenter som svarte ja på dette spørsmålet fikk et oppfølgingsspørsmål om de kjenner den helsefaglige

bakgrunnen til vedkommende. Tabell 5.3 viser andelen respondenter som har en fast kontaktperson, og blant disse, om dette er en sykepleier.

Tabell 5.3. Fast kontaktperson og helsefaglig bakgrunn til vedkommende

	Har fast kontaktperson	Har sykepleier som fast kontaktperson
Pårørende til hjemmeboende	28 %	39 %
N	213	172
Pårørende til sykehjemsbeboere	66 %	50 %
N	262	59
Brukere	21 %	50 %
N	124	26

Det er klart flere sykehjemsbeboere som har en fast kontaktperson. 66 prosent av de pårørende til sykehjemsbeboere oppgir at den de er pårørende til har en fast kontaktperson, av disse svarer 50 prosent at dette er en sykepleier. 28 prosent av de pårørende til hjemmeboende svarer at den de er pårørende til har en fast kontaktperson, av disse oppgir 39 prosent at vedkommende er sykepleier. Blant brukerne oppgir 21 prosent at de har en fast kontaktperson, av disse svarer 50 prosent at vedkommende er sykepleier.

5.9 Oppsummering

Det er en tendens til at brukere og pårørende svarer at de er nokså godt fornøyd og at de i noen grad har muligheter for å kommunisere med de ansvarlige eller de som utfører helsetjenestene. Det er noen interessante forskjeller mellom brukere og pårørendegruppene. Hovedfunnene kan kort oppsummeres i følgende punkter:

- Flere brukere og pårørende i sykehjem enn hjemmesykepleien opplever manglende bemanning. Det er også en høyere andel som rapporterer om manglende bemanning på dagtid, kveldstid og i helger sammenliknet med nattetid og i ferier.
- Pårørende til hjemmeboende opplever oftere utilstrekkelig faglig oppfølging enn pårørende til sykehjemsbeboere.
- Brukere og pårørende til hjemmeboende mener at den faglige oppfølgingen blir bedre om de har en fast sykepleier å forholde seg til.

- Pårørende til sykehjemsbeboere mener at bedre bemanning er viktig for bedre faglig oppfølging.
- Pårørende til sykehjemsbeboere blir oftere tatt med på råd når pleie og behandling planlegges sammenliknet med pårørende til hjemmeboende.
- Pårørende til hjemmeboende får i langt mindre grad informasjon om oppfølging av den de er pårørende til, enn pårørende til sykehjemsbeboere.

Funnene peker i retning av klare skiller mellom hjemmesykepleien og sykehjem med hensyn til manglende bemanning og opplevelse av faglig oppfølging. Av spesielt interesse er det at flere pårørende til hjemmeboende opplever utilstrekkelig faglig oppfølging, mens flere pårørende til sykehjemsbeboere opplever manglende bemanning. Basert på respondentenes vurderinger vil det å ha en fast sykepleier å forholde seg til være et effektivt virkemiddel for å bedre den faglige oppfølgingen i hjemmesykepleien, mens bedre bemanning er viktig for bedre faglig oppfølging i sykehjem.

6 Tilfredshet og kvalitet i tjenestene

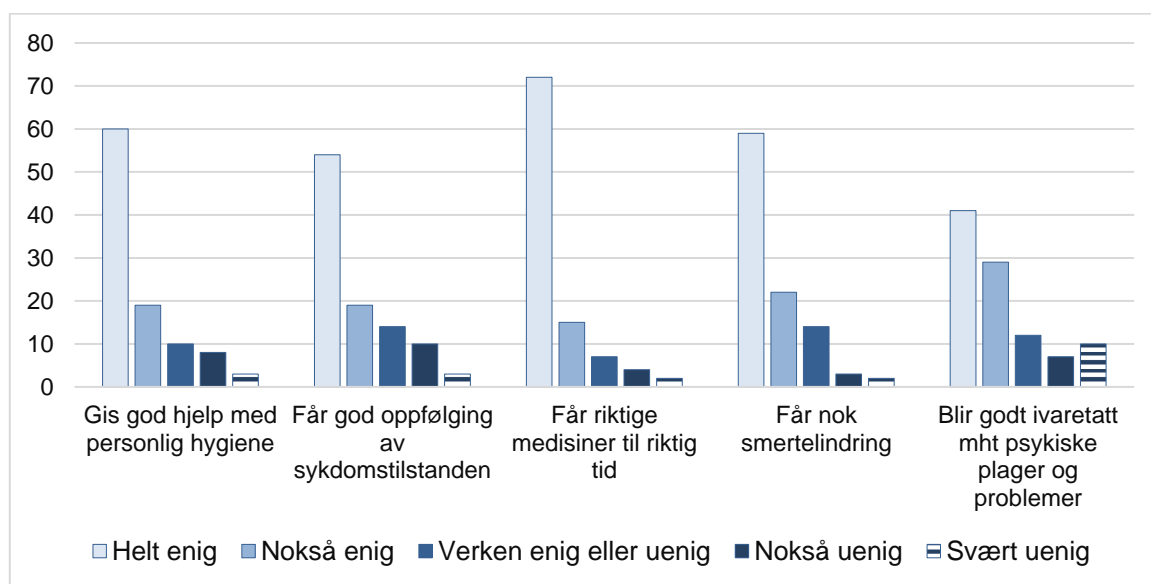
Elisabeth Ugreninov

I dette kapittelet undersøkes tilfredshet og kvalitet i et utvalg av tjenester som brukere av hjemmesykepleien og eldre med opphold i sykehjem mottar. Både brukere og pårørende fikk en rekke påstander som de skulle vurdere. De pårørende ble bedt om å vurdere påstandene på vegne av den de var pårørende til, og ble også bedt om å vurdere noen flere påstander enn brukerne. Svarene fra de to gruppene blir derfor presentert separat. Påstandene om tilfredshet i tjenestene fokuserer på kvalitet i grunnleggende sykepleie, og bygger i stor grad på påstander som ble stilt til sykepleiere i en tidligere undersøkelse gjennomført av NOVA (Gautun, Øien og Bratt, 2016). Grunnleggende sykepleie forstås her som at ernæringsbehovet ivaretas godt, pasientene får tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene, god smertelindring og oppfølging av sin sykdomstilstand, og ivaretagelse av psykiske plager og problemer. Dette kapittelet gir først en oversikt for de ulike påstandene med utgangspunkt i adskilte beskrivelser for brukere og samlet for pårørendegruppene. Senere vil betydningen av individuelle kjennetegn, opplevd bemanning, faglig oppfølging og inkludering av pårørende på lav tilfredshet ved de ulike tjenester analyseres for pårørende.

6.1 Brukere av hjemmesykepleien

Alle brukere av hjemmesykepleien fikk en rekke påstander om tjenester som de ble bedt om å vurdere ut fra hvor enig eller uenige de var. Formuleringen for påstandene for de mulige tjenestene er gjengitt i sin helhet i figur 6.1. For hver enkelt påstand kunne de velge mellom kategoriene «helt enig», «nokså enig», «verken enig eller uenig», «nokså uenig», «svært uenig», og til sist en «ikke relevant» kategori som fanger opp de som ikke mottar denne type tjeneste.

Figur 6.1. Tilfredshet med tjenestene blant brukere av hjemmesykepleien (N=124). Brukere. Prosent.



Det generelle bildet er at flertallet av brukerne er tilfredse med de fleste tjenestene de mottar. Innenfor alle påstandene blir kategorien «helt enig» brukt mest, imidlertid er det en mulighet for en overrapportering av positive svar. Selv om flertallet er fornøyd med tjenestene de mottar, er det viktig å belyse om det er noen tjenester hvor brukerne er mindre tilfreds. For å få innblikk i dette vurderes kategoriene «svært uenig» og «uenig» samlet. Elleve prosent av brukerne opplever at det ikke gis god nok hjelp med personlig hygiene, mens 13 prosent opplever at de ikke får god nok oppfølging av sin sykdomstilstand. De fikk også spørsmål om riktige medisiner til riktig tid, denne påstanden er muligens vanskelig å vurdere for flere av respondentene. Denne påstanden har også helt klart flest besvarelser i kategorien «helt enig» og færrest som ikke er tilfreds (6%). Når det kommer til smertelindring, oppgir om lag åtte av ti brukere at de får god nok smertelindring, mens fem prosent opplever at de ikke får god nok smertelindring. Et viktig funn er at påstanden om ivaretagelse av psykiske plager og problemer har en langt jevnere fordeling av svarkategoriene enn de andre påstandene. Det er fortsatt flest som opplever å få god ivaretagelse av psykiske plager og problemer (41%), men 29 prosent svarer at de er nokså enig i påstanden. 17 prosent av brukerne har svart at de er nokså eller svært uenige i påstanden om at de får god ivaretagelse av psykiske plager og problemer.

Jevnt over er brukere av hjemmesykepleien svært eller nokså tilfreds med de tjenestene de mottar. Imidlertid er det mulig at mange synes det er vanskelig

å vurdere behovene opp mot det de har «krav» på av oppfølging og hjelp. I de neste analysene fokuseres det på pårørendes tilfredshet med tjenestene.

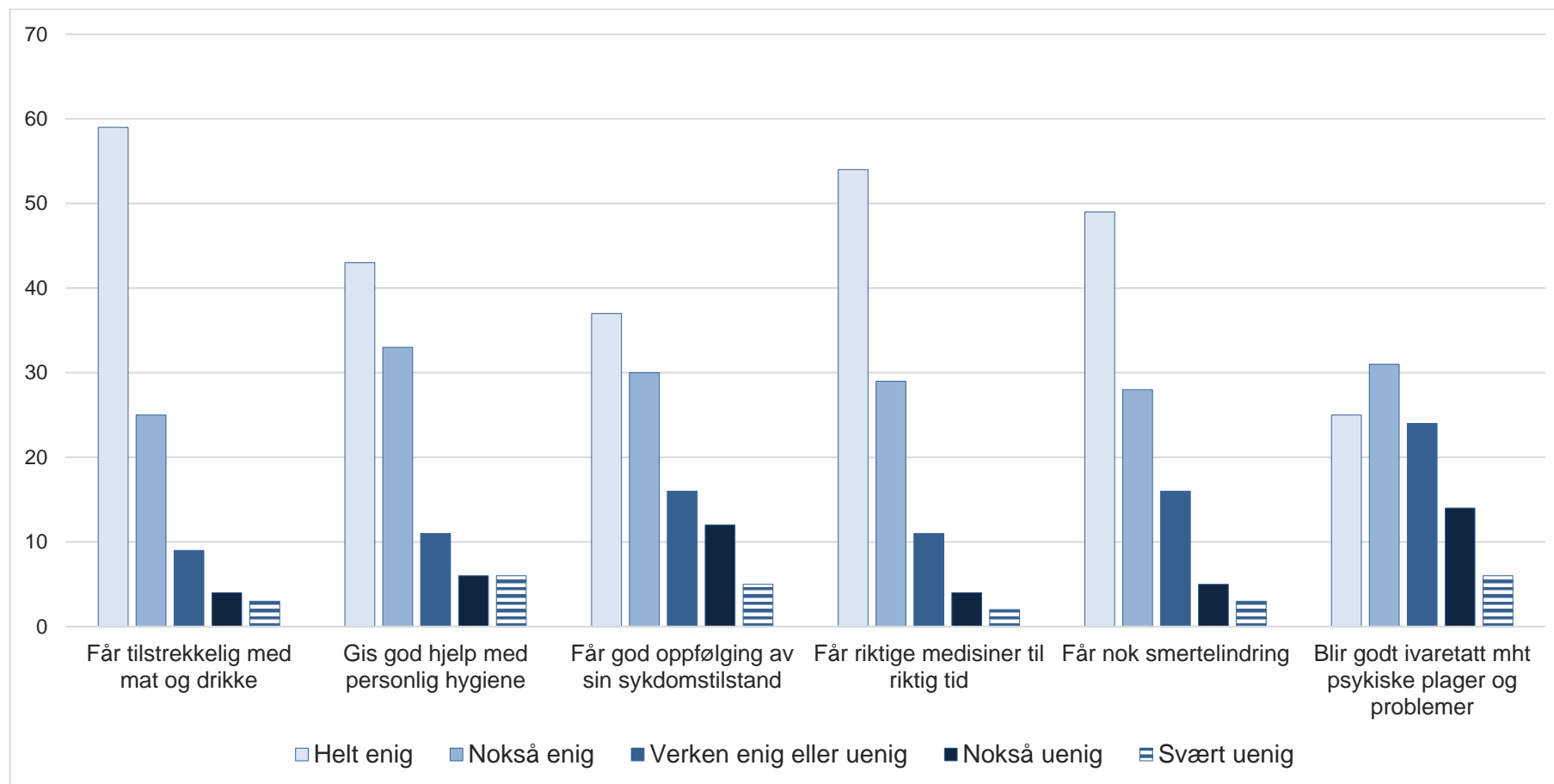
6.2 Pårørendes tilfredshet med tjenestene

Alle pårørende fikk en rekke påstander om mulige tjenester den de er pårørende til mottar. For hver enkelt påstand om de ulike tjenestene ble de bedt om å vurdere hvor enig eller uenige de var ut fra de samme kategoriene som brukere av hjemmesykepleien fikk. De ulike påstandene gjengis i figur 6.2 (neste side).

Tilfredshet med de ulike tjenestene varierer en god del. 59 prosent er helt enig i påstanden om at den de er pårørende til får tilstrekkelig med mat og drikke. 25 prosent svarer at de er nokså enig. Syv prosent svarer at de er nokså eller svært uenig i påstanden om at den de er pårørende til får tilstrekkelig med mat og drikke. 43 prosent av de pårørende er helt enig i påstanden om at det gis god hjelp med personlig hygiene. 33 prosent svarer at de er nokså enig i påstanden. Tolv prosent av de pårørende svarer at de er nokså eller svært uenig i at den de er pårørende til får god hjelp med personlig hygiene. 37 prosent er helt enig i påstanden om at den de er pårørende til får god oppfølging av sin sykdomstilstand. 30 prosent svarer at de er nokså enig i påstanden, mens 17 prosent er nokså eller svært uenig i påstanden. 54 prosent er helt enig at den de er pårørende til får riktige medisiner til riktig tid. 29 svarer at de er nokså enig, mens seks prosent har svart nokså eller svært uenig. Andelen pårørende som svarer at de er helt enig i at det gis nok smertelindring, er 49 prosent. 28 prosent svarer at de er nokså enig, mens åtte prosent svarer at de er nokså eller svært uenig i påstanden. Andelen som svarer at de er helt enig med påstanden om ivaretagelse med hensyn til psykiske plager og problemer er lang lavere enn de andre påstandene. 25 prosent oppgir å være helt enig, mens 31 prosent er nokså enig. 20 prosent av de pårørende svarer at de er nokså eller svært uenig i påstanden.

Andelen som svarer at de er nokså uenig og svært uenig i de ulike påstandene ser tilsynelatende liten ut, men hvis vi ser bort fra midtkategorien «verken enig eller uenig» og ellers vurderer differansen mellom ytterkategoriene har påstandene, god ivaretagelse når det gjelder psykiske plager og problemer, og god oppfølging av sin sykdomstilstand, mindre differanse enn de andre påstandene. Selv om hovedtendensen også her er at de fleste pårørende har et positivt inntrykk av tjenestene som gis, er det om lag to av ti pårørende som ikke er tilfredse med disse tjenestene.

Figur 6.2. Pårørendes tilfredshet med tjenester den de er pårørende til mottar (N=478). Prosent.

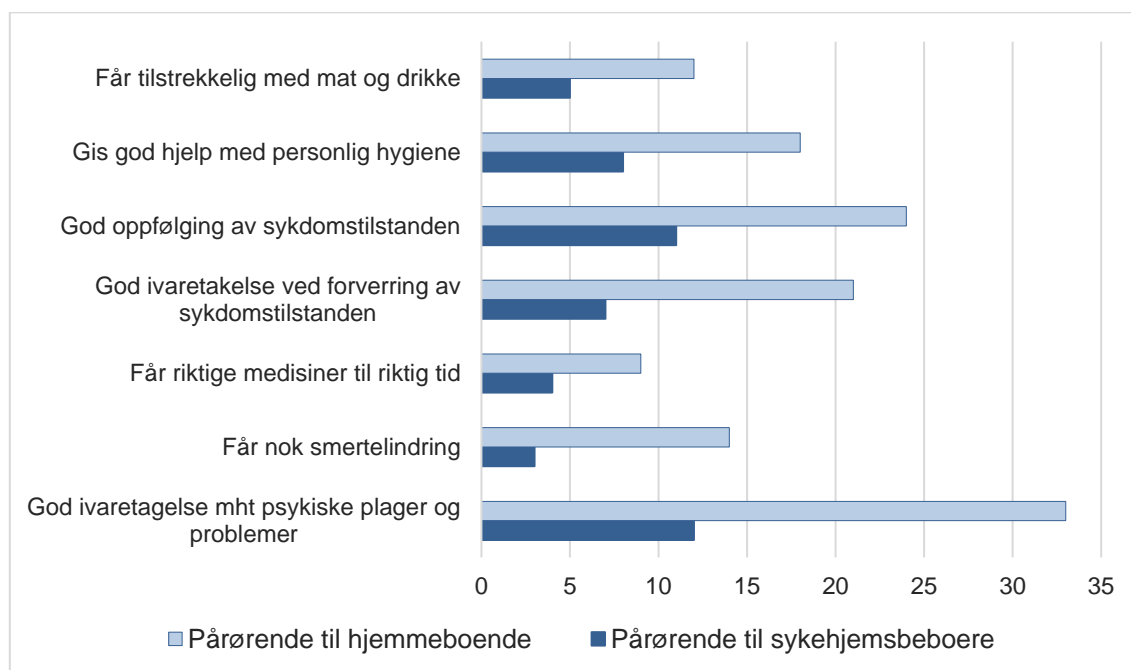


Så langt i dette kapittelet har forskjeller i tilfredshet mellom pårørende i hjemmesykepleien og i sykehjem ikke blitt sammenliknet. Neste avsnitt ser nærmere på forskjellen mellom disse pårørendegruppene.

6.3 Pårørende til hjemmeboende er mindre tilfreds

Tilfredshet med tjenestene kan oppleves ulikt mellom pårørende til hjemmeboende og sykehjemsbeboere. For å få frem disse forskjellene blir svarkategoriene for de ulike påstandene omorganisert slik at alle respondentene som oppgir å være nokså uenig eller svært uenig kategoriseres som «ikke tilfreds med tjenesten». Figur 6.3 viser andelen pårørende, etter hjemmeboende og sykehjemsbeboerne, som ikke er tilfreds med tjenestene. Det er foretatt en t-test mellom pårørendegruppene for å vurdere hvorvidt tilfredshet til tjenestene er signifikant forskjellig mellom pårørendegruppene.

Figur 6.3. Andel pårørende som ikke er tilfreds med tjenestene den de er pårørende til mottar. Etter hjemmesykepleie og sykehjem (N=478). Prosent.



Resultatene fra figuren viser store forskjeller i tilfredshet i tjenestene mellom pårørende til hjemmeboende og sykehjemsbeboere. Flere pårørende til hjemmeboende er gjennomgående mindre tilfreds enn pårørende til sykehjemsbeboere, alle forskjellene er signifikante. Tolv prosent av pårørende til hjemmeboende er ikke enig i utsagnet om at den de er pårørende til mottar tilstrekkelig med mat og drikke, tilsvarende for pårørende til sykehjemsbeboere er fem prosent.

Tilsvarende forskjeller mellom pårørendegruppene finnes også for utsagnet om at det gis god hjelp med personlig hygiene hvor flere pårørende til hjemmeboende er mindre tilfreds (18%) enn pårørende til sykehjemsbeboere (8%).

De neste fem påstandene omhandler oppfølging av sykdomstilstanden og medisinsk oppfølging. For påstandene om en generell oppfølging og ivaretagelse ved en forverring av sykdomstilstanden svarer 24 og 21 prosent av pårørende til hjemmeboende at de ikke er tilfreds. Tilsvarende for pårørende til sykehjemsbeboere er 11 og syv prosent. Den minste differansen i tilfredshet mellom pårørendegruppene finner vi for påstanden om riktig medisinerings til riktig tid. Her svarer ni prosent av pårørende til hjemmeboende at de ikke er tilfreds. Tilsvarende for pårørende til sykehjemsbeboere er fire prosent. Når det gjelder påstanden om god nok smertelindring svarer 14 prosent av de pårørende til hjemmeboende at de ikke er tilfreds, tilsvarende for pårørende til sykehjemsbeboere er tre prosent. Påstanden om ivaretagelse av psykiske plager og problemer har høyest andel som ikke er tilfreds, uavhengig av pårørendegruppe. 33 prosent av pårørende til hjemmeboende er ikke tilfreds med ivaretagelse av psykiske plager og problemer. Dette er 21 prosentpoeng mer enn for pårørende til sykehjemsbeboere.

6.4 Hvilke forhold har betydning for manglende tilfredshet?

Den beskrivende statistikken gir en oversikt over respondentenes tilfredshet ved mulige tjenester. Formålet med dette avsnittet er å komme nærmere en forståelse av om forhold som manglende sykepleiebemanning, utilstrekkelig faglig oppfølging og manglende inkludering av pårørende, kan ha betydning for pårørendes tilfredshet. Dette gjøres ved å benytte en lineær sannsynlighets modell (beskrives i kapittel 3) hvor det benyttes en todeling av de opprinnelige svarkategoriene for de ulike tjenestene. Det tas utgangspunkt i påstandene knyttet til tilstrekkelig med mat og drikke, hjelp med personlig hygiene, oppfølging av sykdomstilstanden, smertelindring og ivaretagelse av psykiske plager og problemer. Analysene presenteres i samme tabell, men hver av de ulike påstandene har blitt analysert separat med de samme forklarings- og bakgrunnsvariablene.

