

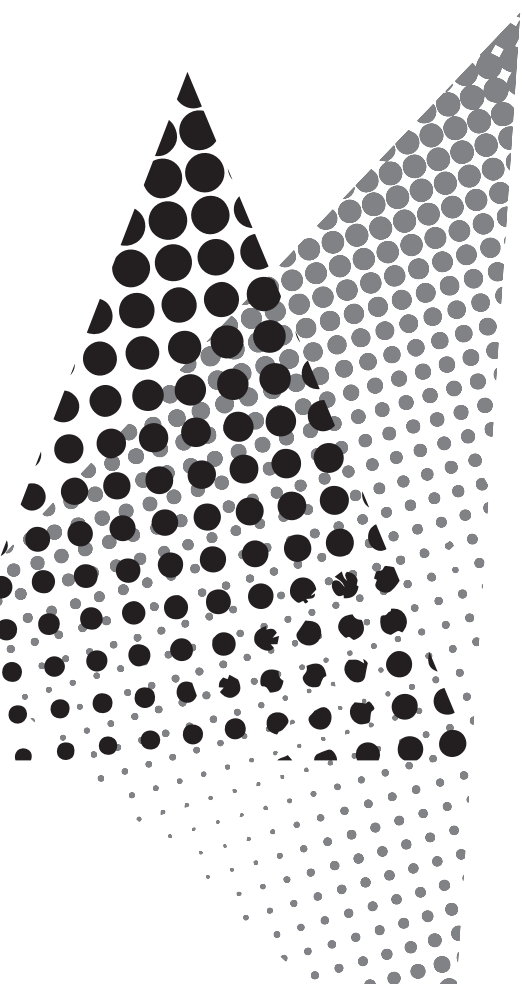
Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem



Rose Mari Olsen, Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik,
Terje Emil Fredwall, Oddvar Førland, Jill-Marit Moholt



Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem



Rose Mari Olsen, Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik,
Terje Emil Fredwall, Oddvar Førland, Jill-Marit Moholt

Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem

Senter for omsorgsforskning

2023



Senter for
omsorgsforskning



Høgskulen
på Vestlandet



NTNU



UiT Norges
arktiske universitet



NORD
universitet



Universitetet
i Sørøst-Norge



UiA Universitetet
i Agder

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: Gary Kramer

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 01/2023

Tittel: Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem

Forfattere: Rose Mari Olsen, Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik,
Terje Emil Fredwall, Oddvar Førland, Jill-Marit Moholt

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-131-8

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-132-5

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:

www.omsorgsforskning.no/