TILSTREKKELIG MED MAT OG DRIKKE

Resultatene fra den beskrivende statistikken viste relativt stor forskjell mellom pårørende til hjemmeboende (12%) og sykehjemsbeboere (5%) og tilfredshet med ivaretagelse av mat og drikke. Denne forskjellen er viktig for tolkningen av

resultatene i regresjonsanalysen. Manglende sykepleierbemanning er ikke signifikant, noe som kan skyldes at det i utgangspunktet er få av de pårørende til hjemmeboende som oppgir manglende bemanning. Pårørende som opplever utilstrekkelig faglig oppfølging har 16 prosentpoeng høyere sannsynlighet for også å oppgi at de ikke er tilfreds med at den de er pårørende til får tilstrekkelig med mat og drikke. Inkludering av pårørende har også betydning for tilfredshet med tjenesten. Pårørende som ikke blir tatt med på råd når pleie og behandling skal planlegges, har ti prosentpoeng høyere sannsynlighet for å ikke være tilfreds. Forskjellen mellom pårørendegruppene fra den beskrivende statistikken gjenspeiles også i regresjonsanalysen hvor pårørende til hjemmeboende har seks prosentpoeng høyere sannsynlighet for å ikke være tilfreds sammenliknet med pårørende til sykehjemsbeboere. En høyere misnøye med denne tjenesten blant pårørende til hjemmeboende og blant de som ikke blir tatt med på råd, kan bety at ivaretagelse av ernæringsbehovet er vanskelig å observere for hjemmesykepleien og tilbakemelding fra pårørende er dermed viktig for god oppfølging.

OPPFØLGING AV PERSONLIG HYGIENE

Betydelig flere pårørende til hjemmeboende er misfornøyd med oppfølging og hjelp til personlig hygiene hos den de er pårørende til. 18 prosent er ikke tilfreds, tilsvarende for pårørende til sykehjemsbeboere er åtte prosent. Med utgangspunkt i resultatene fra regresjonsanalysen er det ti prosentpoeng høyere sannsynlighet for at pårørende til hjemmeboende ikke er tilfreds sammenliknet med pårørende til sykehjemsbeboere. Pårørende som har opplevd manglende sykepleierbemanning har syv prosentpoeng høyere sannsynlighet for å ikke være tilfreds sammenliknet med de som ikke har opplevd manglende sykepleierbemanning.

Utilstrekkelig faglig oppfølging er den viktigste enkeltkomponenten for å forklare manglende tilfredshet med hjelp til personlig hygiene hos brukere av hjemmesykepleien og beboere på sykehjem. Pårørende som rapporterer om utilstrekkelig faglig oppfølging har 33 prosentpoeng høyere sannsynlighet for også å rapportere om at de ikke er tilfreds med hjelp til personlig hygiene hos den de er pårørende til. Det er også en klar sammenheng mellom inkludering av pårørende og tilfredshet med oppfølging og hjelp til personlig hygiene. Pårørende som ikke tas med på råd når pleie og behandling skal planlegges, har elleve prosentpoeng høyere sannsynlighet for å ikke være tilfreds med tjenesten knyttet til hjelp med personlig hygiene sammenliknet med pårørende som blir tatt med på råd.

Tabell 6.1. Lineære sannsynlighets analyser for ulike tjenester. Pårørende.

	Tilstrekkelig med mat og drikke	Oppfølging av personlig hygiene	Oppfølging av sykdomstilstand	God nok smertelindring	Ivaretagelse av psykiske problemer
Forklaringsvariabler					
Manglende sykepleierbemanning	0,02	0,10 **	0,08 **	0,03	0,05
Utilstrekkelig faglig oppfølging	0,16 *	0,32 ***	0,50 ***	0,13 ***	0,45 ***
Manglende inkludering av pårørende	0,10 *	0,11 *	0,10 ^	0,12 ***	0,25 ***
Hjemmesykepleien	0,06 *	0,10 ***	0,10 ***	0,10 ***	0,16 ***
Kjennetegn ved pårørende					
Mann	-0,04 ^	-0,01	-0,01	-0,03	-0,04
Alder	-0,01 ^	-0,01 ^	-0,01	0,01	-0,01
Kommunestørrelse					
Under 20 000	-0,04	0,03	-0,04	0,01	-0,02
20 000 - 50 000 (ref)					
Over 50 000	0,01	0,01	-0,05	0,10	-0,04
Konstant	0,15 *	0,11 ^	0,11	-0,06 ^	0,11
N	414	433	444	352	381
R-kvadrert	0,13	0,17	0,24	0,13	0,30

Signifikansnivå gitt ved: ^p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

OPPFØLGING AV SYKDOMSTILSTAND

God oppfølging av brukerens/pasientens sykdomstilstand er et viktig mål innen eldreomsorgen. Langt flere pårørende til hjemmeboende er ikke tilfreds med oppfølgingen av sykdomstilstanden (24%), sammenliknet med pårørende til sykehjemsbeboere (11%). Resultatene fra regresjonsanalysene viser at pårørende til hjemmeboende har ti prosentpoeng høyere sannsynlighet for å oppgi at de ikke er tilfreds med oppfølgingen av sykdomstilstanden sammenliknet med pårørende til sykehjemsbeboere. Pårørende som har opplevd manglende bemanning har åtte prosentpoeng høyere sannsynlighet for også å oppgi at de ikke er tilfreds med oppfølgingen av sykdomstilstanden, sammenliknet med de som ikke har opplevd manglende bemanning.

Den viktigste enkeltkomponenten i denne analysen er utilstrekkelig faglig oppfølging. Pårørende som opplever utilstrekkelig faglig oppfølging har 50 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å ikke være tilfreds med oppfølging av sykdomstilstanden hos den de er pårørende til. Det høye estimatet for denne forklaringsvariabelen kan tyde på endogenitet. Det er en mulighet for at de som

opplever utilstrekkelig oppfølging av sykdomstilstanden benytter utilstrekkelig faglig oppfølging som en «forklaring». For å teste hvorvidt denne variabelen også påvirker de andre forklaringsvariablene, har det blitt gjennomført trinnvis introduksjon av alle variablene. Resultatene peker i samme retning. I tillegg kommer det frem fra de andre analysene at koeffisientene til utilstrekkelig faglig oppfølging varierer både i styrke og signifikansnivå. Av den grunn er vi komfortable med å benytte denne variabelen i denne og andre analyser. Videre er det en klar sammenheng mellom inkludering av pårørende og tilfredshet med oppfølging av sykdomstilstanden. Pårørende som ikke blir tatt med på råd har ti prosentpoeng høyere sannsynlighet for å rapportere om at de ikke er tilfreds med oppfølging av sykdomstilstanden.

GOD NOK SMERTELINDRING

De aller fleste oppgir at den de er pårørende til får god nok smertelindring. Blant de som ikke er tilfreds er andelen noe høyere blant pårørende til hjemmeboende enn sykehjemsbeboere. Manglende bemanning har ingen signifikant sammenheng for om brukere og sykehjemsbeboere får god nok smertelindring. Utilstrekkelig faglig oppfølging er borderline signifikant ($p=0,70$), og viser at det er 12 prosentpoeng høyere sannsynlighet for at de som oppgir utilstrekkelig faglig oppfølging ikke er tilfreds med smertelindring. Et viktig funn er at det er en klar sammenheng mellom inkludering av pårørende og tilfredshet med smertelindring. Pårørende som ikke blir tatt med på råd har tolv prosentpoeng høyere sannsynlighet for å oppgi at den de er pårørende til ikke får god nok smertelindring. Det er også her et klart skille mellom hjemmesykepleien og sykehjem. Pårørende til hjemmeboende har ti prosentpoeng høyere sannsynlighet for å rapporterer om manglende smertelindring sammenliknet med pårørende til sykehjemsbeboere.

Sammenliknet med de andre tjenestene er det viktig å merke seg at utilstrekkelig faglig oppfølging har vært den viktigste enkeltkomponenten i de fleste analysene. Dette er ikke tilfelle når det gjelder smertelindring, her er den viktigste enkeltkomponenten at pårørende blir tatt med på råd. Funnene kan tolkes dithen at pårørendes observasjoner er viktig og at fagpersoner ikke nødvendigvis klarer å fange opp behovet for smertelindring gjennom hele døgnet da dette i stor grad baseres på tilbakemeldinger fra pasienten selv.

IVARETAKELSE AV PSYKISKE PLAGER OG PROBLEMER

To av ti pårørende er ikke tilfreds med ivaretagelse av psykiske plager og problemer hos den de er pårørende til. Manglende bemanning er ikke signifikant, derimot er utilstrekkelig faglig oppfølging viktig. Pårørende som opplever utilstrekkelig faglig oppfølging har 45 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å oppgi at de ikke er tilfreds, sammenliknet med pårørende som opplever god faglig oppfølging. Det er også et klart skille mellom pårørendegruppene. Pårørende til hjemmeboende har 15 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å rapportere om utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske plager og problemer, enn pårørende til sykehjemsbeboere. Inkludering av pårørende er også viktig. Pårørende som ikke blir tatt med på råd har 25 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å rapportere om utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske plager sammenliknet med pårørende som blir tatt med på råd.

6.5 Oppsummering

Analyser av respondentenes vurderinger av tjenestene viser i all hovedsak at tilfredshet varierer etter type tjeneste. Resultatene peker på noen viktige forskjeller mellom pårørendegruppene og de ulike tjenestene med hensyn til betydningen av manglende sykepleierbemanning, faglig oppfølging og inkludering av pårørende. Hovedfunnene kan kort summeres i følgende punkter:

- En større andel pårørende til hjemmeboende er mindre tilfreds med tjenestene sammenliknet med pårørende til sykehjemsbeboere.
- Manglende sykepleierbemanning, faglig oppfølging og inkludering av pårørende har signifikant betydning for tilfredshet for de fleste tjenestene.
- Pårørende som opplever utilstrekkelig faglig oppfølging og manglende inkludering er mindre tilfreds med ivaretagelse av ernæringsbehovet.
- Utilstrekkelig faglig oppfølging er den viktigste forklaringen for at pårørende ikke er tilfreds med oppfølging av sykdomstilstanden.
- Inkludering av pårørende er spesielt viktig for pårørendes tilfredshet med smertelindring.
- Nær to av ti brukere opplever manglende ivaretagelse av psykiske plager og problemer.
- Utilstrekkelig faglig oppfølging og manglende inkludering av pårørende er viktige forklaringer på manglende tilfredshet med ivaretagelse av psykiske plager og problemer.

Funnene i sin helhet antyder at inkludering av pårørende når behandling og bistand skal planlegges er spesielt viktig. Dette gjelder spesielt smertelindring og ivaretagelse av psykiske plager og problemer. En mulig forklaring på at fagpersoner ikke klarer å fange opp disse forholdene, er mangel på tid til å følge opp den enkelte bruker og pasient, jamfør sykepleieres egne vurderinger (Gautun, Øie og bratt 2016). Det kan også tyde på for få med fagkompetanse på psykisk helse blant eldre.

7 Uheldige hendelser i hjemmesykepleien og i sykehjem

Elisabeth Ugreninov

Det overordnede formålet med dette kapittelet er å fremskaffe kunnskap om hvorvidt manglende sykepleiebemanning, faglig oppfølging og inkludering av pårørende har en sammenheng med uheldige hendelser. Dette er en sentral dimensjon i kvaliteten på tjenesten. Uheldige hendelser i behandling måles gjennom hvorvidt brukere og pårørende har opplevd at det oppstår unødvendige pasientskader eller uheldige hendelser som fall, infeksjon, trykksår, betydelig vekttap, feilmedisinering og økt forvirring. Kapittelet gir også innblikk i brukere og pårørendes opplevelse av oppfølging i etterkant av de ulike hendelsene.

Det antas å være helsemessige forskjeller mellom brukere av hjemmesykepleien og beboere på sykehjem. Denne forskjellen legger begrensninger på mulighetene for å sammenlikne hendelser mellom brukere av hjemmesykepleien og beboere på sykehjem, og trekke kausale slutninger om hvorvidt dette kan skyldes tjenesten de mottar. Beskrivende data fra vår undersøkelse gir likevel viktig innsikt i hvilken grad de uheldige hendelsene oftere skjer i hjemmesykepleien eller i sykehjemmet. Resultatene kan dermed antyde hvor godt hjemmesykepleien eller sykehjemmet klarer å fange opp symptomer som kan hindre eller begrense uheldige hendelser. Det blir også benyttet regresjonsanalyser i dette kapitlet som vil fange opp statistisk korrelasjon mellom forklaringsvariabler, som manglende sykepleierbemanning, faglig oppfølging og inkludering av pårørende, og sannsynlighet for pårørendes rapportering av uheldige hendelser.

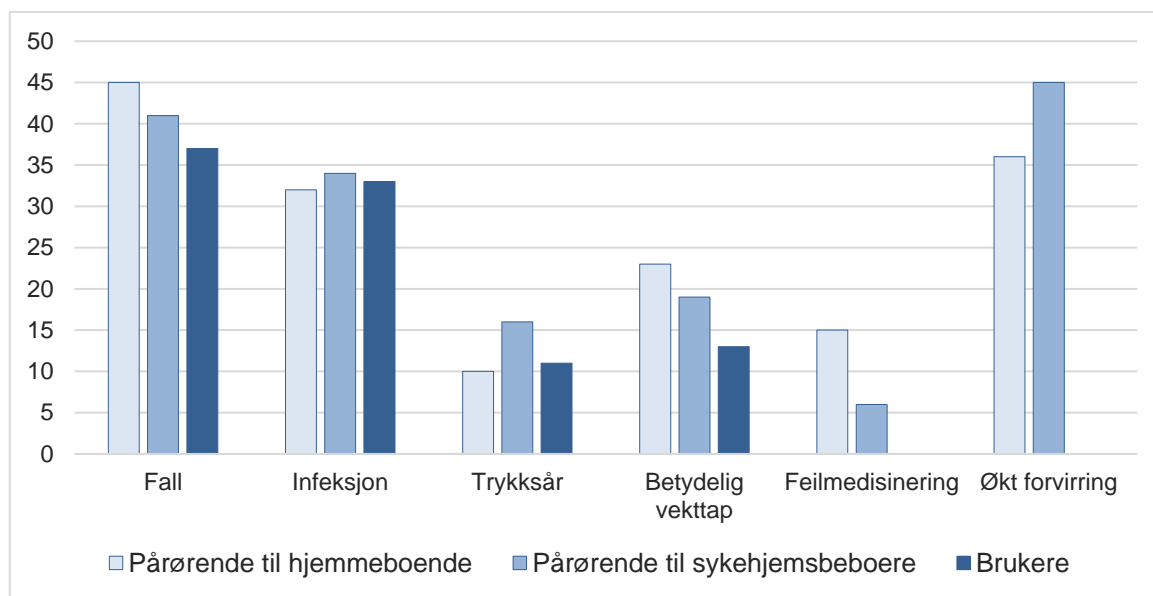
7.1 Uheldige hendelser

Alle brukere av hjemmesykepleien og pårørende fikk spørsmål om de, eller den de er pårørende til, har opplevd uheldige hendelser som infeksjoner, feilmedisinering, betydelig vekttap og trykksår i løpet av de siste seks månedene. Pårørende fikk i tillegg et spørsmål om økt forvirring. Figur 7.1 gir en oversikt over hvordan respondentenes fordeler seg på de uheldige hendelsene etter

hvorvidt de er brukere av hjemmesykepleien, eller pårørende til hjemmeboende, eller til sykehjemsbeboere. Det er foretatt signifikanstester mellom pårørendegruppene. Signifikante resultater oppgis i teksten.

I løpet av de siste seks månedene har 45 prosent av pårørende til hjemmeboende rapportert om fall, dette er den mest vanlige uheldige hendelsen for denne gruppen. Fall er også en av de uheldige hendelsene som oftest oppgis blant pårørende til sykehjemsbeboere (41%). Det er ingen signifikant forskjell i rapportering av fall mellom pårørendegruppene. Blant brukere av hjemmesykepleien oppgis 37 prosent at de har opplevd fall i løpet av de siste seks månedene. Fall er dermed den hendelsen som rapporteres oftest også for denne gruppen. Det er også relativt mange som rapporterer om infeksjon. Drøyt 30 prosent av begge pårørendegruppene og brukere rapporterer om infeksjon i løpet av de siste seks månedene.

Figur 7.1. Uheldige hendelser i løpet av de siste 6 månedene (N=602). Prosent.



Rapportering om et betydelig vekttap er også noe høyere blant pårørende til hjemmeboende (23%) enn blant pårørende til sykehjemsbeboere (19%), imidlertid er denne forskjellen ikke signifikant. Alle brukere av hjemmesykepleien fikk også spørsmål om de hadde opplevd et betydelig vekttap i løpet av de siste seks månedene, hvorav 13 prosent hadde opplevd dette. Spørsmålet kan være vanskelig å besvare for denne gruppen og underrapportering vil mest sannsynlig forekomme. Når det gjelder trykksår er det signifikant flere pårørende til sykehjemsbeboere (16%) sammenliknet med pårørende til hjemmeboende

(10%). Blant brukere rapporterer 11 prosent at de har opplevd trykksår i løpet av de siste seks månedene.

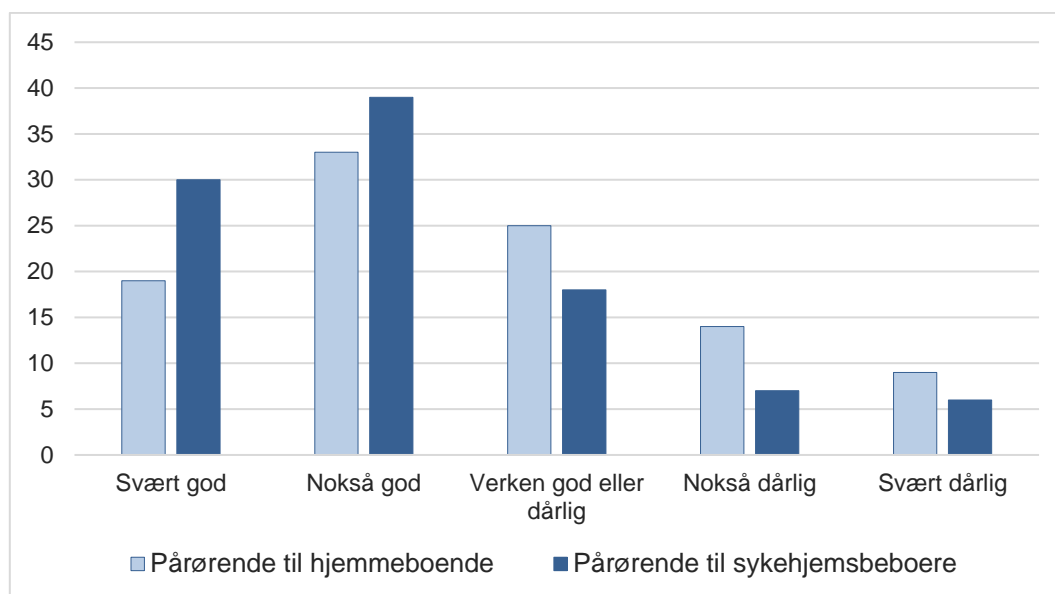
Alle respondentene ble spurt om opplevd feilmedisinering. Dette spørsmålet er vanskelig å besvare av flere grunner, men kanskje mest på grunn av at brukere og pårørende ikke har medisinsk kompetanse til å vurdere hvilke medisiner og hvilken dose pasienten trenger. Vi har valgt å presentere tall for pårørende, men ikke for brukere av hjemmesykepleien. Selv om resultatene må tolkes med forsiktighet er det en klar forskjell i opplevd feilmedisinering. 15 prosent av pårørende til hjemmeboende og seks prosent av pårørende til sykehjemsbeboere oppgir at den de er pårørende til har opplevd feilmedisinering. Forskjellen er signifikant.

Spørsmålet om økt forvirring i løpet av de siste seks månedene ble bare stilt til pårørende. Rapportering om økt forvirring er signifikant høyere blant pårørende til sykehjemsbeboere (45%) sammenliknet med pårørende til hjemmeboende (35%). Den signifikante forskjellen i økt forvirring skyldes mest sannsynlig en helseseleksjon inn i hjemmesykepleien og sykehjem og hyppigere forekomst av kognitiv svikt blant personer med opphold i sykehjem.

7.2 Oppfølging etter en uheldig hendelse

Alle respondentene fikk også et spørsmål om deres vurdering av oppfølgingen i etterkant av den eller de uheldige hendelsene. Dette spørsmålet ble bare stilt en gang og skulle kun besvares av de som hadde opplevd, eller var pårørende til noen som hadde opplevd en eller flere av de uheldige hendelsene skissert over. Svarkategoriene for dette spørsmålet var delt inn i seks kategorier, «svært god», «nokså god», «verken god eller dårlig», «nokså dårlig», «svært dårlig» og «ikke relevant». Vi har valgt å utelate brukere av hjemmesykepleien da det var veldig få som hadde besvart dette spørsmålet. Figur 7.2 viser derfor pårørendes vurderinger innenfor de oppgitte kategoriene.

Figur 7.2. Oppfølging av uheldige hendelser (N=478). Prosent.



Resultatene viser at pårørende til hjemmeboende er mindre fornøyd med oppfølgingen etter en uheldig hendelse sammenliknet med pårørende til sykehjemsbeboere. 19 prosent av pårørende til hjemmeboende svarer at de er svært fornøyd, og 33 prosent at de er nokså fornøyd. Blant pårørende til sykehjemsbeboere svarer 30 prosent svært god, og 39 prosent nokså god. Det er færre som opplever oppfølgingen av en uheldig hendelse som dårlig, likevel er det en betydelig andel som rapporterte at oppfølgingen er nokså eller svært dårlig. Blant pårørende til hjemmeboende rapporterte 14 prosent om nokså dårlig og ni prosent om svært dårlig oppfølging. Totalt tilsvarer dette mer enn to av ti pårørende til hjemmeboende. Andelen for pårørende til sykehjemsbeboere er lavere og henholdsvis på syv og seks prosent.

7.3 Hvilke forhold har betydning for uheldige hendelser?

Den beskrivende statistikken gir en oversikt over hvordan respondentene fordelte seg på de ulike uheldige hendelsene, og hvorvidt det er forskjeller mellom hjemmesykepleien og sykehjem. I dette avsnittet benyttes lineære sannsynlighetsmodeller for å komme nærmere en forståelse av hvilke forhold som kan ha betydning for de ulike uheldige hendelsene, samt styrken og retningen på denne sammenhengen. En nærmere beskrivelse finnes under metoddelen i kapittel 3. I disse analysene benyttes kun svar fra pårørende da det er for få brukere av hjemmesykepleien med i studien til å gjennomføre slike analyser. Det tas utgangspunkt i uheldige hendelser som fall, infeksjon, trykksår og et betydelig vekttap. Analysene for de uheldige hendelsene som fall, infeksjon og trykksår

presenteres i samme tabell, men hver av de ulike hendelsene har blitt analysert separat med de samme forklarings- og bakgrunnsvariablene. Analysene om betydelig vekttap gjennomføres noe ulikt enn de foregående og presenteres derfor separat.

Tabell 7.1. Regresjonsanalyse for de uheldige hendelsene: fall, infeksjon og trykksår. Pårørende. N=475

Forklaringsvariabler	Fall	Infeksjon	Trykksår
Manglende sykepleierbemanning	0,01	0,15 **	0,10 **
Utilstrekkelig faglig oppfølging	0,13	0,16 *	0,07 **
Manglende inkludering av pårørende	0,01	-0,06	0,11 ^
Hjemmesykepleien	0,02	-0,02	-0,06
Kjennetegn ved pårørende			
Mann	0,03	-0,02	0,02
Alder	0,01	0,01	0,01
Kommunestørrelse			
Under 20 000	-0,04	-0,02	-0,04
20 000 - 50 000 (ref)			
Over 50 000	0,02	-0,08	-0,04
Konstant	0,30 **	0,32 ***	0,11 *
N	475	475	475
R-kvadrert	0,01	0,03	0,05

Signifikansnivå gitt ved: ^p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

FALL

Fall er den av de uheldige hendelsene som oppleves oftest, og er ganske likt fordelt mellom brukere av hjemmesykepleien og beboere i sykehjem. Resultatene fra regresjonsanalysen viser heller ingen signifikante forskjeller for noen av forklaringsvariablene. Manglende signifikans skyldes hovedsakelig statistiske forklaringer. Binære analyser viser at mer enn 40 prosent av både brukere og sykehjemsbeboere har opplevd fall, og at fall er jevnt fordelt på forklaringsvariablene. Dette bidrar til at det ikke finnes noen statistiske sammenhenger mellom de ulike gruppene. Det er viktig å påpeke at manglende signifikans i dette tilfellet ikke skyldes at fall ikke er av vesentlig betydning, men indikerer derimot at dette er et generelt problem som berører mange eldre uavhengig av hvorvidt de er brukere av hjemmesykepleie eller sykehjemsbeboere, og ellers andre viktige kjennetegn.

INFEKSJON

I følge den beskrivende statistikken har mer enn 30 prosent opplevd infeksjon i løpet av de siste seks månedene. Analysene viser at manglende bemanning og utilstrekkelig faglig oppfølging har en signifikant sammenheng med opplevd infeksjon. Der pårørende har rapportert om manglende bemanning av sykepleiere har den de er pårørende til 14 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å ha opplevd infeksjon. Utilstrekkelig faglig oppfølging er den viktigste enkeltkomponenten for å ha opplevd infeksjon. Pårørende som oppgir utilstrekkelig faglig oppfølging har 16 prosentpoeng høyere sannsynlighet for å ha rapportert om infeksjon hos den de er pårørende til. Det er ingen signifikant forskjell i rapportering om infeksjon mellom pårørende til hjemmeboende og sykehjemsbeboere.

TRYKKSÅR

Trykksår er mer vanlig blant personer med opphold i sykehjem (16%) sammenliknet med brukere av hjemmesykepleien (10%). Denne forskjellen kan skyldes en helseseleksjon inn i sykehjem slik at personer med opphold i sykehjem er mer immobile/sengeliggende. Samtidig viser resultatene at manglende bemanning av sykepleiere har en signifikant betydning. Pårørende som rapporterer om manglende sykepleierbemanning har ti prosentpoeng høyere sannsynlighet for at den de er pårørende til har opplevd trykksår sammenliknet med de som ikke har opplevd manglende sykepleierbemanning. Resultatene antyder at utilstrekkelig faglig oppfølging ikke har noen signifikant sammenheng med trykksår. Manglende signifikans indikerer ikke nødvendigvis at faglig oppfølging ikke er viktig, men må sees i sammenheng med at trykksår er vanligere blant beboere på sykehjem som sjeldnere rapporterer om utilstrekkelig faglig oppfølging. Brukere av hjemmesykepleien har seks prosentpoeng lavere sannsynlighet for å ha opplevd trykksår. Resultatene kan tolkes dithen at trykksår oftere forekommer hos beboere på sykehjem som igjen er korrelert med at pårørende oftere opplever manglende sykepleierbemanning fremfor utilstrekkelig faglig oppfølging. Videre har manglende inkludering av pårørende en signifikant betydning for trykksår. Pårørende som oppgir at de ikke blir tatt med på råd har 11 prosentpoeng høyere sannsynlighet for at den de er pårørende til har opplevd trykksår.

BETYDELIG VEKTTAP

Om lag to av ti pårørende rapporterer om at den de er pårørende til har hatt et betydelig vekttap i løpet av de siste seks månedene. Årsakene til et betydelig

vektttap kan være mange, en kan knyttes til psykiske plager og problemer. I denne analysen inkluderes derfor ivaretagelse av psykiske plager og problemer for å teste en mulig sammenheng. I den første modellen inkluderes kun forklaringsvariablene i tillegg til utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske plager og problemer.

Resultatene fra denne analysen viser en statistisk sammenheng mellom rapportert manglende sykepleierbemanning og et betydelig vekttap. Pårørende som oppgir manglende sykepleierbemanning har 11 prosentpoeng høyere sannsynlighet for at den de er pårørende til har opplevd et betydelig vekttap. Pårørende som ikke er tilfreds med oppfølgingen av psykiske problemer og plager, har 15 prosentpoeng høyere sannsynlighet for også å rapportere at den de er pårørende til har opplevd et betydelig vekttap. I denne analysen er ikke de andre forklaringsvariablene signifikante. I neste modell inkluderes skillet mellom hjemmesykepleie og sykehjem, samt kontrollvariablene. Resultatene fra den første analysen påvirkes i liten grad. Det er fortsatt en klar signifikant sammenheng mellom manglende sykepleierbemanning og betydelig vekttap. Det er også slik at pårørende som oppgir at de ikke er tilfreds med ivaretagelse av psykiske plager og problemer, har 13 prosentpoeng høyere sannsynlighet for også å rapportere om et betydelig vekttap hos den de er pårørende til.

Tabell 7.2. regresjonsanalyse for betydelig vekttap. Pårørende. N=475

Forklaringsvariabler	Modell 1	Modell 2
Manglende sykepleierbemanning	0,10 **	0,12 **
Utilstrekkelig faglig oppfølging	-0,02	-0,04
Manglende inkludering av pårørende	0,05	0,06
Dårlig ivaretagelse ved psykiske problemer	0,15 **	0,13 *
Hjemmesykepleien		0,04
Kjennetegn ved pårørende		
Mann		-0,06
Alder		0,01
Kommunestørrelse		
Under 20 000		-0,14 ***
20 000 - 50 000 (ref)		
Over 50 000		-0,9 ^
Konstant	0,15 ***	0,28 ***
N	475	475
R-kvadrert	0,04	0,07

Signifikansnivå gitt ved: ^p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Det er ingen signifikant forskjell mellom pårørendegruppene og rapportering om et betydelig vekttap hos den de er pårørende til. Derimot er det interessant at betydelig vekttap er den eneste uheldige hendelsen hvor kommunestørrelse har betydning. Pårørende til personer som bor i små kommuner, under 20 000 innbyggere, har 14 prosentpoeng lavere sannsynlighet for å rapportere om et betydelig vekttap sammenliknet med pårørende til personer som bor i kommuner med 20 000 til 50 000 innbyggere. Pårørende til personer som bor i kommuner med flere enn 50 000 innbyggere har ni prosentpoeng lavere sannsynlighet enn referansekommunene (20 000 til 50 000 innbyggere) til å rapportere om et betydelig vekttap.

7.4 Oppsummering

Mer enn fire av ti brukere og pasienter har i løpet av de siste seks månedene opplevd fall, dette er den hendelsen som forekommer oftest og er jevnt fordelt mellom hjemmeboende, sykehjemsbeboere og ut fra andre viktige kjennetegn. For de andre uheldige hendelsene er det et klarere mønster mellom pårørendegruppene og betydning av manglende sykepleierbemanning, faglig oppfølging og inkludering av pårørende. Hovedfunnene kan kort summeres i følgende punkter:

- Om lag fire av ti rapporterer om fall. Dette er den uheldige hendelsen som forekommer oftest og er jevnt fordelt mellom hjemmeboende og sykehjemsbeboere.
- Pårørende til hjemmeboende rapporterer oftere hendelser som fall, betydelig vekttap og feilmedisinering, mens pårørende til sykehjemsbeboere oftere rapporterer om trykksår og økt forvirring.
- Flere pårørende til hjemmeboende opplever dårlig oppfølging i etterkant av en uheldig hendelse sammenliknet med pårørende til sykehjemsbeboere.
- Manglende sykepleierbemanning og utilstrekkelig faglig oppfølging gir høyere sannsynlighet for infeksjon.
- Manglende sykepleierbemanning og inkludering av pårørende har betydning for forekomst av trykksår.
- Utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske problemer og manglende sykepleierbemanning har en klar sammenheng med et betydelig vekttap.

Funnene antyder at manglende sykepleierbemanning er en viktig faktor for uheldige hendelser blant hjemmeboende og sykehjemsbeboere. Det er også et klart skille mellom hjemmesykepleien og sykehjem med hensyn til typer av uheldige hendelser. Av spesielt interesse er det at flest pårørende til hjemmeboende opplever utilstrekkelig faglig oppfølging og uheldige hendelser som betydelig vekttap og feilmedisinering. Det kommer også klart frem i analysene at det er en sterk sammenheng mellom utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske problemer og et betydelig vekttap. En mulig forklaring er at hjemmesykepleien mangler bemanning med god fagkompetanse på psykisk helse blant eldre.

8 Trivsel og livskvalitet

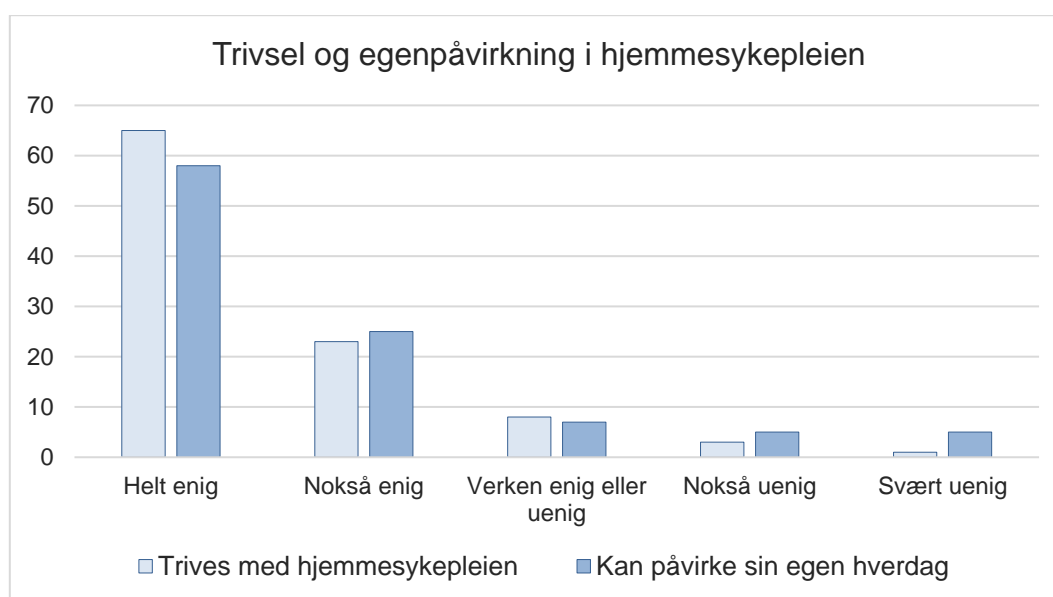
Elisabeth Ugreninov

Det overordnede formålet med dette kapittelet er å gi innblikk i brukere og pårørendes opplevelse av trivsel og livskvalitet i eldreomsorgen. Trivsel og livskvalitet kartlegges ved hjelp av spørsmål og påstander om generell trivsel, påvirkning av egen hverdag og om de får tilpasset fysiske og sosiale aktiviteter. Alle pårørende fikk også et spørsmål om de tror at den de er pårørende til vil få god behandling og omsorg ved livets slutfase. Brukere og pårørende fikk ulike spørsmål og påstander, av den grunn presenteres funnene separat for de ulike gruppene.

8.1 Trivsel og egenpåvirkning i hjemmesykepleien

Alle brukere av hjemmesykepleien fikk to påstander om trivsel og påvirkningsgrad hvor de skulle vurdere hvor enige eller uenige de er i om de trives godt med den hjemmesykepleien de får, og om de kan påvirke sin egen hverdag. Svarkategoriene er «helt enig», «nokså enig», «verken enig eller uenig» og «svært uenig».

Figur 8.1. Vurdering av trivsel og egenpåvirkning i hjemmesykepleien (N=124). Prosent.



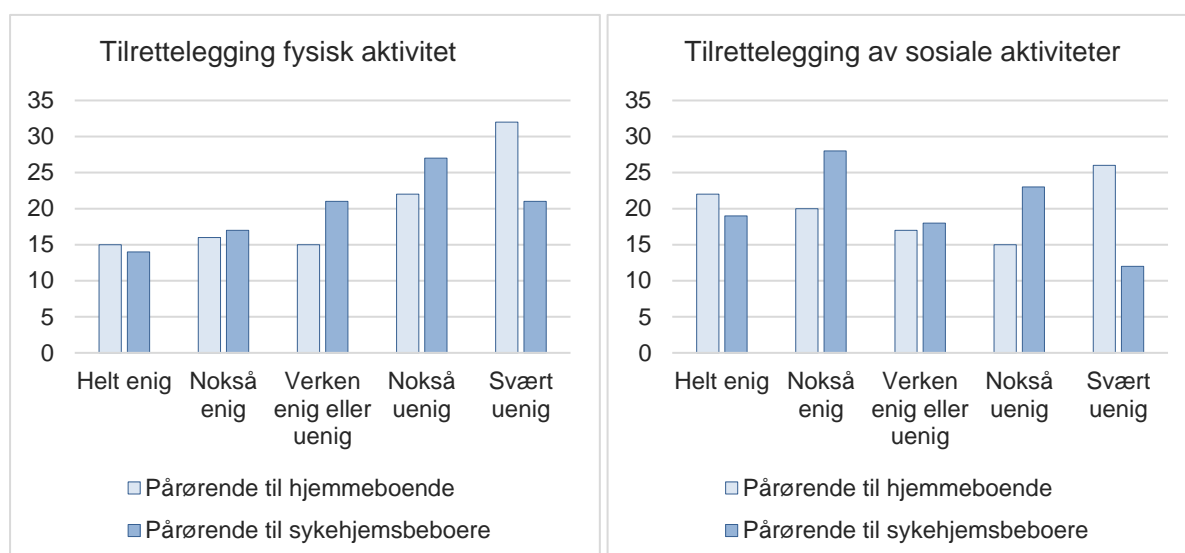
Flertallet av respondentene som mottar hjemmesykepleie (65%) er helt enig i påstanden om at de trives godt med hjemmesykepleien. 23 prosent svarer at de

er nokså enig i påstanden. Det er få som svarer at de er nokså (3%) eller svært uenig (1%) i påstanden. Nær seks av ti brukere svarer at de i stor grad påvirke sin egen hverdag. En av fire brukere er nokså enig i påstanden. Fem prosent svarer henholdsvis at de er nokså uenig eller svært uenig i påstanden.

8.2 Tilpasning av fysiske og sosiale aktiviteter

Alle pårørende ble bedt om å vurdere hvor enig eller uenige de var i at den de er pårørende til tilbys tilpasset fysisk aktivitet eller sosiale aktiviteter. Figurene 8.2 og 8.3 viser pårørendes vurderinger, delt inn etter pårørende for hjemmeboende og sykehjemsbeboere, for begge påstandene. Svarkategoriene for disse påstandene er: «helt enig», «nokså enig», «verken enig eller uenig» og «svært uenig».

Figur 8.2 og 8.3. Pårørendes vurderinger av tilrettelegging av fysiske og sosiale aktiviteter. Prosent (N=478).



Det er en klar tendens til at pårørende ikke er tilfreds med tilretteleggingen av fysisk aktivitet. Dette gjelder for begge pårørendegruppene og det er ingen klare forskjeller mellom dem. 32 prosent av pårørende til hjemmeboende svarer at de er svært uenige i at den de er pårørende til tilbys tilpasset fysisk aktivitet. Andelen som svarer at de er nokså uenig er 22 prosent. Andelen pårørende til sykehjemsbeboere som ikke er tilfreds er også høy. 27 prosent svarte at de er nokså uenig og 21 prosent svarte at de er svært uenig i påstanden om tilpasset fysisk aktivitet.

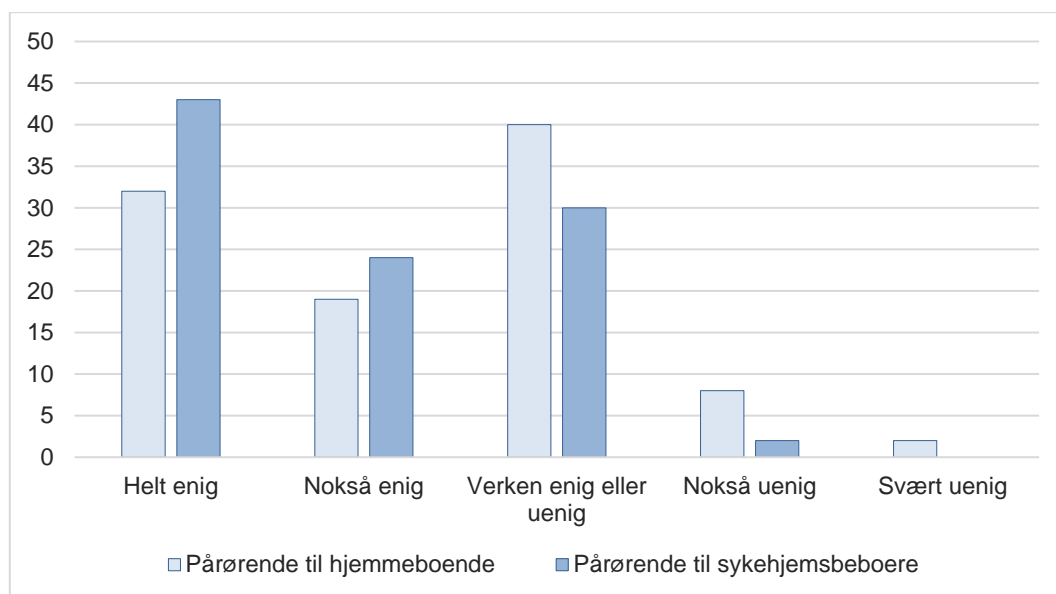
Pårørendes vurderinger av tilrettelegging av sosiale aktiviteter er ganske likt fordelt mellom svarkategoriene og pårørendegruppene. Blant pårørende til

hjemmeboende svarer 22 prosent at de er helt enig i påstanden om til rettelegging av sosiale aktiviteter og 20 prosent svarer nokså enig. Blant pårørende til sykehjemsbeboere svarer 19 prosent at de er helt enig, mens 28 prosent svarer at de er nokså enig i påstanden. Blant pårørende til hjemmeboende svarer også relativt mange at de er nokså uenig (15%) og svært uenig (26%) i påstanden. Blant pårørende til sykehjemsbeboere svarer 23 prosent at de er nokså uenig og 12 prosent at de er svært uenig i påstanden om god til rettelegging av sosiale aktiviteter.

8.3 Behandling og omsorg ved livets slutfase

Alle pårørende ble bedt om å vurdere hvorvidt de tror den de er pårørende til vil få god behandling og omsorg ved livets slutfase. Dette er et sensitivt tema. I tillegg er dette vanskelig å besvare da mange som mottar hjemmesykepleie i dag vil muligens få et opphold på sykehjem på et senere tidspunkt. Dette gjenspeiles i antallet som har valgt å vurdere denne påstanden (318 respondenter), og at mange har valgt kategorien «verken enig eller uenig».

Figur 8.4. Pårørendes vurdering av behandling og omsorg ved livets slutfase (N=318). Prosent.



Pårørende til sykehjemsbeboere er tryggere på at den de er pårørende til skal få god behandling og omsorg i livets slutfase, enn pårørende til hjemmeboende. Denne forskjellen er signifikant. Blant pårørende til sykehjemsbeboere er 43 prosent helt enig og 24 prosent nokså enig i påstanden. 32 prosent av pårørende til hjemmeboende svarer at de er helt enig i påstanden,

mens 19 prosent svarer at de er nokså enige. Hvis vi slår sammen de to siste kategoriene, svarer en av ti pårørende til hjemmeboende at de er nokså eller svært uenig at den de er pårørende til vil få god behandling og omsorg ved livets slutfase.

8.4 Oppsummering

Dette kapittelet har kartlagt brukere og pårørendes vurderinger av trivsel, tilrettelegging av fysiske og sosiale aktiviteter, og behandling og omsorg ved livets slutfase. Resultatene tyder på at brukere i all hovedsak trives godt med den hjemmesykepleien de får. Pårørende er derimot mer kritiske til tilrettelegging av fysiske og sosiale aktiviteter. Hovedfunnene kan kort summeres i følgende punkter:

- 65 prosent av brukerne trives godt med hjemmesykepleien.
- Nær seks av ti brukere kan i stor grad påvirke sin egen hverdag.
- Om lag halvparten av de pårørende er ikke tilfreds med tilretteleggingen av fysisk aktivitet, dette gjelder for begge pårørendegruppene og det er ingen signifikante forskjeller mellom dem.
- Om lag fire av ti pårørende til hjemmeboende er ikke tilfreds med tilrettelegging av sosiale aktiviteter. Blant pårørende til sykehjemsbeboere svarer 23 prosent at de er nokså uenig og 12 prosent at de er svært uenig i påstanden om god tilrettelegging av sosiale aktiviteter.
- Det er signifikant flere pårørende til sykehjemsbeboere som er trygge på at den de er pårørende til skal få god behandling og omsorg i livets slutfase, enn pårørende til hjemmeboende.

Funnene i sin helhet antyder at bedre tilrettelegging av fysiske og sosiale aktiviteter kan være viktig for å bedre trivsel og livskvalitet i eldreomsorgen.

9 Oppsummering av spørreundersøkelsen

Elisabeth Ugreninov

Formålet med dette kapittelet er å gi en oppsummering av hovedfunnene fra delprosjekt 3 (kapittel 5–8). Funnene blir til en viss grad knyttet opp mot tidligere funn fra en undersøkelse av sykepleiere (Gautun, Øie og Bratt 2016). En diskusjon av funn fra hele prosjektet finnes i kapittel 10. Hensikten med delprosjekt 3 har vært å beskrive omfanget og betydningen av sykepleierdekning og faglig oppfølging for kvalitet i helsehjelp, pasientsikkerhet og livskvalitet blant brukere og pasienter. Et hovedformål har vært å fremskaffe ny kunnskap om disse forholdene fra et pasient- og pårørendeperspektiv.

Det empiriske grunnlaget for analysene er en postal spørreundersøkelse blant brukere av hjemmesykepleien og pårørende til hjemmeboende eller sykehjemsbeboere. Ni kommuner fra fylkene Hedmark, Buskerud, Vestfold, Vest-Agder og Nordland har deltatt i spørreundersøkelsen. 602 respondenter har vært med i studien, fordelt på 265 pårørende til sykehjemsbeboere, 213 pårørende til hjemmeboende og 124 brukere. Utvalget har noen klare svakheter med hensyn til helseseleksjon og representativitet. Vi kan ta utgangspunkt i at det er de friskeste pårørende og brukerne av hjemmesykepleien som har besvart spørreskjemaene, dette kan føre til en underestimert av faktiske forhold. Utvalget er ikke representativt for brukere og pårørende i Norge.

9.1 Mål på manglende bemanning og faglig oppfølging

Det benyttes ikke et klart definert mål på bemanning og kompetanse i denne studien. Vi har tatt utgangspunkt i brukere og pårørendes opplevelse av manglende sykepleierbemanning og deres vurdering av faglig kompetanse. Dette kan tolkes ulikt. Noen vil for eksempel ha opplevd at hjemmesykepleieren ikke har kommet som avtalt, eller at det er fravær av personell i sykehjemmet, men det kan også forstås som at det generelt er for dårlig grunnbemanning. Manglende bemanning kan også komme til uttrykk gjennom utilstrekkelig faglig oppfølging.

For å vurdere holdbarheten av besvarelsene om manglende bemanning og faglig oppfølging i denne studien knyttes noen av funnene opp mot en tidligere studie av 4945 sykepleiere som jobbet i sykehjem og hjemmesykepleie (Gautun, Øien og Bratt 2016). I studien til Gautun med kolleger ble mangel på

sykepleiere målt gjennom to spørsmål om hvorvidt respondentene opplever et høyt fravær blant sykepleiere og vansker med å rekruttere sykepleiere. På utsagnet om vansker med å rekruttere sykepleiere sa 60 prosent av respondentene som jobbet i hjemmesykepleien, seg helt eller delvis enig. Andelen er signifikant høyere blant sykepleiere som jobber i sykehjem, hvor 74 prosent var helt eller delvis enig i utsagnet. Med utgangspunkt i besvarelsene om høyt fravær var 42 prosent av respondentene som jobbet i hjemmesykepleien, helt eller delvis enig i utsagnet.

Respondentene fra sykepleierundersøkelsen fikk også spørsmål om hvilke personellgrupper som settes inn som vikarer for sykepleiere ved fravær. På dette spørsmålet svarte over halvparten at fravær ofte eller alltid ble dekket av hjelpepleiere eller helsefagarbeidere. 45 prosent svarte at vaktene ofte eller alltid dekkes av ufaglærte. Resultatene antyder at lavere kompetanse i stor grad settes inn ved fravær, noe som igjen kan oppleves som lav faglig kompetanse av brukere og pårørende.

Besvarelsene fra brukerne og pårørendegruppene om manglende bemanning og faglig oppfølging kan ikke direkte sammenliknes med sykepleierstudiet gjennomført av Gautun og kolleger (2016). I rapporten «Underbemanning er selvforsterkende» har Gautun med kolleger undersøkt sammenhengen mellom deres mål på manglende bemanning⁹ og kvalitet i tjenestene. Kvalitet i tjenestene ble delt inn i tre kvalitetsdimensjoner a) grunnleggende sykepleie, b) behandling og forebygging og c) aktivisering. Kvalitetsdimensjonene ble definert slik:

a) Kvaliteten i grunnleggende sykepleie ble målt med følgende indikatorer:

- Ernæringsbehov ivaretas godt
- Pasientene får tilstrekkelig hjelp med personlig hygiene
- Pasienter får god smertelindring
- Det er uvanlig med legemiddelfeil
- Vi får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn og forhindre forverring i helsetilstand

⁹ Mangel på sykepleiere ble målt gjennom to spørsmål: 1) hvorvidt respondentene opplever et høyt fravær blant sykepleiere, og 2) vansker med å rekruttere sykepleiere.

b) Kvalitet i behandling ble målt med følgende indikatorer:

- Behandling iverksettes for seint
- Medisinske behov ivaretas ikke godt
- Det oppstår ofte unødvendige pasientskader (som trykksår, fall, infeksjoner og forverrelse av sykdommen)
- Pasienter dør alene fordi vi mangler personell

c) Kvalitet innen forebygging og aktivisering ble målt med følgende indikatorer:

- Pasientene blir ikke tilstrekkelig aktivisert i sitt hverdagsliv
- Vi gir pasienter opplæring til å mestre behandling og forebygge forverrelse av sykdommen
- Vi får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn og forhindre forverrelse av helsetilstand
- Vi tilpasser tjenestene etter pasientenes ønsker
- Pasientene tilbys et godt kulturtilbud

(Gautun et al., 2016, s. 54)

Analysene til Gautun med kolleger viser en statistisk sammenheng mellom sykepleiernes opplevelse av manglende bemanning og de ulike kvalitetsdimensjonene. Funnene fra brukere og pårørende i vår undersøkelse kan ikke knyttes direkte opp mot sammenhengen mellom sykepleieres opplevelse av manglende bemanning og kvalitet i tjenestene. Med dette som utgangspunkt må vi selvsagt være varsomme med å trekke bastante konklusjoner. Likevel er det et godt utgangspunkt for å undersøke liknende sammenhenger blant brukere og pårørende. Vi vil også fremheve at det er grunner til å tro at besvarelsene fra respondentene gjenspeiler faktiske forhold og mangler i hjemmesykepleien og i sykehjem.

9.2 Manglende bemanning i sykehjem og dårligere oppfølging i hjemmesykepleien

Studier og kartlegginger viser at hjemmesykepleien og sykehjem er tapere i å tiltrekke seg sykepleiere. I følge NAVs bedriftsundersøkelse hadde helse- og sosialtjenestene i statlig og kommunal sektor problemer med å rekruttere 3600 sykepleiere og 400 spesialsykepleiere våren 2017. En undersøkelse blant sykepleiere viser at det er en klar sammenheng mellom mangel på sykepleiere og opplevd kvalitet i tjenestene. Over halvparten av respondentene ga uttrykk

for at de daglig eller ukentlig ikke kunne møte kravene til forsvarlighet på grunn av for liten tid til den enkelte pasient. Samme undersøkelse viser også en tendens til å benytte vikarer med lavere fagkompetanse ved fravær av sykepleiere (Gautun, Øien og Bratt, 2016).

Resultatene fra vår undersøkelse viser at en betydelig andel har opplevd manglende bemanning i løpet av de siste to månedene. Nær halvparten av pårørende til sykehjemsbeboere svarer at de ofte eller av og til har opplevd manglende bemanning. Dette er signifikant høyere enn blant pårørende til hjemmeboende hvor 31 prosent har opplevd manglende bemanning. Når det gjelder faglig oppfølging, opplever flere pårørende til hjemmeboende utilstrekkelig faglig oppfølging (13%) sammenliknet med pårørende til sykehjemsbeboere (7%). Disse forskjellene er interessante, og spesielt når dette sees i sammenheng med hva respondentene har svart på utsagnene om hva de mener skal til for at den faglige oppfølgingen skal bli bedre. Det var flest brukere og pårørende til hjemmeboende som svarte at det å ha en fast sykepleier å forholde seg til, vil bedre den faglige oppfølgingen. Blant pårørende til sykehjemsbeboere var det flest som svarte at bedre bemanning er viktig for å bedre den faglige oppfølgingen.

9.3 Manglende sykepleierbemanning og faglig oppfølging påvirker tilfredshet ved tjenestene

Denne studien har benyttet mål for tilfredshet ved tjenestene som i stor grad kan sammenliknes med Gautun og kollegers (2016) mål på grunnleggende sykepleie. Vi finner også en statistisk sammenheng mellom opplevd sykepleiermangel og utilstrekkelig faglig oppfølging for tilfredshet ved flere av tjenestene. Resultatene peker på noen viktige forskjeller mellom pårørendegruppene og ulike tjenester med hensyn til betydningen av manglende sykepleierbemanning, faglig oppfølging og inkludering av pårørende. Generelt er pårørende til hjemmeboende mindre tilfreds med tjenestene sammenliknet med pårørende til sykehjemsbeboere. Utilstrekkelig faglig oppfølging fremtrer som den viktigste enkeltfaktoren for flere av tjenestene, og spesielt for generell oppfølging av sykdomstilstanden. Det er også en klar sammenheng mellom manglende inkludering av pårørende når pleie og behandling skal planlegges og tilfredshet med ivaretagelse av ernæringsbehovet, smertelindring og ivaretagelse av psykiske plager og problemer. Det er spesielt viktig å fremheve lav tilfredshet med ivaretagelse av psykiske problemer og plager. Dette er helt

klart en av tjenesten hvor flest av respondentene var misfornøyde. Analysene gir klare indikasjoner på at utilstrekkelig faglig oppfølging og manglende inkludering av pårørende er viktige forklaringer på lav tilfredshet med ivaretagelse av psykiske plager og problemer.

Basert på analysene gis det generelt inntrykk av at faglig oppfølging og inkludering av pårørende når behandling og bistand skal planlegges er viktig for smertelindring og psykiske plager og problemer. To forklaringer synes nærliggende. Tidspress blant sykepleiere fører til at de ikke klarer å følge opp den enkelte pasient godt nok til å fange opp endringer med hensyn til smertetilstanden eller sinnsstemningen hos den enkelte. Pårørende vil i mange tilfeller ha en nærmere kontakt og en annen relasjon hvor behov for smertelindring og depresjon blir mer synlig. Funnene kan også tyde på manglende fagkompetanse og spesielt innenfor ivaretagelse av psykisk helse.

9.4 Dårligere oppfølging etter uheldige hendelser i hjemmesykepleien enn i sykehjem

Våre mål på uheldige hendelser kan i stor grad knyttes opp mot Gautun med kollegers (2016) mål på kvalitet i behandling. Vi benytter ikke indikatorer, men undersøker hver enkelt uheldige hendelse. Gautun med kolleger (2016) fant en statistisk sammenheng mellom opplevd manglende bemanning og deres mål på kvalitet i behandling. Vi finner ikke en statistisk sammenheng mellom manglende sykepleierbemanning og samtlige uheldige hendelser.

Hendelser som fall, betydelig vekttap og feilmedisinering skjer oftere blant hjemmeboende, mens trykksår og økt forvirring skjer oftere blant sykehjemsbeboere. Mer enn fire av ti hjemmeboende og sykehjemsbeboere har i løpet av de siste seks månedene opplevd fall. Dette er den hendelsen som forekommer oftest, og den er jevnt fordelt mellom hjemmeboende, sykehjemsbeboere og ut fra andre viktige kjennetegn. Det at så mange sykehjemsbeboere opplever fall er betenkelig med tanke på at et sykehjem bør ha tettere og døgnbemannet oppfølging sammenliknet med hjemmeboende. I og med at fall er så vanlig blant både brukere og pasienter, er det ikke mulig å finne et klart mønster eller knytte dette opp mot manglende sykepleierbemanning eller faglig oppfølging.

For de andre uheldige hendelsene er det et klarere mønster mellom pårørendegruppene og betydning av manglende sykepleierbemanning, faglig oppfølging og inkludering av pårørende. Det er en klar statistisk sammenheng

mellom manglende sykepleierbemanning og forekomst av infeksjon og trykksår. Samtidig er det en sammenheng mellom utilstrekkelig faglig oppfølging og forekomst av infeksjon, og manglende inkludering av pårørende og forekomst av trykksår. En mulig forklaring på sammenhengen mellom sykepleierbemanning og trykksår er manglende tid hos ansatte til å endre ligge- eller sittestilling som er viktig for å forebygge trykksår. Blant hjemmeboende kan det være ekstra viktig med inkludering av pårørende for å forebygge trykksår, da de i større grad enn hjemmesykepleien har oversikt over aktivitetsnivået til den de er pårørende til. Gode tekniske hjelpemidler vil også ha betydning for forebygging av trykksår, imidlertid har vi ingen mulighet for å teste slike sammenhenger med dette datamaterialet.

Et annet interessant funn er at det er en klar sammenheng mellom utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske problemer og manglende sykepleierbemanning og forekomsten av betydelig vekttap. Dette styrker antakelsen fra foregående kapittel om at fagpersoner i eldreomsorgen, og spesielt innen hjemmesykepleien, mangler god fagkompetanse på psykisk helse hos eldre.

Respondentene ble også spurt om hvordan de opplevde oppfølgingen i etterkant av den eller de uheldige hendelsene. 19 prosent av pårørende til hjemmeboende svarte at de er svært fornøyd med oppfølgingen, tilsvarende for pårørende til sykehjemsbeboere er 30 prosent. Det er dermed en betydelig andel som rapporterte at oppfølgingen er nokså god, eller nokså eller svært dårlig. Blant pårørende til hjemmeboende rapporterte 14 prosent om nokså dårlig og ni prosent om svært dårlig oppfølging, totalt tilsvarer dette mer enn to av ti pårørende til hjemmeboende. Andelen for pårørende til sykehjemsbeboere er lavere og henholdsvis på syv og seks prosent. Funnene antyder med dette at det er et forbedringspotensial for bedre oppfølging av uheldige hendelser, spesielt innenfor hjemmesykepleien.

9.5 Ikke tilfredsstillende tilrettelegging av fysiske og sosiale aktiviteter

Et av kapitlene belyste brukere og pårørendes vurderinger av trivsel, tilrettelegging av fysiske og sosiale aktiviteter. Selv om de fleste brukere av hjemmesykepleien trives med den hjemmesykepleien de får, kommer det tydelig frem at pårørende er kritiske til tilretteleggingen av fysiske aktiviteter. Om lag halvparten av de pårørende er ikke tilfreds med tilretteleggingen av fysisk aktivitet. Dette gjelder for begge pårørendegruppene og det er ingen signifikante

forskjeller mellom dem. Når det gjelder sosiale aktiviteter, svarer 41 prosent av pårørende til hjemmeboende at de er nokså eller svært uenige i at den de er pårørende til får tilrettelagt sosiale aktiviteter, tilsvarende for pårørende til sykehjemsbeboere er 35 prosent. I denne studien har det ikke vært mulig å se på hvordan fysiske og sosiale aktiviteter gir bedre trivsel og livskvalitet, men det er likevel grunn til å tro at det er en sammenheng. Uansett er det såpass mange pårørende som ikke er tilfreds med tilrettelegging av fysiske og sosiale aktiviteter at det i seg selv gir grunn til å fokusere på disse forholdene for å gi et bedre tilbud til brukere og pasienter.

9.6 Forbedringspotensialer innen eldreomsorgen

Basert på resultatene fra spørreundersøkelsen mener vi det er grunn til å tro at det er en sammenheng mellom manglende sykepleierbemanning og faglig oppfølging på lav tilfredshet ved tjenestene og uheldige hendelser. Vi finner ikke en sammenheng for alle tjenestene eller alle de inkluderte uheldige hendelsene. Imidlertid er funnene såpass entydige både i retning og styrke på de statistiske målene som benyttes, at der vi finner en sammenheng er det grunnlag for å kunne si noe om faktiske forhold og forslag til politiske tiltak.

Brukere og pårørende til hjemmeboende opplever i større grad enn pårørende til sykehjemsbeboere utilstrekkelig faglig oppfølging. Et konkret tiltak for å bedre deres opplevelse av faglig trygghet, er at de får en fast sykepleier å forholde seg til. Pårørende til sykehjemsbeboere opplevde i mindre grad utilstrekkelig faglig oppfølging. Dette kan skyldes at det alltid er noen fagpersoner til stede i et sykehjem. Derimot var det flere pårørende til sykehjemsbeboere som opplevde manglende sykepleierbemanning. Et tiltak for å bedre faglig oppfølging for denne gruppen er bedre bemanning.

I flere av analysene kom det klart frem at både brukere og pårørende ikke var tilfreds med oppfølgingen av psykiske plager og problemer, hvor den sterkeste forklaringskomponenten var utilstrekkelig faglig oppfølging. Det var også en klar sammenheng mellom utilstrekkelig faglig oppfølging av psykiske plager og problemer og et betydelig vekttap. Disse funnene indikerer et behov for flere personer med bedre fagkompetanse på psykisk helse hos eldre.

10 Diskusjon og konklusjon

Denne rapportens tema er hvordan sykepleierdekning og -kompetanse påvirker kvaliteten på tjenestene i sykehjem og hjemmesykepleie, undersøkt fra et pasient- og pårørendeperspektiv. Vi har belyst temaet ved hjelp av kvalitative intervjuer med ti pårørende til sykehjemsbeboere og ved en postal spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen ble gjennomført blant brukere av hjemmesykepleien (heretter omtalt som brukere), pårørende til personer med opphold i sykehjem (heretter omtalt som pårørende til sykehjemsbeboere) og pårørende til brukere av hjemmesykepleien (heretter omtalt som pårørende til hjemmeboende). I alt fikk vi inn 124 svar fra brukere og 478 svar fra pårørende. Vi har også gjennomført en kunnskapsoppsummering for å få oversikt over tidligere forskning (nasjonalt og internasjonalt) om de potensielt negative konsekvensene av sykepleiermangel i sykehjem eller hjemmesykepleie. Dette avslutningskapittelet starter med en oppsummering av de mest sentrale funnene fra de tre delstudiene, etterfulgt av en diskusjon og forslag til hvordan sykehjem- og hjemmesykepleietjenestene kan forbedres.

10.1 Kvalitet i tjenestene

En rekke undersøkelser og tilsyn har avdekket mangler og svikt i kvaliteten på kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre (f.eks. Gautun og Hermansen 2010; Gjevjon og Hellesø, 2010; Helsetilsynet, 2010; Malmedal, 2013; Norsk Senter for menneskerettigheter, 2014). En undersøkelse gjennomført blant 4945 sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem viser at sykepleierne selv opplever at mangel på sykepleiere gir høyere arbeidspress som igjen påvirker kvaliteten i grunnleggende sykepleie og behandlingen som gis (Gautun, Øien og Bratt, 2016). Når det gjelder kvalitet i tjenestene, oppgir for eksempel 17 prosent av sykepleierne at de er «helt eller delvis uenig i utsagnet om at ernæringsbehov ivaretas godt» (Ibid, s. 48). Om lag halvparten sa seg «helt eller delvis uenig i utsagnet om at de ivaretar pasienters psykiske plager og helseproblemer godt» (Ibid, s. 49).

I denne studien har vi belyst betydningen av sykepleierbemanning ved å undersøke sammenhengen mellom opplevd manglende sykepleierbemanning og faglig oppfølging på hvordan pårørende og brukere opplever kvalitet i tjenestene.

Et generelt bilde er at pårørende til hjemmeboende er mindre tilfreds enn pårørende til sykehjemsbeboere, og særlig når det gjelder ivaretagelse av ernæringsbehov kommer dette skillet tydelig frem. Resultater fra spørreundersøkelsen viser at andelen pårørende til hjemmeboende som ikke er tilfreds med ivaretagelse av ernæringsbehovet, er signifikant høyere enn for pårørende til sykehjemsbeboere. Vi finner også en klar sammenheng med et betydelig vekttap og manglende ivaretagelse av psykisk helse, som kommer enda tydeligere frem gjennom intervjuer av de pårørende. En av intervjupersonene fortalte at den hun var pårørende til, hadde opplevd et betydelig vekttap og flere ganger måtte akuttinnlegges på grunn av dehydrering mens hun var bruker av hjemmesykepleien. Den pårørende forklarte at hjemmesykepleien ikke fulgte opp morens behov for å få i seg nok mat og drikke, men at oppfølgingen ble bedre da moren flyttet på sykehjem.

Resultatene fra spørreundersøkelsen antyder at pårørende til sykehjemsbeboere er mer tilfreds med at den de er pårørende til får tilstrekkelig med mat og drikke. Den kvalitative studien gir et mer nyansert bilde. Noen opplevde at middagen fremdeles ble servert til det som normalt er lunsjtider, og at maten var lite næringsrik. Andre opplevde at deres nærmeste fikk næringsrik mat på sykehjemmet servert til tider da de fleste av oss spiser våre måltider. Lukt av god mat ble trukket fram av de pårørende som et tegn på god og omsorgsfull ivaretagelse av sykehjemsbeboere.

Hvorvidt brukerne er tilfreds med maten de får og om den spises opp, kan ikke nødvendigvis knyttes direkte til manglende bemanning av sykepleiere, men kanskje heller til for eksempel matombringningstjenester, dagsentre og helsefagarbeidere. Derimot tyder analysene på at det er en sammenheng mellom ivaretagelse av psykiske problemer og et betydelig vekttap, noe som kan knyttes til manglende sykepleierbemanning. Som en del av forebyggingsarbeidet, er hjemmesykepleiere pålagt å følge med på endringer i brukeres behov for tjenester. Ved å gripe tidlig inn og sette inn mer ressurser på lokalt nivå, forhindres en forverring og også bruk av spesialisthelsetjenesten. Sykepleiere er trent for å vurdere helsetilstanden, men når det blir for få sykepleiere i hjemmesykepleien blir det for lite tid hos brukeren til å oppdage problemer og gjøre en god vurdering. Fra spørreundersøkelsen kommer det frem at ivaretagelse av psykiske plager og problemer er den tjenesten hvor pårørende er minst tilfreds, og dette gjelder spesielt blant pårørende til hjemmeboende. Det er også en klar sammenheng mellom det som oppfattes som utilstrekkelig

faglig oppfølging og manglende inkludering av pårørende, og lav tilfredshet med ivaretagelse av psykiske plager og problemer. De fleste som ble intervjuet hadde inntrykk av at sykehjemmet hadde kontroll på legemiddelhåndteringen, men noen opplevde overdreven legemiddelbruk. Eksempler på dette er at ansatte tar i bruk beroligende legemidler ved raseri, depresjon og angst, fremfor menneskelig tilstedeværelse. Resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene antyder at tid og faglig oppfølging er viktig for ivaretagelse av psykisk helse, som er i tråd med pårørendes erfaringer.

10.2 Uheldige hendelser

Resultatene fra vår spørreundersøkelse viser at mer enn fire av ti har opplevd fall i løpet av de siste seks månedene. Fall er dermed den av de uheldige hendelsene som oppleves oftest, og indikerer at dette et generelt problem som berører mange eldre. Andelen som opplever fall, er ganske likt fordelt mellom brukere av hjemmesykepleien og sykehjemsbeboere. Det at fall blant sykehjemsbeboere er såpass utbredt, er betenkelig med tanke på at det er personale tilstede i miljøet hele tiden, sammenliknet med hjemmesykepleien som kun er innom på korte besøk. En like stor andel fall i sykehjem som blant eldre som mottar hjemmesykepleie, kan skyldes at sykehjemsbeboerne har større funksjonstap. Det kan også være et uttrykk for at mange eldre er mye alene og for seg selv også i sykehjem. Flere på jobb, som kan være mer tilstede og følge opp den enkelte, kan tenkes å forebygge fall.

Hvordan pårørende opplever fall hos de nærmeste og oppfølging i etterkant, nyanseres i pårørendehistoriene som kom fram i den kvalitative studien. Ikke alle fall ble karakterisert av pårørende som uheldige hendelser, som fall ut av senga med påfølgende brudd. Noen opplevde at det i sykehjemmet ble igangsatt forebyggende tiltak som bruk av sengehest, fjerning av inventar som beboer kan snuble i og polstring av kanter, mens andre opplevde at ingen fall- og skadeforebyggende tiltak ble igangsatt. Intervjupersonene knyttet mangel på kompetanse om fallforebygging til dårlig og fraværende ledelse.

Funnene fra spørreundersøkelsen antyder en sammenheng mellom manglende sykepleierbemanning og flere uheldige hendelser (f.eks. trykksår og infeksjon) blant både hjemmeboende og sykehjemsbeboere.

10.3 Trivsel og livskvalitet

Om lag seks av ti brukere gir uttrykk for at de trives godt og at de i stor grad kan påvirke sin egen hverdag. En av fire svarer at de er nokså enig i at de trives godt og kan påvirke sin egen hverdag. Det er få som svarer at de er nokså eller svært uenig i påstandene. Det er viktig å poengtere at det etter all sannsynlighet er en helseseleksjon blant brukerne i spørreundersøkelsen, hvor det er de friskeste hjemmeboende som har besvart undersøkelsen.

Aktiviteter i hverdagen vil for mange sannsynligvis bidra til bedre livskvalitet. I spørreundersøkelsen ble ikke brukerne spurt om tilrettelegging av aktiviteter i hverdagen, slik som fysiske og sosiale aktiviteter. Basert på pårørendes vurderinger, kommer det imidlertid tydelig fram at både pårørende til hjemmeboende og sykehjemsbeboere er lite tilfreds med tilrettelegging av fysiske aktiviteter. Funnet samsvarer med svar fra sykepleiere i undersøkelsen til Gautun og kolleger (2016, s. 49), som også gir uttrykk for at de er uenig i at pasientene tilbys et godt kulturtilbud – om lag en av to sykepleiere oppga å være helt eller delvis uenig i dette.

Hvilke forhold som legger til rette for aktiviteter i hverdagen, blir bedre nyansert i intervjuene med pårørende. Når det gjaldt aktiviteter i hverdagen – som bidrar til å heve personers livskvalitet – klumpet fortellingene seg sammen i to ytterpunkter: Noen fortalte om et variert og individuelt tilpasset aktivitets-tilbud for sine nærmeste; andre om svært få aktiviteter, både sosiale og fysiske. På noen sykehjem var det oppslagstavler med informasjon om aktiviteter, og intervjupersonene opplevde at deres nærmeste deltok på flere av disse. For flere var da også sykehjemmet en arena som ga deres nærmeste en trygghet – de oppfattet det som et hjem – som blant annet kunne resultere i mindre bruk av antidepressiva. Enkelte opplevde også at brukerens psykiske og fysiske velvære ble forbedret etter å ha flyttet på sykehjem. De som fortalte om et begrenset aktivitetstilbud i sykehjem, opplevde at de ansatte ikke hadde tid til å sette seg ned og prate med beboerne. De oppfattet dessuten at tilbudet var avhengig av hvem som var på vakt.

Funnene i sin helhet, både fra intervjuene og spørreundersøkelsen, tyder på at tilrettelegging av fysiske og sosiale aktiviteter er viktig for opplevelse av trivsel og livskvalitet i eldreomsorgen. Slik tilrettelegging avhenger i stor grad av tid hos ansatte.

10.4 Bemanning, kompetanse og medvirkning

Mangel på utdannet helsepersonell i eldreomsorgen er et reelt problem. NAVs bedriftsundersøkelser viser en økning i antall ubesatte stillinger for hvert år i perioden 2015–2017, hvor sykepleiere er den yrkesgruppen som det er vanskeligst å rekruttere. I tillegg til rekrutteringsproblemer, viser SSBs Helse- og personellstatistikk (2014) at antall årsverk på grunn av lange fravær utgjør tolv prosent av alle sykepleierstillinger i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Dette kommer i tillegg til et betydelig korttidsfravær. Kartlegginger viser at ved fravær, er det et flertall av vaktene som dekkes opp med personell med lavere kompetanse eller av ufaglærte (Gautun, Øien og Bratt 2016). Det er heller ikke uvanlig at vakter ikke blir dekket opp i det hele tatt. Tidligere studier blant sykepleiere og helsearbeidere antyder en sammenheng mellom tidspress på grunn av manglende bemanning og kvalitet i grunnleggende sykepleie og behandling (Gautun, Øien og Bratt 2016), og oppdagelse av nedstemthet og depressive symptomer (Halvorsrud, Pahr og Kvarme 2014).

Det foreligger lite kunnskap om hvorvidt, og på hvilken måte, de som mottar eldreomsorgstjenester berøres av mangelen på personell med helsefaglig kompetanse. Vi har tatt utgangspunkt i hvordan brukere og pårørende opplever at manglende sykepleierbemanning og annet personell med helsefaglig utdanning har betydning for tjenestene, uheldige hendelser og livskvalitet.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser et klart skille mellom hjemme-sykepleien og sykehjem. Andelen som rapporterer om manglende bemanning er høyere blant pårørende til sykehjemsbeboere enn pårørende til hjemmeboende. Det er også en høyere andel som rapporterer om manglende bemanning på dagtid, kveldstid og i helger, sammenliknet med nattetid og i ferier. Når det gjelder opplevelse av utilstrekkelig faglig oppfølging, er andelen som rapporterer dette høyere hos pårørende til hjemmeboende enn til sykehjemsbeboere.

Pårørende ble videre spurt om hvordan den faglige oppfølgingen kunne bli bedre. Både brukere og pårørende til hjemmeboende mener at det å ha en fast sykepleier å forholde seg til vil bedre den faglige oppfølgingen. I de fleste analysene er det en sammenheng mellom sykepleierbemanning, faglig oppfølging og manglende inkludering på lav tilfredshet med tjenestene og forekomst av uheldige hendelser. Hvordan pårørende forstår og opplever denne sammenhengen kommer tydeligere frem gjennom pårørendehistoriene.

Flere av intervjupersonene i den kvalitative studien fortalte at det virket som at sykehjemmet hadde nok ansatte – selv om noen fortalte at det til tider var svært travelt. De opplevde at deres nærmeste ble tatt godt vare på av en stabil gruppe ansatte. Ved sykefravær fortalte noen at det ble satt inn ansatte fra andre avdelinger som allerede kjente beboerne, eventuelt at de brukte sykepleierstudenter som kjente sykehjemmet gjennom ekstravakter i helger. De visste hvem som var morens kontaktpersoner og hvilken fagbakgrunn de hadde. De opplevde også at de i stor grad ble informert om pleie og behandling.

Noen fortalte imidlertid om manglende, fraværende og ustabil bemanning, om det som framsto som manglende kompetanse ved at uheldige hendelser inntraff, og at forebyggende tiltak først skjedde på initiativ fra den pårørende. Deres nærmeste hadde heller ikke fått kontaktperson. Ansatte gikk dessuten ikke med skilt, slik at både navn og fagbakgrunn var ukjent. De opplevde generelt sett liten informasjonsflyt fra sykehjemmet.

10.5 Hvilke forhold kan bidra til å skape bedre hjemmesykepleie og sykehjem?

Bedre ledelse, mer kompetente ansatte, bedre og stabil bemanning: For de intervjupersonene som fortalte om dårlig kvalitet, uheldige hendelser og dårlig informasjonsflyt, ser det ut som at det er flere forhold som må på plass for å skape et bedre sykehjem. Bedre ledelse, mer kompetanse blant de ansatte og mer tilstedeværende ansatte er sentrale stikkord som trer fram i fortellingene og spørreskjemaundersøkelsen. Pårørende til sykehjemsbeboere løftet frem bedre bemanning generelt, og ikke høyere sykepleiertetthet spesielt. Det er samtidig grunn til å tro at flere sykepleiere vil være å foretrekke, blant annet fordi sykepleiere har best forutsetninger for å behandle – og forebygge – uheldige hendelser som infeksjoner, trykksår og fallskader.

Fast sykepleier i hjemmesykepleien: Basert på respondentenes vurderinger vil det å ha en fast sykepleier å forholde seg til være et effektivt virkemiddel for å bedre den faglige oppfølgingen i hjemmesykepleien, mens bedre bemanning er viktig for faglig oppfølging i sykehjem.

Bedre fagkompetanse på psykisk helse hos eldre: Med utgangspunkt i Gautun og kollegers studie (2016), og denne studien, kommer det klart frem at sykepleiere, brukere og pårørende opplever utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske plager og problemer. Analyser fra denne studien viser også at den sterkeste forklaringskomponenten for utilstrekkelig faglig oppfølging av

psykiske plager og problemer, var dårlig faglig oppfølging. Dette indikerer et behov for bedre fagkompetanse på psykisk helse hos eldre.

Mer reell medvirkning: Over har vi referert til intervjupersonenes fortellinger om å bli involvert når pleie og behandling skal planlegges, som informasjonsflyt og (manglende) inkludering. Et gjennomgående trekk i nesten samtlige av intervjupersonenes fortellinger er at de etterspør mer reell medvirkning. Flere ble riktignok informert og opplevde, for eksempel, at de kan ta en sykepleier til side og spørre om det de måtte ønske. Det flere savner er imidlertid flere faste og forhåndsavtalte møter der de kan få vite mer om hvordan ektefelle, mor eller far har det gjennom dialog om temaer som ivaretagelse, omsorg og behandling. Noen ønsket også en innføring i hva sykehjemmet forventer av den pårørende. En slik avklaring kan bidra til å gjøre det enklere for de som for første gang i livet må forholde seg til sykehjemmet som institusjon. Noen ønsket også at sykehjemmet kunne legge til rette for et fellesskap for de pårørende. Slike fellesskap kunne fungert både som en arena for utveksling av informasjon om hva det er å være pårørende, og som sosialt samvær.

Flere, bedre, og mer policyrelevant forskning: Avslutningsvis vil vi minne om et av hovedfunnene fra kunnskapsoppsummeringen, nemlig at de fleste eksisterende studiene om brukere og pårørende på dette feltet har metodiske svakheter. Spesielt alvorlig er det at ingen studier måler *sykepleiermangel* på en tilfredsstillende måte, noe som er en åpenbar feilkilde. I tillegg er den utstrakte bruken av enkle, deskriptive analyser et problem, siden dette er en komplisert problemstilling som krever mer avanserte analyseverktøy. Resultatene fra denne rapporten tyder på at bedre bemanning er ønskelig, særlig på sykehjem. Men det er samtidig andre faktorer som sannsynligvis spiller en viktig rolle for kvaliteten ved sykehjem og i hjemmesykepleie. Et godt arbeidsmiljø og/eller en velfungerende ledelse kan for eksempel være med på 'nøytralisere' de negative effektene av lav sykepleiertetthet. Vi trenger mer og bedre policyrelevant forskning på konsekvenser av sykepleiermangel på sykehjem og i hjemmesykepleie dersom vi skal komme til bunns i dette viktige spørsmålet.

Summary

A literature review was conducted – in close collaboration with the librarians at Oslo and Akershus University College of Applied Sciences – to get an overview of existing studies on the consequences of nursing shortages in nursing homes and home health care services. 33 empirical studies and 7 literature reviews published in the years 2007–2017 were included, and the results from these 40 papers vary to a rather high extent. A number of studies concluded that higher staffing levels led to better patient outcomes, others found the opposite to be the case, and several found no statistical association between nurse staffing and patient outcomes.

There are at least four important reasons why the results from the literature review differs. Firstly, none of the included studies measure nursing shortage in a satisfactory and coherent manner. Secondly, it is often challenging to separate between different kinds of nurses (e.g. licensed practical nurse and registered nurse) in the international studies. Thirdly, there are important differences regarding the quality of the data materials used; and finally- fourth, rather simple statistical analysis techniques are widespread in the existing literature.

We also carried out qualitative interviews with ten relatives whose mother, father or spouse was living in a nursing home. The interviewees narrated different stories related to the quality of care, patient safety, inclusion, and staffing and competence in the nursing homes.

Based on the interview data, we identified three main narratives: the nursing home of high quality, the nursing home with acceptable standards, and the nursing home of low quality.

The first narrative portrayed a nursing home in which the relative felt that his or her mother received good care, there was sufficient information flow from the nursing home about care and treatment, and the staff was experienced as stable and highly competent. In contrast, the final narrative portrayed experiences of a spouse or a that was not taken care of well, of several adverse events, poor information flow, and a staff that was – to some extent – poorly skilled.

The interviewees did not themselves identify a link between quality in the nursing home and nurse competences. Our interpretation, nonetheless, is that when a nursing home is of low quality, it involves insufficiencies in basic

nursing competence, in treatment, and in prevention and activation. We draw this conclusion based on the interviewees' narratives.

We also carried out a postal survey among users of home nursing (above 67 years of age) and relatives of people above 67 years living in nursing homes or receiving home nursing. In total, 602 respondents participated in the study. This part of the project highlights various conditions such as staffing and professional follow-up, satisfaction with the services, unfortunate events and well-being.

The results of this survey show that a significant proportion of the respondents have experienced a lack of staffing over the past two months. Lack of staffing occurs more often in nursing homes than in home nursing. Relatives of recipients of home nursing experienced insufficient professional follow-up more often than relatives of those living in nursing homes. Insufficient professional follow-up appears as the most important single factor of low satisfaction in services. There is also a clear connection between low inclusion of relatives when care and treatment is to be planned and satisfaction in services.

The most common unfortunate event is fall accidents. More than four out of ten of the respondents have experienced a fall accident during the last six months, this is evenly distributed between home residents and users of home nursing. Furthermore, there is a statistical correlation between nursing shortages and the occurrence of infection and pressure ulcers. At the same time, there is a correlation between inadequate professional follow-up and the occurrence of infection, and between low inclusion of relatives and the occurrence of pressure ulcers. The results also indicate a clear connection between the insufficient care of mental-health problems and nursing shortages leading to significant weight loss.

Referanser

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & McHugh, M. D. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002a). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187–194.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002b). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987–1993.
- Arling, G., Kane, R. L., Mueller, C., Bershadsky, J., & Degenholtz, H. B. (2007). Nursing effort and quality of care for nursing home residents. *Gerontologist*, 47(5), 672–682.
- Al-Jumaili, A. A., Pharm, B. S., & Doucette, W. R. (2017). Comprehensive literature review of factors influencing medication safety in nursing homes: Using a systems model. *Journal of the American Medical Directors Association*, online first 24 February 2017.
- Backhaus, R., Verbeek, H., van Rossum, E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. (2014). Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: a systematic review of longitudinal studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(6), 383–393.
- Bystedt, M., Eriksson, M., & Wilde-Larsson, B. (2011). Delegation within municipal health care. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 534–541.
- Cassie, K. M., & Cassie, W. E. (2012). Organizational and individual conditions associated with depressive symptoms among nursing home residents over time. *The Gerontologist*, 52(6), 812–821.
- Castle, N. G., & Anderson, R. A. (2011). Caregiver staffing in nursing homes and their influence on quality of care: Using dynamic panel estimation methods. *Medical Care*, 49(6), 545–552.
- Castle, N. G., & Engberg, J. (2007). The influence of staffing characteristics on quality of care in nursing homes. *Health Services Research*, 42(5), 1822–1847.
- Castle, N. G., & Engberg, J. (2008). Further examination of the influence of caregiver staffing levels on nursing home quality. *The Gerontologist*, 48(4), 464–476.
- Castle, N. G., Engberg, J., & Men, A. (2007). Nursing home staff turnover: Impact on nursing home compare quality measures. *The Gerontologist*, 47(5), 650–661.
- Castle, N. G., Engberg, J., & Men, A. (2008). Nurse aide agency staffing and quality of care in nursing homes. *Medical Care Research and Review*, 65(2), 232–252.
- Collier, E., & Harrington, C. (2008). Staffing characteristics, turnover rates, and quality of resident care in nursing facilities. *Research in Gerontological Nursing*, 1(3), 157–170.

- Dang, D., Johantgen, M. E., Pronovost, P. J., Jenckes, M. W., & Bass, E. B. (2002). Postoperative complications: does intensive care unit staff nursing make a difference? *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 31(3), 219–228.
- Dellefield, M. E., Castle, N. G., McGilton, K. S., & Spilsbury, K. (2015). The relationship between registered nurses and nursing home quality: An integrative review (2008–2014). *Nursing Economics*, 33(2), 95.
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24(4), 244–255.
- ECON (2009), Bemanning i kommunal pleie- og omsorg. Rapport 2009-072.
- Fedecostante, M., Dell'Aquila, G., Eusebi, P., Volpato, S., Zuliani, G., Abete, P., ... & Cherubini, A. (2016). Predictors of Functional Changes in Italian Nursing Home Residents: The ULISSE Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(4), 306–311.
- Ferrer, J., Boelle, P. Y., Salomon, J., Miliani, K., L'Hériteau, F., Astagneau, P., & Temime, L. (2014). Management of nurse shortage and its impact on pathogen dissemination in the intensive care unit. *Epidemics*, 9, 62–69.
- Garratt, A. M., Helgeland, J. og Guldbrandsen, P. (2010). Five-point scales outperform 10 point scales in a randomized comparison of item scaling for the Patient Experiences Questionnaire. *J Clin Epidemiol*. Feb;64(2):200-7. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.02.016. Epub 2010 Jun 20
- Gautun, H. (2012). *Planlagt og faktisk bemanning*. Fafo-rapport 2012-05.
- Gautun, H. og Hermansen, Å. (2010). *Eldreomsorg under press- Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. Fafo-rapport 2011:12.
- Gautun, H., Øien, H., Bratt, C. (2016) *Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem*. NOVA Rapport 6/2016.
- Gjevjon, E. L. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, Vol.1(01), pp.18–26
- Gjevjon, E. R., & Hellesø, R. (2010). The Quality of Home Care Nurses' Documentation in New Electronic Patient Records. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 100–108.
- Gjevjon, E. L. R., Rømhøren, T. I., (2011). *Vedtak om sykehjemsplass – hvor høye er tersklene*. *Demens: tidsskrift om demenssykdommer*, 15(4), s. 36–37.
- Gruneir, A., & Mor, V. (2008). Nursing home safety: current issues and barriers to improvement. *Annu. Rev. Public Health*, 29, 369–382.
- Gullestad, M. 1989. *Kultur og hverdagsliv. På sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halvorsrud, L., Pahr, I. og Kvarme, L. G. (2014). Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten. *Sykepleien Forskning*, (3)

- Harrington, C., Choiniere, J., Goldmann, M., Jacobsen, F. F., Lloyd, L., McGregor, M., Stamatopoulos, V., & Szebehely, M. (2012). Nursing home staffing standards and staffing levels in six countries. *Journal of Nursing Scholarship*, *44*(1), 88–98.
- Havig, A. K., Skogstad, A., Kjekshus, L. E., & Romøren, T. I. (2011). Leadership, staffing and quality of care in nursing homes. *BMC Health Services Research*, *11*(1), 327.
- Helsedirektoratet (2014). Personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene.
- Helsedirektoratet (2017). Kompetanseløftet 2020. URL: <https://helsedirektoratet.no/kompetanseloft-2020#1.-sikre-god-rekruttering-og-stabil-bemanning-av-helse--og-sosialfagleg-personell-> Lesedato: 12.04.17
- Helsedirektoratet (2017). [https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring/seksjon?Tittel=formal-og-virkeomrade-11130#formålet-med-forskriften-\(§-1\)](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring/seksjon?Tittel=formal-og-virkeomrade-11130#formålet-med-forskriften-(§-1))
- Helsetilsynet (2010). *Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008–2010. Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging*. Rapport 7/210.
- Hermansen, Å., & Grødem, A. S. (2015). Reformeffekt: Redusert liggetid blant de eldste. *Sykepleien Forskning*, *10* (1), 24–32.
- Holmeide, A. og Eimot, M. (2010). Bemanning i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Analysesenteret.
- Horn, S. D., Hudak, S. L., Barrett, R. S., Cohen, L. W., Reed, D. A., & Zimmerman, S. (2016). Interpersonal care processes, falls, and hospitalizations in Green House and other nursing homes. *Seniors Housing & Care Journal*, *24*(1), 31–46.
- Hurtado, D. A., Berkman, L. F., Buxton, O. M., & Okechukwu, C. A. (2016). Schedule control and nursing home quality: Exploratory evidence of a psychosocial predictor of resident care. *Journal of Applied Gerontology*, *35*(2), 244–253.
- Huskamp, H. A., Stevenson, D. G., Grabowski, D. C., Brennan, E., & Keating, N. L. (2010). Long and short hospice stays among nursing home residents at the end of life. *Journal of palliative medicine*, *13*(8), 957–964.
- Hutt, E., Radcliff, T. A., Liebrecht, D., Fish, R., McNulty, M., & Kramer, A. M. (2008). Associations among nurse and certified nursing assistant hours per resident per day and adherence to guidelines for treating nursing home-acquired pneumonia. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *63*(10), 1105–1111.
- Hyer, K., Thomas, K. S., Branch, L. G., Harman, J. S., Johnson, C. E., & Weech-Maldonado, R. (2011). The influence of nurse staffing levels on quality of care in nursing homes. *The Gerontologist*, *51*(5), 610–616.
- Høie, J. (2005). Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- International Council of Nurses (ICN). Definition of a nurse. URL: <http://www.icn.ch/howe-are/icn-definition-of-nursing/> Lesedato: 12.04.17

- Kim, H., Harrington, C., & Greene, W. H. (2009). Registered nurse staffing mix and quality of care in nursing homes: A longitudinal analysis. *The Gerontologist*, 49(1), 81–90.
- Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2008). Quality of care in Norwegian nursing homes—deficiencies and their correlates. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 560–567.
- Kjøvs, B. Ø., & Havig, A. K. (2016). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes—a change to more activities? *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30(2), 330–339.
- Konetzka, R. T., Stearns, S. C., & Park, J. (2008). The staffing—outcomes relationship in nursing homes. *Health services research*, 43(3), 1025–1042.
- KS (2016) Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2016. Oslo: KS. URL: <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/arbeidsgivermonitoren/kommunesektorens-arbeidsgivermonitor-20161/>. Lesedato 03.03.17
- Leland, N. E., Gozalo, P., Teno, J., & Mor, V. (2012). Falls in newly admitted nursing home residents: a national study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(5), 939–945.
- Lerner, N. B., Johantgen, M., Trinkoff, A. M., Storr, C. L., & Han, K. (2014). Are nursing home survey deficiencies higher in facilities with greater staff turnover? *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(2), 102–107.
- Lieblich, A., Zilber, T., & Tuval-Mashiach, R. (1998). *Narrative research: reading, analysis, and interpretation*. Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Majerovitz, S. D., Mollott, R. J., & Rudder, C. (2009). We're on the same side: Improving communication between nursing home and family. *Health Communication*, 24(1), 12–20.
- Malmedal, W. (2013). *Inadequate Care, Abuse and Neglect in Norwegian Nursing Homes*. Dr. gradsavhandling ved Institutt for sosialt arbeid. Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet. Trondheim.
- Malmedal, W., Hammervold, R., & Saveman, B. I. (2014). The dark side of Norwegian nursing homes: factors influencing inadequate care. *The Journal of Adult Protection*, 16(3), 133–151.
- Mann, E., Haastert, B., Böhmendorfer, B., Frühwald, T., Iglseider, B., Roller-Wirnsberger, R., & Meyer, G. (2013). Prevalence and associations of potentially inappropriate prescriptions in Austrian nursing home residents: Secondary analysis of a cross-sectional study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 125(7–8), 180–188.
- Mark, B. A., Harless, D. W., McCue, M., & Xu, Y. (2004). A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. *Health Services Research*, 39(2), 279–300.
- Moore, K., & Haralambous, B. (2007). Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6), 532–540.

- Mrayyan, M. T., & Hamaideh, S. H. (2009). Clinical errors, nursing shortage and moral distress: The situation in Jordan. *Journal of Research in Nursing, 14*(4), 319–330.
- NAVs bedriftsundersøkelse (2017).
<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/bedriftsunders%C3%B8kelsen>
- Needleman, J., Buerhaus, P. I., Stewart, M., Zelevinsky, K., & Mattke, S. (2006). Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? *Health Affairs, 25*(1), 204–211.
- Norsk Senter for menneskerettigheter, Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo (2014). Menneskerettigheter i norske sykehjem. Temarapport 2014.
- Person, S. D., Allison, J. J., Kiefe, C. I., Weaver, M. T., Williams, O. D., Centor, R. M., & Weissman, N. W. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care, 42*(1), 4–12.
- Pronovost, P. J., Dang, D., Dorman, T., Lipsett, P. A., Garrett, E., Jenckes, M., & Bass, E. B. (2001). Intensive care unit nurse staffing and the risk for complications after abdominal aortic surgery. *Effective Clinical Practice, 4*(5), 199–206.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park, Calif.: Sage.
- Sandoval Garrido, F. A., Tamiya, N., Kashiwagi, M., Miyata, S., Okochi, J., Moriyama, Y., ... & Takamuku, K. (2014). Relationship between structural characteristics and outcome quality indicators at health care facilities for the elderly requiring long-term care in Japan from a nationwide survey. *Geriatrics & Gerontology International, 14*(2), 301–308.
- Shin, J. H. (2013). Relationship between nursing staffing and quality of life in nursing homes. *Contemporary Nurse, 44*(2), 133–143.
- Shin, J. H., & Bae, S. H. (2012). Nurse staffing, quality of care, and quality of life in US nursing homes, 1996–2011: an integrative review. *Journal of Gerontological Nursing, 38*(12), 46–53.
- Shin, J. H., & Hyun, T. K. (2015). Nurse staffing and quality of care of nursing home residents in Korea. *Journal of Nursing Scholarship, 47*(6), 555–564.
- Shin, J. H., Park, T., & Huh, I. S. (2014). Nursing staffing and quality of life in western New York nursing homes. *Western Journal of Nursing Research, 36*(6), 788–805.
- Silber, J. H., Romano, P. S., Rosen, A. K., Wang, Y., Even-Shoshan, O., & Volpp, K. G. (2007). Failure-to-rescue: comparing definitions to measure quality of care. *Medical care, 45*(10), 918–925.
- Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., & Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 48*(6), 732–750.
- Squire, C. (2008). Experience-centred and culturally-oriented approaches. In M. Andrews, C. Squire, & M. Tamboukou (Eds.), *Doing Narrative Research* (pp. 41–63). Los Angeles: Sage.

- Stearns, S. C., Park, J., Zimmerman, S., Gruber-Baldini, A. L., Konrad, T. R., & Sloane, P. D. (2007). Determinants and effects of nurse staffing intensity and skill mix in residential care/assisted living settings. *The Gerontologist, 47*(5), 662–671.
- Tannen, D. (2008). "We've never been close, we're very different". Three types in sister discourse. *Narrative Inquiry, 18*(2), 206–229.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Trinkoff, A. M., Han, K., Storr, C. L., Lerner, N., Johantgen, M., & Gartrell, K. (2013). Turnover, staffing, skill mix, and resident outcomes in a national sample of US nursing homes. *Journal of Nursing Administration, 43*(12), 630–636.
- Uchida-Nakakoji, M., Stone, P. W., Schmitt, S. K., & Phibbs, C. S. (2015). Nurse workforce characteristics and infection risk in VA community living centers: A Longitudinal analysis. *Medical Care, 53*(3), 261–267.
- Xing, J., Mukamel, D. B., & Temkin-Greener, H. (2013). Hospitalizations of nursing home residents in the last year of life: nursing home characteristics and variation in potentially avoidable hospitalizations. *Journal of the American Geriatrics Society, 61*(11), 1900–1908.

Vedlegg 1

Utvikling av litteratursøket

Litteratursøket er bygget opp av tre elementer:

- 1) Kommunale helsetilbud
- 2) Eldre pasienter
- 3) Sykepleie: Bemanningsmangel og dekningsgrad

Som hovedregel er alle elementene inkludert i søkene. I Cinahl og Medline er det mulig å avgrense på aldersgruppe (65+) hvor dette er hensiktsmessig, men i Academic Search Premier (ASP) og Web of Science (WoF) lar det seg ikke gjøre. Her ble derfor søket avgrenset til aldersgruppen ved søkestreng. I de tilfeller hvor institusjon/tjeneste ble beskrevet med emneord som inneholder eldre, eller hvor det implisitt handlet om eldre f.eks. "Housing for the elderly", benyttet vi ikke aldersavgrensning.

Oppdragsgiver ønsket å få fram forskning på konsekvensene av sykepleiemangel i kommunal helsetjeneste til eldre. Vi valgte å holde søket om konsekvenser åpent, og har derfor utelatt dette som element i søket. Grunnen til det er at det er vanskelig å få dekket alle potensielle konsekvenser beskrevet i forskningen, og ved å ikke søke på det unngår vi å miste relevante treff. Dermed søkte vi på sykepleiere og bemanning generelt i kommunal helsetjeneste for eldre, og eventuell mangel på kvalifisert og utdannede sykepleiere i tjenesten. Vi søkte både direkte på mangel, men også indirekte ved å søke etter ukvalifiserte, turnover og forholdet mellom antall utdannede sykepleiere og ikke utdannede i den kommunale eldrehelsetjenesten.

Søkeord

Oppdragsgiver hadde allerede utført en del søk og deres søkeord var et godt utgangspunkt for litteratursøket. Vi har dog utvidet med en del emneord søkt fram i databasene med kontrollerte emneord, og som igjen har gitt en del flere tekstord til søket i de fire databasene. I søkene i WoS og ASP har vi tilpasset tekstordene til databasene. ASP gav ytterst få egnede emneord, og i den grad de gir mer treff enn tekstordene, har vi valgt å ta de med i søket.

Inkluderte databaser

I samråd med oppdragsgiver, og pga av tidsmangel, ble følgende databaser valgt: Cinahl, MEDLINE, Academic Search Premier (ASP) og Web of Science (Science Citation Index Expanded) (WoS). PubMed ble foreslått, men fordi dette er gratisversjonen av MEDLINE og sistnevnte er lettere å etterprøve, valgte vi å holde oss til MEDLINE. Cinahl dekker sykepleieforskning spesielt, og Medline er sentral for helseforskning generelt. Academic Search Premier og Web of Science er tverrfaglige databaser som omfatter de samfunnsfaglige aspektene ved oppdraget. De to førstnevnte databasene har vi søkt på emneord fra databasenes standardiserte emneordslister pluss tekstordsøk hvor dette er hensiktsmessig. I de sistnevnte databasene er det gjort tekstordsøk basert på emneord/tekstord fra søkene i Medline og Cinahl. Det er etterstrebet en konsekvens i søket på tvers av databasene, men med noe tilpasning. Bl. a. fungerer nærhetsoperatoren (adj, Near, N) noe forskjellig, derfor avviker WoS noe fra de andre databasene.

Avgrensninger: Publiseringsdato 2000-2017.

Fagfelle vurdering: Ikke inkludert i bestillingen.

Søkehistorikk

Database: Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present

Dato: 20.03.17

Treff: 567

#	Searches	Results
1	health services for the aged/	16657
2	nursing homes/	31675
3	geriatric nursing/	13157
4	housing for the elderly/	1561
5	nursing home*.tw,kw,kf.	26793
6	((geriatric* or gerontologic*) adj nurs*).tw,kw,kf.	2141
7	or/1-6	68599
8	community health services/	29765
9	Community Health Nursing/	19232
10	Community Mental Health Services/	18188
11	Home Care Services/	31100
12	Home Care Services, Hospital-Based/	1819
13	home health nursing/	167
14	Residential Facilities/	5086
15	(communit* or municipal*).tw,kw,kf.	468114
16	(home adj (service* or nursing or visit* or based)).tw,kw,kf.	16378
17	or/8-16	539954
18	limit 17 to "all aged (65 and over)"	101629
19	7 or 18	160474
20	((nurs* or rn or rns) adj3 (shortage* or shortfall* or turnover or adequa* or inadequa* or skill mix)).tw,kw,kf.	5818
21	((nurs* or rn or rns) adj2 (ratio or ratios)).tw,kw,kf.	705
22	nurse to patient ratio*.tw,kw,kf.	371
23	(temporary adj (nurs* or rn or rns)).tw,kw,kf.	79
24	or/20-23	6683
25	(staff* adj3 (shortage* or shortfall* or turnover or adequa* or inadequa* or skill mix)).tw,kw,kf.	3634
26	(staff* adj2 (ratio or ratios)).tw,kw,kf.	700
27	personnel turnover/	4606
28	understaff*.tw,kw,kf.	493
29	(unlicensed adj (staff or personnel)).tw,kw,kf.	82
30	skill mix.tw,kw,kf.	821
31	or/25-30	9717
32	nurses/ or nursing staff/	54955
33	nursing/ or nursing care/	77421
34	nurs*.tw,kw,kf.	406360
35	32 or 33 or 34	460351
36	31 and 35	4586
37	24 or 36	9746
38	19 and 37	802
39	limit 38 to (yr="2000 -Current" and (danish or english or norwegian or swedish))	567

Database: CINAHL with Full Text EbscoHost

Dato: 20.03.2017

Treff: 846

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S1	(MH "Health Services for the Aged")	Search modes - Boolean/Phrase	4,605
S2	(MH "Nursing Homes")	Search modes - Boolean/Phrase	16,458
S3	(MH "Gerontologic Nursing")	Search modes - Boolean/Phrase	10,577
S4	(MH "Housing for the Elderly")	Search modes - Boolean/Phrase	2,029
S5	TI nursing home* OR AB nursing home*	Search modes - Boolean/Phrase	16,766
S6	TI (((geriatric* nurs*) or (gerontologic nurs*))) OR AB (((geriatric* nurs*) or (gerontologic nurs*)))	Search modes - Boolean/Phrase	1,431
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	Search modes - Boolean/Phrase	39,988
S8	(MH "Nursing Shortage") OR (MH "Nurse-Patient Ratio") OR (MH "RN Mix")	Search modes - Boolean/Phrase	13,099
S9	TI (((nurs* or rn or rns) N3 (shortage* or shortfall* or turnover or adequa* or inadequa* or "skill mix")))) OR AB (((nurs* or rn or rns) N3 (shortage* or shortfall* or turnover or adequa* or inadequa* or skill mix)))	Search modes - Boolean/Phrase	7,044
S10	TI (((nurs* or rn or rns) N2 (ratio or ratios))) OR AB (((nurs* or rn or rns) N2 (ratio or ratios)))	Search modes - Boolean/Phrase	960
S11	TI nurse to patient ratio* OR AB nurse to patient ratio*	Search modes - Boolean/Phrase	707
S12	TI ((temporary N2 (nurs* or rn or rns))) OR AB ((temporary N2 (nurs* or rn or rns)))	Search modes - Boolean/Phrase	116
S13	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12	Search modes - Boolean/Phrase	17,639
S14	(MH "Personnel Shortage") OR (MH "Personnel Turnover")	Search modes - Boolean/Phrase	6,170
S15	(MH "Health Personnel, Unlicensed")	Search modes - Boolean/Phrase	2,492
S16	(MH "Understaffing")	Search modes - Boolean/Phrase	1,181
S17	TI understaff* OR AB understaff*	Search modes - Boolean/Phrase	329
S18	TI ((staff* N3 (shortage* or shortfall* or turnover or adequa* or inadequa* or "skill mix")))) OR AB ((staff* N3 (shortage* or shortfall* or turnover or adequa* or inadequa* or "skill mix"))))	Search modes - Boolean/Phrase	2,419
S19	TI ((staff* N2 (ratio or ratios))) OR AB ((staff* N2 (ratio or ratios)))	Search modes - Boolean/Phrase	706
S20	(MH "Skill Mix")	Search modes - Boolean/Phrase	1,146
S21	TI (unlicensed personnel or unlicensed staff) OR AB (unlicensed personnel or unlicensed staff)	Search modes - Boolean/Phrase	381
S22	S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21	Search modes - Boolean/Phrase	13,524
S23	(MH "Nurses")	Search modes - Boolean/Phrase	44,948
S24	(MH "Staff Nurses")	Search modes - Boolean/Phrase	6,565
S25	(MH "Nursing Care")	Search modes - Boolean/Phrase	12,991
S26	TI nurs* OR AB nurs*	Search modes - Boolean/Phrase	362,656
S27	S23 OR S24 OR S25 OR S26	Search modes - Boolean/Phrase	389,255
S28	S22 AND S27	Search modes - Boolean/Phrase	5,703
S29	S13 OR S28	Search modes - Boolean/Phrase	21,141

S30	S7 AND S29	Search modes - Boolean/Phrase	1,154
S31	(MH "Community Health Services") OR (MH "Community Mental Health Services")	Search modes - Boolean/Phrase	18,969
S32	(MH "Home Health Care") OR (MH "Home Nursing")	Search modes - Boolean/Phrase	18,128
S33	(MH "Home Visits")	Search modes - Boolean/Phrase	4,097
S34	(MH "Residential Facilities")	Search modes - Boolean/Phrase	2,971
S35	TI (communit* or municipal*) OR AB (communit* or municipal*)	Search modes - Boolean/Phrase	120,147
S36	TI (home service* or home nursing or home visit* or home based) OR AB (home service* or home nursing or home visit* or home based)	Search modes - Boolean/Phrase	24,942
S37	S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36	Search modes - Boolean/Phrase	166,752
S38	S29 AND S37	Search modes - Boolean/Phrase	1,588
S39	S29 AND S37	Limiters - Age Groups: Aged: 65+ years Search modes - Boolean/Phrase	294
S40	S30 OR S39	Search modes - Boolean/Phrase	1,191
S41	TI (shortage* or shortfall* or turnover) OR AB (shortage* or shortfall* or turnover)	Search modes - Boolean/Phrase	14,979
S42	S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S20 OR S21 OR S41	Search modes - Boolean/Phrase	23,619
S43	(MH "Nursing Home Personnel") OR (MH "Home Nursing, Professional")	Search modes - Boolean/Phrase	9,627
S44	S42 AND S43	Search modes - Boolean/Phrase	331
S45	S40 OR S44	Search modes - Boolean/Phrase	1,351
S46	S40 OR S44	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20000101-20171231; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish Search modes - Boolean/Phrase	846

Database: Web of Science : Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED) -
-1987-present
Dato: 21.03.2017
327 treff

# 22	327	(#21 OR #14) AND LANGUAGE: (English OR Danish OR Norwegian OR Swedish) Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 21	77	#20 AND #19 Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 20	1,677,939	TS=(elder* OR ag\$ing OR senior* OR "old* adult*" OR "old population*" OR "old* people") Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 19	272	#18 AND #13 Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 18	419,798	#17 OR #16 OR #15 Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 17	9,985	TS=("home service*" OR "Home Nursing" OR "Home visit*" OR "Home based") Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 16	1,166	TS=("Home Care Service*" OR "Home Health Nursing" OR "Residential Facilit*") Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 15	411,694	TS=(Community* OR Municipal*) Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 14	285	#13 AND #1 Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 13	3,241	#12 OR #6 Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 12	1,073	#11 AND #10 Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 11	150,578	TS=nurs* Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 10	2,238	#9 OR #8 OR #7 Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 9	368	TS=("personnel turnover" OR understaff* OR "unlicensed personnel" OR Unlicensed staff) Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 8	294	TS=(staff* NEAR/1 (ratio or ratios)) Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 7	1,631	TS=((staff) NEAR/2 (shortage* or shortfall* or turnover or adequa* or inadequa* or "skill mix")) Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 6	2,528	#5 OR #4 OR #3 OR #2 Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 5	2,004	TS=((Nurs* or RN or RNs) NEAR/2 (shortage* or shortfall* or turnover or adequa* or inadequa* or "skill mix")) Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 4	35	TS=((temporary) NEAR/1 (nurs* or RNs)) Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 3	134	TS="nurse to patient ratio*" Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 2	441	TS=((nurs* or RN or RNs) NEAR/1 (ratio or ratios)) Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017
# 1	19,059	TS=("Health Services for the Aged" OR "Nursing Home*" OR "Geriatric* Nurs*" OR "Gerontolog* nurs*" OR "Housing for the elder*") Indexes=SCI-EXPANDED Timespan=2000-2017

Database: Academic Search Premier (EBSCO)
Dato: 21.03.2017
Treff: 476

#	Query	Results
---	-------	---------

S1	("Health Services for the Aged" OR "Nursing Home*" OR "Geriatric* Nurs*" OR "Gerontologic nurs*" OR "Housing for the elder*")	27,409
S2	((Nurs* OR RNs OR RN) N3 (shortage* or shortfall* or turnover or adequa* or inadequa* or "skill mix"))	4,513
S3	((nurs* or RN OR RNs) N2 (ratio or ratios))	1,766
S4	((temporary) N2 (nurs* or RN or RNs))	107
S5	("nurse to patient ratio*")	1,077
S6	S2 OR S3 OR S4 OR S5	6,172
S7	DE "UNLICENSED medical personnel"	217
S8	((staff) N3 (shortage* or shortfall* or turnover or adequa* or inadequa* or "skill mix"))	2,841
S9	(staff* N2 (ratio or ratios))	1,578
S10	("personnel turnover" OR understaff* OR "unlicensed personnel" OR Unlicensed staff)	816
S11	S7 OR S8 OR S9 OR S10	5,356
S12	(nurs*)	440,393
S13	S11 AND S12	2,631
S14	S6 OR S13	7,458
S15	S1 AND S14	539
S16	(DE "NURSING care facilities")	9,317
S17	Municipal*	236,635
S18	community*	828,370
S19	("Home Care Service*" OR "Home Health Nursing" OR "Residential Facilit*")	8,862
S20	((home) N2 (service* OR nursing OR visit* OR based))	63,137
S21	S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20	1,046,737
S22	S14 AND S21	1,314
S23	(elder* OR ageing OR aging OR senior* OR "old* adult*" OR "old population*" OR "old* people")	585,437
S24	S22 AND S23	476

INKLUDERTE STUDIER

Tabell 1. Karakteristika ved studier inkludert etter systematisk litteratursøk og hånd-søk				
Forfatter(e), årstall, nasjonalitet	Studiens hensikt	Utvalg og setting	Metode	Hovedfunn
Arling, G., Kane, R. L., Mueller, C., Bershadsky, J., & Degenholtz, H. B. 2007 USA	Studien undersøker sammenhengen mellom bemanningsnivå og diverse pasientutfall på sykehjem	156 sykehjemsenheter i fire Amerikanske delstater	Flernivå-regresjons-analyse	Ingen sammenheng mellom antall timer omsorg utført av sykepleiere per pasientdag og syv ulike utfallsvariabler (bl.a. avføringssituasjon, bevegelsesrekkevidde og atferdsvansker)
Al-Jumaili, A. A., Pharm, B. S., & Doucette, W. R. 2017	Denne litteraturstudien fokuserer på hvilken effekt diverse arbeidsfaktorer (bl.a. personell og teknologi) har på medisinsikkerhet ved sykehjem	60 studier 1985—2005	Litteraturstudie	«[...] tilstrekkelig antall ansatte ved sykehjem bidrar til å begrense hendelser, slik som fall og brudd, som kan være et resultat av medisinerings [...] ansatte—pasienter ratioen spiller en essensiell rolle gjennom å forhindre medisineringsfeil og bruddhendelser» (side 5)
Backhaus, R., Verbeek, H., van Rossum, E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. 2014	En systematisk litteraturgjennomgang av longitudinelle studier som ser på sammenhengen mellom sykepleierdekning og omsorgskvalitet ved sykehjem	20 studier 1987—2013	Litteraturstudie	«Denne litteraturgjennomgangen fant ikke overbevisende bevis for en positiv sammenheng mellom sykepleierbemanning og livskvalitet» (side 391)
Cassie, K. M., & Cassie, W. E. 2012 USA	Å undersøke effekten av organisasjonskultur og –klima på depressive symptomer blant beboere på sykehjem	23 sykehjemsenheter i en sørøstlig Amerikansk delstat	Flernivå-regresjons-analyse	Ingen sammenheng mellom sykepleierbemanning og depresjon hos pasientene
Castle, N. G., & Anderson, R. A. 2011 USA	Studien undersøker sammenhengen mellom bemanningsnivå og ulike kvalitetsindikatorer	3491 sykehjem	Regresjons-analyse på paneldata, med kontroll for 'faste effekter' på sykehjemsnivå og tidstrender	Høyere sykepleierbemanning fører til bedre omsorgskvalitet. Studien finner signifikant færre hendelser for alle fire negative pasientutfall (fysisk tvang, kateterbruk, smertehåndtering og trykksår) ved sykehjem som øker sykepleierbemanningen over tid

Castle, N. G., & Engberg, J. 2007 USA	Å undersøke effekten av bemanning, gjennomtrekk av arbeidskraft, mv. på kvaliteten ved sykehjem	1071 sykehjemsenheter	Regresjons-analyse av tverrsnittsdata	Klar sammenheng mellom bemanning og kvalitetsvurderinger (målt som indeks bestående av 14 faktorer); Jo flere sykepleiere, desto bedre kvalitet
Castle, N. G., & Engberg, J. 2008 USA	Å se mer detaljert på forholdet mellom sammensetningen av ansatte og ulike kvalitetsindikatorer ved sykehjem	6006 sykehjem	Regresjons-analyse av tverrsnittsdata	Signifikant sammenheng mellom sykepleierbemanning og bedre utfall for fem av seks undersøkte pasientutfall (bl.a. fysisk tvang, trykksår, og moderat til alvorlig smerte)
Castle, N. G., Engberg, J., & Men, A. 2007 USA	Studien undersøker sammenhengen mellom gjennomtrekk av arbeidskraft og kvalitetsindikatorer ved sykehjem	2840 sykehjem	Regresjons-analyse av tverrsnittsdata	Antall (fulltids) sykepleiere per 100 beboere henger signifikant sammen med kvalitet (målt som indeks bestående av 14 faktorer), men effekten er ganske svak etter kontroll for gjennomtrekk av arbeidskraft
Castle, N. G., Engberg, J., & Men, A. 2008 USA	Studien undersøker sammenhengen mellom bemanningsnivå og omsorgskvalitet ved sykehjem	2840 sykehjem	Regresjons-analyse av tverrsnittsdata	Antall (fulltids) sykepleiere per 100 beboere henger signifikant sammen med færre tilfeller av 12/14 utfall, bl.a. smerte, trykksår, fysisk tvang og forvirring.
Collier, E., & Harrington, C. 2008	Artikkelen gjennomgår tilgjengelig litteratur (inkl. rapporter) som ser på bemanning, gjennomtrekk av arbeidskraft, og omsorgskvalitet ved sykehjem	71 studier 2002—2007	Litteratur-studie	«Slike [metodiske] svakheter forhindrer oss i å trekke definitive konklusjoner om forholdet mellom strukturer, prosesser, og beboeromsorg» (side 167)
Dellefield, M. E., Castle, N. G., McGilton, K. S., & Spilsbury, K. 2015	Litteraturgjennomgangen fokuserer utelukkende på sammenhengen mellom sykepleierdekning og kvalitetsindikatorer ved sykehjem	67 studier 2008—2014	Litteratur-studie	«Flesteparten av de inkluderte studiene i denne gjennomgangen rapporterer konsekvent at høyere sykepleierdekning og høyere andel sykepleiere sammenlignet med andre helsearbeidere ('skill mix') er assosiert med bedre kvalitet på sykehjem» (side 103)
Fedecostante, M., Dell'Aquila, G., Eusebi, P., Volpato, S., Zuliani, G.,	Å undersøke hvilke faktorer som statistisk henger sammen med en nedgang i helsereelatert	31 sykehjem	Logistisk mixed effekt regresjons-analyse	Sykepleierdekning over medianen (målt som timer per pasientuke) henger sammen med lavere sannsynlighet for nedgang i helsereelatert

Abete, P., & Cherubini, A. 2016 Italia	livskvalitet blant eldre sykehjemsbeboere			livskvalitet blant pasientene
Gruneir, A., & Mor, V. 2008	Å gi en oversikt over barrierer for forbedring av omsorgskvalitet ved sykehjem, med fokus på trykksår og fall (to viktige kliniske områder)	Et ikke-oppgitt antall studier (96 referanser totalt)	Litteraturstudie	«Bemanningsproblemer er blant de mest fremtredende barrierer for omfattende kvalitetsforbedringer» (side 375)
Havig, A. K., Skogstad, A., Kjekshus, L. E., & Romøren, T. I. 2011 Norge	Denne studien undersøker effekten av bemanning (bl.a. andelen sykepleiere og ulisensiert personell) på tre ulike mål på omsorgskvalitet	40 sykehjemsenheter i 7 norske fylker (Finmark, Nord-Trøndelag, Hordaland, Hedmark, Oslo, Akershus, og Aust-Agder)	Flernivå-regresjonsanalyse	Andelen sykepleiere hadde ingen sammenheng med hvor godt pårørende oppfattet kvaliteten. Andelen ulisensiert personell hadde derimot en negativ effekt
Hermansen, Å., & Grødem, A. S. 2015 Norge	Å se på forholdet mellom endring i liggedøgn på sykehus og andelen sykepleierårsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i perioden 2010—2013	427 norske kommuner	Regresjonsanalyse på paneldata, med kontroll for 'faste effekter' på kommunenivå og tidstrender	Ingen effekt av økning i andelen sykepleierårsverk i pleie- og omsorgssektoren på redusert liggetid i sykehus for somatiske pasienter over 80 år
Horn, S. D., Hudak, S. L., Barrett, R. S., Cohen, L. W., Reed, D. A., & Zimmerman, S. 2016 USA	Studien ser på hvordan karakteristikk ved 'Green House' sykehjem henger sammen med fall og sykehusoverføring er blant beboerne, sammenlignet med andre sykehjem	37 sykehjem i 11 Amerikanske delstater	Logistisk regresjonsanalyse på paneldata (2—7 observasjoner per pasient)	Antall timer omsorg utførte av sykepleiere per pasientdag har ingen sammenheng med fall, men sykehjem med flere 'sykepleiertimer' har færre overføringer til sykehus
Hurtado, D. A., Berkman, L. F., Buxton, O. M., & Okechukwu, C. A. 2016 USA	Å undersøke om det er en sammenheng mellom omsorgskvalitet ved sykehjem og ansattes kontroll over arbeidstid, etter statistisk justering for andre bemanningskarakteristikk	30 sykehjem i New England	Lineær regresjonsanalyse, med robuste standardfeil	Ingen sammenheng mellom sykepleierdekning og tre pasientutfall: trykksår, vekttap, og hjelp til dagligdagse gjøremål
Huskamp, H. A., Stevenson, D. G., Grabowski, D. C., Brennan, T. A. 2016 USA	Studien identifiserer hvilke karakteristikk ved sykehjem og sykehjemsbeboere som henger sammen med lange opphold på sykehjem	Et stort regionalt hjem for kronisk syke i New England (13 479 plasser)	Logistisk regresjonsanalyse	Sykepleierbemanning påvirket ikke sannsynligheten for lange opphold (over 180 dager) på hospice. Men pasienter på sykehjem hadde økt sannsynlighet for lange opphold på sykehjem

E., & Keating, N. L. 2010 USA	sammen med svært lange/korte opphold på hospice	beboere 2001—2008)		med høyere sykepleierbemanning hadde større sannsynlighet for korte opphold (tre dager eller færre).
Hutt, E., Radcliff, T. A., Liebrecht, D., Fish, R., McNulty, M., & Kramer, A. M. 2008 USA	Denne studien undersøker forholdet mellom sykepleier/pasient ratioen, gjennomtrekk av arbeidskraft, og korrekt behandling av lungebetennelse	16 sykehjem i Denver, Kansas og Missouri	Logistisk regresjons-analyse	Høyere sykepleierdekning er fordelaktig med hensyn til behandling av lungebetennelse. Det er imidlertid heftet en del usikkerhet rundt resultatene, og man bør ikke legge for mye vekt på dette empiriske funnet
Hyer, K., Thomas, K. S., Branch, L. G., Harman, J. S., Johnson, C. E., & Weech-Maldonado, R. 2011 USA	Undersøker sammenhengen mellom økning i sertifiserte hjelpepleiere, lisensierte sykepleiere og mangler ved sykehjem i Florida over en fireårsperiode	663 sykehjem i Florida	Negativ binomial regresjons-analyse på paneldata	Ingen signifikant positiv effekt av antall timer omsorg utførte av sykepleiere per pasientdag for to ulike mål på omsorgskvalitet ('Quality of care deficiency score' og 'Total deficiency score')
Kim, H., Harrington, C., & Greene, W. H. 2009 USA	Å undersøke sammenhengen mellom sykepleierbemanning og kvalitet ved sykehjem (målt som brudd på regelverk)	201 sykehjem som møtte, og 210 som ikke møtte, bemanningsstandarden i California 1999—2003	Poisson regresjons-analyse på paneldata	En høy andel sykepleierbemanning hadde en positiv sammenheng med kvalitet i sykehjem, men effekten ble påvirket av den totale bemanningen
Kirkevold, Ø., & Engedal, K. 2008 Norge	Å undersøke hvilke variabler som har en sammenheng med lav omsorgskvalitet ved sykehjem	251 sykehjemsmenheter i år 2000	Flernivå-regresjons-analyse	Signifikant sammenheng mellom høyere bemanning og færre kvalitetsmangler, men det er tilsynelatende ingen sammenheng mellom andel ufaglært arbeidskraft og kvalitetsmangler
Kjøs, B. Ø., & Havig, A. K. 2016 Norge	Studien undersøker i hvilken grad fysiske og sosiale aktiviteter har øket de seneste årene, og hvilken rolle karakteristikk ved sykehjemmene spiller	22 sykehjem i 7 norske fylker (Finnmark, Nord-Trøndelag, Hordaland, Hedmark, Oslo, Akershus, og Aust-Agder)	Flernivå-regresjons-analyse	Negativ sammenheng mellom sykepleierdekning og mengden sosiale aktiviteter som tilbys. Forfatterne tolker dette som at sykepleiere har en mer medisinsk forståelse av hva det vil si å tilby kvalitetsomsorg
Konetzka, R. T., Stearns, S. C., & Park, J. 2008 USA	Å vurdere om endring i sykepleierbemanning fører til endring in utfall hos beboere i sykehjem	Alle frittstående sykehjem i Ohio, Kansas, Maine, Mississippi, og South Dakota (399 206 pasientobservasjoner)	Fast effekt logistisk regresjon og instrumentalt variabel metode på paneldata	Høyere antall timer sykepleieromsorg per pasientdag minsker sannsynligheten for trykksår og reduserer forekomsten av urinveisinfeksjon

Leland, N. E., Gozalo, P., Teno, J., & Mor, V. 2012 USA	Studien undersøker sammenhengen mellom organisatoriske trekk ved sykehjem, og fall blant nye beboere	15 350 sykehjem	Flernivå logistisk regresjons-analyse	Ingen sammenheng mellom fall blant nye pasienter og antall timer sykepleieromsorg per pasientdag
Lerner, N. B., Johantgen, M., Trinkoff, A. M., Storr, C. L., & Han, K. 2014 USA	Å undersøke sammenhengen mellom gjennomtrekk av arbeidskraft (sykepleiere og helsefagarbeidere) og antall mangler ved sykehjem	1151 sykehjemsenheter	Logistisk regresjons-analyse	Ingen signifikant sammenheng med de fire utfallene for hverken timer per pasientdag omsorg utført av sykepleiere, eller for høyere andel sykepleiere
Majerovitz, S. D., Mollott, R. J., & Rudder, C. 2009 USA	Studien undersøker kilder til kommunikasjonssvikt og konflikt mellom familie/pårørende og ansatte på sykehjem	26 (intervjuer) og 6 (fokusgrupper/spørreskjemaundersøkelse) sykehjem i New York City	Kvalitative intervjuer, fokusgrupper, og spørreskjemaundersøkelse	Tilstrekkelig bemanning blir løftet frem som en nøkkelfaktor når det gjelder kommunikasjon mellom ansatte og pårørende på sykehjem
Malmedal, W., Hammervold, R., & Saveman, B. I. 2014 Norge	Å utforske faktorer som virker inn på ansattes sannsynlighet for å utføre utilstrekkelig omsorgsarbeid, f.eks. forsømmelse og mishandling	16 sykehjem i Sør Trøndelag	Logistisk regresjons-analyse	Ingen sammenheng mellom utilstrekkelig omsorg (emosjonell, forsømmelse, fysisk) og personalitet eller utdanningsnivå. Emosjonelle former for utilstrekkelig omsorg (f.eks. å latterliggjøre en pasient) var signifikant høyere ved sykehjem med flere ansatte med høyere utdanningsnivå
Mann, E., Haastert, B., Böhmdorfer, B., Frühwald, T., Iglseider, B., Roller- Wirnsberger, R., & Meyer, G. 2013 Østerrike	Studien fokuserer på sammenhengen mellom uhensiktsmessig foreskriving av medikamenter og karakteristikk ved sykehjemsenheter og –beboere	48 sykehjem	Logistisk regresjons-analyse	Ingen sammenheng mellom ansatt—beboer ratioen og uhensiktsmessig foreskriving av medikamenter
Moore & Haralamous 2007 Australia	Å sammenligne perspektivene til ansatte og pårørende om barrierer for bruk av fysisk, kjemisk og miljømessig tvang på omsorgssenter for eldre	Tre omsorgssenter i Melbourne	18 intervjuer med ansatte, og tre fokusgrupper (med totalt 12 beboere og 17 pårørende)	Tilstrekkelig antall ansatte reduserer tilsynelatende bruk av fysisk tvang, men studien finner samtidig at en sykehjemsenhet hadde ganske moderat bruk av fysisk tvang på tross av lav bemanning
Sandoval Garrido, F. A., Tamiya, N., Kashiwagi, M.,	Studien ser på hvilke strukturelle karakteristikk ved helsestasjoner for	107 sykehjem	Logistisk regresjons-analyse	Flere sykepleiere per 100 pasienter hadde sammenheng med

Miyata, S., Okochi, J., Moriyama, Y., ... & Takamuku, K.	eldre som har en sammenheng med fall, trykksår og dehydrering			høyere sannsynlighet for trykksår
2014 Japan				
Shin, J. H.	Å undersøke sammenhengen mellom sykepleierbemanning og livskvalitet ved sykehjem	25 sykehjem i Iowa	Lineær regresjons-analyse	Få tegn til at høyere andel sykepleiere er relatert til bedre livskvalitet. Av 12 utfall totalt er det bare en signifikant positiv sammenheng: flere sykepleiere henger sammen med bedre funksjonell kompetanse. Det er samtidig negative sammenhenger for både autonomi og åndelig tilfredshet. Når det gjelder antall timer omsorg utførte av sykepleiere per pasientdag, så er det ingen signifikante sammenhenger for fulltidsarbeid, men to signifikant positive sammenhenger (komfort og fornøyelse) for deltidsarbeid. For sykepleiertimer totalt er det to negative sammenhenger (meningsfull aktivitet og relasjoner)
2013 USA				
Shin, J. H., & Bae, S. H.	Å gå gjennom all litteratur som ser på sammenhengen mellom bemanning og omsorgskvalitet ('quality of care') i sykehjem	28 studier 1996—2011	Litteraturstudie	«Studiene rapporterer om sprikende resultater for sammenhengen mellom sykepleierbemanning og pasientutfall. Mer forskning trengs [...]» (side 52)
2012				
Shin, J. H., & Hyun, T. K.	Å undersøke forholdet mellom sykepleierbemanning og omsorgskvalitet ved sykehjem i Sør-Korea	19 sykehjem	Flernivå lineær regresjons-analyse	Finner en signifikant sammenheng med andel omsorg gitt av sykepleiere for 3 av 15 utfallsmål: fall, bevegelighet, og sondeernæring. Sammenhengen er nært signifikant for to andre utfall: antidepressjon/søvnmedisin og kognitiv reduksjon
2015 Sør-Korea				
Shin, J. H., Park, T., & Huh, I. S.	Studien undersøker sammenhengen mellom sykepleierbemanning og 12 ulike mål på livskvalitet (f.eks. verdighet, sikkerhet og meningsfulle aktiviteter) ved sykehjem	8 sykehjem i den vestlige delen av delstaten New York	Lineær mixed effekt regresjons-analyse	Timer per pasientdag omsorg utført av sykepleiere hadde ingen signifikant sammenheng med noen av de 12 utfallene, mens en høyere andel sykepleiere hang sammen med signifikant dårligere skår på tre av utfallene.
2014 USA				

Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., & Bowman, C. 2011	Å gå gjennom bevisbyrden for sammenhengen mellom sykepleiebemannning ved sykehjem og hvordan dette påvirker omsorgskvaliteten for beboerne, samt utforske metodologiske lærdommer	50 studier 1980—2010	Litteraturstudie	«Den eksisterende bevisbyrden tillater ingen klar konklusjon hva gjelder forholdet mellom sykepleierbemannning og kvaliteten på omsorg for pasienter ved sykehjem» (side 746)
Stearns, S. C., Park, J., Zimmerman, S., Gruber-Baldini, A. L., Konrad, T. R., & Sloane, P. D. 2007 USA	Denne studien analyserer sammenhengen mellom sykepleierbemannning og fire pasientutfall (dødelighet, sykehusinnleggelse, sykdomsbyrde, og overføring til sykehjem) ved omsorgsboliger	170 omsorgsboliger i Florida, Maryland, New Jersey og North Carolina	Cox og Poisson regresjonsanalyse	Høyere andel sertifisert ansatte hang sammen med lavere risiko for sykehusinnleggelser. Det var imidlertid ingen slik sammenheng for hverken dødelighet, overføring til sykehjem, eller sykdomsbyrde
Trinkoff, A. M., Han, K., Storr, C. L., Lerner, N., Johantgen, M., & Gartrell, K. 2013 USA	Å undersøke sammenhengen mellom gjennomtrekk av arbeidskraft og seks mål på omsorgskvalitet ved sykehjem, kontrollert for sykepleierbemanning	1174 sykehjem	Logistisk regresjonsanalyse	Svak tendens til at høyere andel sykepleiere hang sammen med flere urinveisinfeksjoner, men det var ingen signifikante sammenhenger for de andre fem utfallene. For timer per pasientdag omsorg utført av sykepleiere var det også en signifikant sammenheng: til flere timer sykepleieromsorg, til mindre bruk av kateter
Uchida-Nakakoji, M., Stone, P. W., Schmitt, S. K., & Phibbs, C. S. 2015 USA	Studien undersøker effekten av karakteristikk ved personellet på sannsynligheten for infeksjoner blant beboere i sykehjem for militære veteraner ('Veterans Affairs Community Living Centers')	84 sykehjem for militære veteraner	Regresjonsanalyse på paneldata, med kontroll for 'faste effekter' på sykehjemsenhetsnivå	Ingen sammenheng mellom prosentandel sykepleiere og sannsynligheten for infeksjonssykdommer
Xing, J., Mukamel, D. B., & Temkin-Greener, H. 2013 USA	Å undersøke sammenhengen mellom potensielt unngåelige sykehusopphold blant eldre sykehjemsbeboere og karakteristikk ved sykehjemmene de bor på	Langtidspasienter ved sykehjem som døde i 2007 (N=340 212)	Poisson regresjonsanalyse	Sykehjemsenheter med større andel sykepleiere hadde færre potensielt unngåelige sykehusopphold

Vedlegg 2

Intervjuguide

- Pårørende til sykehjemsbeboere – eksempler på spørsmål

Takk for at du takket ja til å delta i dette intervjuet. Jeg ønsker som sagt å høre om hvordan du tenker rundt kompetansebehovet i sykehjem når det gjelder temaer som pasientsikkerhet, kvalitet i tjenestene og livskvalitet mer generelt, det vil si trygghet, omsorg og behandling. Særlig er jeg interessert i å utforske dine erfaringer knyttet til sykepleierdekning.

Studien er et samarbeid mellom NOVA og Nordlandsforskning på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund.

Intervjuet tar om lag en time.

Er det i orden at jeg tar opp intervjuet?

Først noen spørsmål om deg

1. Hvilken relasjon har du til den du er pårørende til?
2. Hvor ofte treffes dere?
3. Hva er din alder?
4. Kjønn?
5. Omtrent hvor mange innbyggere er det i kommunen der den du er pårørende til bor?
6. Hvilket fylke bor den du er pårørende til?
7. Sykehjemmet er
 - a. Kommunalt drevet
 - b. Privat ideelt drevet
 - c. Privat kommersielt drevet
 - d. Vet ikke

Kvalitet på tjenestene

8. Hvordan vil du si at den du er pårørende til blir ivaretatt på sykehjemmet?

Jeg tenker da særlig på forhold knyttet til:

- a. mat og drikke
- b. personlig hygiene
- c. oppfølging av sykdomstilstand
- d. ivaretagelse ved forverring av sykdomstilstand
- e. riktige medisiner til riktig tid
- f. smertelindring
- g. ivaretagelse når det gjelder psykiske plager og problemer
- h. individuelt tilpasset fysisk aktivitet
- i. tilpassede sosiale aktiviteter

- j. trivsel
- k. påvirkning av hverdagen
- l. påvirkning på hva han/hun får bistand til
- m. få/får god behandling og omsorg i livets slutfase

9. Inkludering av deg som pårørende: Hvordan opplever du å
- a. bli tatt med på råd når pleie og behandling planlegges?
 - b. få tilstrekkelig informasjon om oppfølging av den du er pårørende til?

Om trygghet i tjenestene

10. I løpet av de siste 6 månedene, har den du er pårørende til opplevd uheldige hendelser? Jeg tenker da særlig på:
- a. fall
 - b. infeksjoner
 - c. feilmedisinering
 - d. betydelig vekttap
 - e. trykksår
 - f. økt forvirring
11. Hvis den du er pårørende til har opplevd en eller flere uheldige hendelser, hvordan vil du si at oppfølgingen i etterkant av den eller de uheldige hendelsene?

Om kompetanse og bemanning

12. Har den du er pårørende til en fast kontaktperson å forholde seg til?
13. Hvis den du er pårørende til har en fast kontaktperson, kjenner du den helsefaglige bakgrunnen til vedkommende?
14. I løpet av de siste 2 månedene, har du opplevd manglende bemanning på sykehjemmet?
- a. Sykepleiere
 - b. Helsefagarbeider
 - c. Assistent/ufaglært
 - d. Hvis du har opplevd manglende bemanning var det hovedsakelig:
dag/kveld/natt/helg/ferie/
15. Hvordan opplever du mulighetene for å gi tilbakemelding på forhold du er fornøyd eller misfornøyd med på sykehjemmet?
16. Hvis du har gitt tilbakemelding, hvordan opplever du at dette blir fulgt opp?

17. Hvordan vil du si at den faglige oppfølgingen av den du er pårørende til i sykehjemmet er ivaretatt?
18. Hva mener du skal til for at den faglige oppfølgingen av den du er pårørende til skal bli bedre? Kan det ev. dreie seg om:
- a. Fast sykepleier å forholde seg til
 - b. Bedre bemanning
 - c. Flere sykepleiere på jobb
 - d. Flere helsefagarbeidere/hjelpepleiere på jobb
 - e. Lettere å få kontakt med leder
 - f. Personalet har bedre norskkunnskaper
19. Er det andre spørsmål eller temaer du vil at vi skal snakke om?

Vedlegg 3

Spørreundersøkelsen til brukere



Undersøkelse om hvordan du blir ivaretatt av hjemmesykepleien

Vi er interessert i å få kunnskap om trygghet, behandling og pleie i tjenestene, og undersøker særlig dette i lys av sykepleiermangel. Vi er også interessert i å undersøke hvordan du blir tatt med på råd.

Undersøkelsen har 19 spørsmål. Det tar om lag 10 minutter å svare på spørsmålene.

Det er frivillig å delta. Undersøkelsen er anonymisert slik at ingen får vite hva akkurat du har svart.

Undersøkelsen er meldt til Norsk senter for forskningsdata.
Norsk Sykepleierforbund finansierer undersøkelsen.

Vi som gjennomfører denne undersøkelsen jobber på NOVA og Nordlandsforskning. Spør oss gjerne hvis du lurer på noe. Respons Analyse bistår med å tilrettelegge dataene som kommer inn. Vedlagt svarkonvolutt blir derfor sendt direkte til dem.

Elisabeth Ugreninov – E-post: elisabeth.ugreninov@nova.hioa.no, mobil: 97 71 55 56
Janikke Solstad Vedeler – E-post: jve@nforsk.no, mobil: 97 79 73 23

Vi håper at du kan ta deg tid til å besvare skjemaet på de neste sidene. Der hvor du skal krysse av for svar, setter du krysset inne i boksen. Hvis du krysser feil, skraver ut hele ruten, og sett kryss i den nye ruten. Når du har fylt ut hele skjemaet, legger du besvarelsen i den vedlagte svarkonvolutten og sender det i posten. Porto for svarsendingen er betalt av oss.

Skjemanummer:

--	--	--	--

1.	Hvor ofte mottar du hjemmesykepleie?		
1	<input type="checkbox"/>	Daglig	
2	<input type="checkbox"/>	Ukentlig	
3	<input type="checkbox"/>	Annet, spesifiser.....	

2.	Nedenfor kommer noen påstander om mulige tjenester du mottar						
Sett ett kryss pr. linje Hvor enig eller uenig er du i at...		Helt enig	Nokså enig	Verken enig eller uenig	Nokså uenig	Svært uenig	Ikke relevant
a	Du får god hjelp med personlig hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Du får god oppfølging av din sykdomstilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Du får riktige medisiner til riktig tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Du får god nok smertelindring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Du blir godt ivaretatt når det gjelder psykiske plager og problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Du får god behandling og omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.	Nedenfor kommer noen påstander om tilrettelegging og medbestemmelse						
Sett ett kryss pr. linje Hvor enig eller uenig er du i at...		Helt enig	Nokså enig	Verken enig eller uenig	Nokså uenig	Svært uenig	Ikke relevant
1	Du trives godt med den hjemmesykepleien du får	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Du kan påvirke din egen hverdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Du kan påvirke hva du får bistand eller hjelp til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Du blir tatt med på råd når pleie og behandling planlegges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.	I løpet av de siste 6 månedene, har du opplevd uheldige hendelser som...			
Ett kryss pr linje:		Ja	Nei	Vet ikke
1	Fall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Infeksjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Feilmedisinering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Betydelig vekttap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Trykksår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Annet, spesifiser			

5.	Hvis du har opplevd en eller flere uheldige hendelser, hvordan vurderer du oppfølgingen i etterkant?					
	Svært god	Nokså god	Verken god eller dårlig	Nokså dårlig	Svært dårlig	Ikke relevant
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.	Har du en fast kontaktperson å forholde deg til?	
1	<input type="checkbox"/>	Ja
2	<input type="checkbox"/>	Nei
3	<input type="checkbox"/>	Vet ikke

7.	Hvis du har en fast kontaktperson, kjenner du den helsefaglige bakgrunnen til vedkommende?	
1	<input type="checkbox"/>	Nei
2	<input type="checkbox"/>	Ja, en sykepleier
3	<input type="checkbox"/>	Ja, en helsefagarbeider/hjelpepleier
4	<input type="checkbox"/>	Ja, ufaglært
5	<input type="checkbox"/>	Ja, annet, spesifiser.....

8.	Har du i løpet av de siste 2 månedene opplevd manglende bemanning i hjemmesykepleien?	
1	<input type="checkbox"/>	Ofte
2	<input type="checkbox"/>	Av og til
3	<input type="checkbox"/>	Sjelden
4	<input type="checkbox"/>	Aldri
5	<input type="checkbox"/>	Ikke relevant

9.	Hvis du har opplevd manglende bemanning? I tilfelle, var det på ... <i>Du kan her krysse av for flere</i>	
1	<input type="checkbox"/>	Dag
2	<input type="checkbox"/>	Kveld
3	<input type="checkbox"/>	Natt
4	<input type="checkbox"/>	Helg
5	<input type="checkbox"/>	Ferie
6	<input type="checkbox"/>	Nei, har ikke opplevd

10.	Hvis du har opplevd manglende bemanning:					
		Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Vet ikke
1	Har dette vært mangel av sykepleiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Har dette vært mangel av helsefagarbeidere/hjelpepleiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har dette vært mangel av ufaglærte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.	Hvordan opplever du mulighetene for å gi tilbakemelding på forhold du er fornøyd eller misfornøyd med?	
1	<input type="checkbox"/>	Svært god
2	<input type="checkbox"/>	Nokså god
3	<input type="checkbox"/>	Verken god eller dårlig
4	<input type="checkbox"/>	Nokså dårlig
5	<input type="checkbox"/>	Svært dårlig
6	<input type="checkbox"/>	Vet ikke

12.	Hvis du har gitt tilbakemelding, hvordan opplever du at dette blir fulgt opp?	
1	<input type="checkbox"/>	Svært godt
2	<input type="checkbox"/>	Nokså godt
3	<input type="checkbox"/>	Verken god eller dårlig
4	<input type="checkbox"/>	Nokså dårlig
5	<input type="checkbox"/>	Svært dårlig
6	<input type="checkbox"/>	Vet ikke
7	<input type="checkbox"/>	Har ikke gitt tilbakemelding

13.	Hvordan vil du si at den faglige oppfølgingen i hjemmesykepleien er ivaretatt?	
1	<input type="checkbox"/>	Svært godt
2	<input type="checkbox"/>	Nokså godt
3	<input type="checkbox"/>	Verken godt eller dårlig
4	<input type="checkbox"/>	Nokså dårlig
5	<input type="checkbox"/>	Svært dårlig
6	<input type="checkbox"/>	Vet ikke

14.	Hva mener du skal til for at den faglige oppfølgingen skal bli bedre? <i>Du kan her krysse av for flere</i>	
1	<input type="checkbox"/>	Fast sykepleier å forholde meg til
2	<input type="checkbox"/>	Bedre bemanning
3	<input type="checkbox"/>	Flere sykepleiere på jobb
4	<input type="checkbox"/>	Flere helsefagarbeidere/hjelpepleiere på jobb
5	<input type="checkbox"/>	Lettere å få kontakt med leder
6	<input type="checkbox"/>	Hvis du har utfyllende kommentarer, skriv dem gjerne inn her

15.	Hva er din alder?
-----	-------------------------

16.	Er du...	
1	<input type="checkbox"/>	Mann
2	<input type="checkbox"/>	Kvinne

17.	Omtrent hvor mange innbyggere er det i kommunen der du bor? <i>Hvis du er usikker svarer du det du tror.</i>	
1	<input type="checkbox"/>	Under 3000 innbyggere
2	<input type="checkbox"/>	3001- 10 000 innbyggere
3	<input type="checkbox"/>	10 001- 20 000 innbyggere
4	<input type="checkbox"/>	20 001- 50 000 innbyggere
5	<input type="checkbox"/>	50 000 innbyggere eller flere

18.	Hvilket fylke bor du i?	
-----	----------------------------------	--

19.	Hjemmesykepleien jeg får hjelp fra er...	
1	<input type="checkbox"/>	Kommunalt drevet
2	<input type="checkbox"/>	Privat drevet av ideell organisasjon eller stiftelse
3	<input type="checkbox"/>	Privat kommersielt drevet
4	<input type="checkbox"/>	Vet ikke

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare! Vennligst legg besvarelsen i vedlagt svarkonvolutt og send den i posten.

Vedlegg 4

Spørreundersøkelsen til pårørende



Sykehjem og hjemmesykepleie sett fra pasienter og pårørende

Dette er en undersøkelse om hvordan pasienter og pårørende opplever å bli ivaretatt på sykehjem og i hjemmesykepleie.

Vi er interessert i å få kunnskap om trygghet, behandling og pleie i tjenestene, og undersøker særlig dette i lys av sykepleiermangel. Vi er også interessert i å undersøke hvordan du som pårørende blir tatt med på råd.

Undersøkelsen har 23 spørsmål. Det tar om lag 10 minutter å svare på spørsmålene.

Det er frivillig å delta. Undersøkelsen er anonymisert, slik at ingen får vite hva akkurat du har svart.

Undersøkelsen er meldt til Norsk senter for forskningsdata.
Norsk Sykepleierforbund finansierer undersøkelsen.

Vi som gjennomfører denne undersøkelsen jobber på NOVA og Nordlandsforskning. Respons Analyse bistår med å tilrettelegge dataene som kommer inn. Vedlagt svarkonvolutt blir derfor sendt direkte til dem. Spør oss gjerne hvis du lurer på noe.

Elisabeth Ugreninov – E-post: elisabeth.ugreninov@nova.hioa.no, mobil: 97 71 55 56
Janikke Solstad Vedeler – E-post: jve@nforsk.no, mobil: 97 79 73 23

Vi håper at du kan ta deg tid til å besvare skjemaet på de neste sidene. Der hvor du skal krysse av for svar, setter du krysset inne i boksen. Hvis du krysser feil, skraver ut hele ruten, og sett kryss i den nye ruten. Når du har fylt ut hele skjemaet, legger du besvarelsen i den vedlagte svarkonvolutten og sender det i posten. Porto for svarsendingen er betalt av oss.

Skjemanummer:

--	--	--	--

1.	Er du pårørende til en som mottar hjemmesykepleie eller bor på sykehjem?	
1	<input type="checkbox"/>	Ja, til en som bor på sykehjem
2	<input type="checkbox"/>	Ja, til en som mottar hjemmesykepleie daglig
3	<input type="checkbox"/>	Ja, til en som mottar hjemmesykepleie ukentlig
4	<input type="checkbox"/>	Annet, spesifiser.....

2.	Nedenfor kommer noen påstander om mulige tjenester den du er pårørende til mottar.						
Sett ett kryss pr. linje Hvor enig eller uenig er du i at den du er pårørende til:		Helt enig	Nokså enig	Verken enig eller uenig	Nokså uenig	Svært uenig	Ikke relevant
a	Får tilstrekkelig med mat og drikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Gis god hjelp med personlig hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Får god oppfølging av sin sykdomstilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Ivaretas godt ved forverring av sin sykdomstilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Får riktige medisiner til riktig tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Får god nok smertelindring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Blir godt ivaretatt når det gjelder psykiske plager og problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Vil få god behandling og omsorg ved livets sluttfase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.	Nedenfor kommer noen påstander om tilrettelegging og medbestemmelse						
Sett ett kryss pr. linje Hvor enig eller uenig er du i at den du er pårørende til:		Helt enig	Nokså enig	Verken enig eller uenig	Nokså uenig	Svært uenig	Ikke relevant
1	Tilbys tilpasset fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tilbys tilpasset sosiale aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Trives godt på sykehjemmet eller med den hjemmesykepleien han/hun får	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Kan påvirke sin egen hverdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Kan påvirke hva han/hun får bistand til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.	Under finner du 2 spørsmål om inkludering av deg som pårørende:					
Sett ett kryss pr. linje		I stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt	Ikke relevant
1	I hvilken grad blir du tatt med på råd når pleie og behandling planlegges?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	I hvilken grad får du informasjon om oppfølging av den du er pårørende til?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.	I løpet av de siste 6 månedene, har den du er pårørende til opplevd uheldige hendelser som:			
Ett kryss per linje:		Ja	Nei	Vet ikke
1	Fall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Infeksjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Feilmedisinering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Betydelig vekttap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Trykksår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Økt forvirring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Annet, spesifiser			

6.	Hvis den du er pårørende til har opplevd en eller flere uheldige hendelser, hvordan vurderer du oppfølgingen i etterkant av den eller de uheldige hendelsene?					
	Svært god	Nokså god	Verken god eller dårlig	Nokså dårlig	Svært dårlig	Ikke relevant
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.	Har den du er pårørende til en fast kontaktperson å forholde seg til?	
1	<input type="checkbox"/>	Ja
2	<input type="checkbox"/>	Nei
3	<input type="checkbox"/>	Vet ikke

8.	Hvis den du er pårørende til har en fast kontaktperson, kjenner du til den helsefaglige bakgrunnen til vedkommende?	
1	<input type="checkbox"/>	Nei
2	<input type="checkbox"/>	Ja, en sykepleier
3	<input type="checkbox"/>	Ja, en helsefagarbeider/hjelpepleier
4	<input type="checkbox"/>	Ja, ufaglært
5	<input type="checkbox"/>	Ja, annet, spesifiser.....

9.	Har du i løpet av de siste 2 månedene opplevd manglende bemanning på sykehjemmet/hjemmesykepleien?	
1	<input type="checkbox"/>	Ofte
2	<input type="checkbox"/>	Av og til
3	<input type="checkbox"/>	Sjelden
4	<input type="checkbox"/>	Aldri
5	<input type="checkbox"/>	Ikke relevant

10.		Hvis du har opplevd manglende bemanning? I tilfelle, var det på ... <i>Du kan her krysse av for flere</i>
1	<input type="checkbox"/>	Dag
2	<input type="checkbox"/>	Kveld
3	<input type="checkbox"/>	Natt
4	<input type="checkbox"/>	Helg
5	<input type="checkbox"/>	Ferie
6	<input type="checkbox"/>	Nei, har ikke opplevd

11.		Hvis du har opplevd manglende bemanning:				
		Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Vet ikke
1	Har dette vært mangel av sykepleiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Har dette vært mangel av helsefagarbeidere/hjelpepleiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har dette vært mangel av ufaglærte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.		Hvordan opplever du mulighetene for å gi tilbakemelding på forhold du er fornøyd eller misfornøyd med på sykehjemmet/hjemmesykepleien?
1	<input type="checkbox"/>	Svært god
2	<input type="checkbox"/>	Nokså god
3	<input type="checkbox"/>	Verken god eller dårlig
4	<input type="checkbox"/>	Nokså dårlig
5	<input type="checkbox"/>	Svært dårlig
6	<input type="checkbox"/>	Vet ikke

13.		Hvis du har gitt tilbakemelding, hvordan opplever du at dette blir fulgt opp?
1	<input type="checkbox"/>	Svært godt
2	<input type="checkbox"/>	Nokså godt
3	<input type="checkbox"/>	Verken god eller dårlig
4	<input type="checkbox"/>	Nokså dårlig
5	<input type="checkbox"/>	Svært dårlig
6	<input type="checkbox"/>	Vet ikke
7	<input type="checkbox"/>	Har ikke gitt tilbakemelding

14.	Hvordan vil du si at den faglige oppfølgingen av den du er pårørende til på sykehjemmet/hjemmesykepleien er ivaretatt?	
1	<input type="checkbox"/>	Svært godt
2	<input type="checkbox"/>	Nokså godt
3	<input type="checkbox"/>	Verken godt eller dårlig
4	<input type="checkbox"/>	Nokså dårlig
5	<input type="checkbox"/>	Svært dårlig
6	<input type="checkbox"/>	Vet ikke

15.	Hva mener du skal til for at den faglige oppfølgingen av den du er pårørende til skal bli bedre? <i>Du kan her krysse av for flere</i>	
1	<input type="checkbox"/>	Fast sykepleier å forholde seg til
2	<input type="checkbox"/>	Bedre bemanning
3	<input type="checkbox"/>	Flere sykepleiere på jobb
4	<input type="checkbox"/>	Flere helsefagarbeidere/hjelpepleiere på jobb
5	<input type="checkbox"/>	Lettere å få kontakt med leder
6	<input type="checkbox"/>	Hvis du har utfyllende kommentarer, skriv dem gjerne inn her

16.	Hvilken relasjon har du til den du er pårørende til?	
1	<input type="checkbox"/>	Ektefelle
2	<input type="checkbox"/>	Barn/svigerbarn
3	<input type="checkbox"/>	Annen familiemedlem
4	<input type="checkbox"/>	Annet, spesifiser:

17.	Bor du sammen med den du er pårørende til?	
1	<input type="checkbox"/>	Ja==> Hopp til spørsmål 19
2	<input type="checkbox"/>	Nei

18.	Hvis ikke, hvor ofte treffes dere?	
1	<input type="checkbox"/>	Daglig
2	<input type="checkbox"/>	Ukentlig
3	<input type="checkbox"/>	Månedlig
4	<input type="checkbox"/>	Sjeldnere

19.	Hva er din alder?
-----	-------------------------

20.	Er du...	
1	<input type="checkbox"/>	Mann
2	<input type="checkbox"/>	Kvinne

21.	Omtrent hvor mange innbyggere er det i kommunen der den du er pårørende til bor? <i>Hvis du er usikker svarer du det du tror.</i>	
1	<input type="checkbox"/>	Under 3000 innbyggere
2	<input type="checkbox"/>	3001- 10 000 innbyggere
3	<input type="checkbox"/>	10 001- 20 000 innbyggere
4	<input type="checkbox"/>	20 001- 50 000 innbyggere
5	<input type="checkbox"/>	50 000 innbyggere eller flere

22.	Hvilket fylke bor den du er pårørende til?
-----	---

23.	Sykehjemmet/hjemmesykepleien til den du er pårørende til er...	
1	<input type="checkbox"/>	Kommunalt drevet
2	<input type="checkbox"/>	Privat drevet av ideell organisasjon eller stiftelse
3	<input type="checkbox"/>	Privat kommersielt drevet
4	<input type="checkbox"/>	Vet ikke

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare! Vennligst legg besvarelsen i vedlagt svarkonvolutt og send den i posten.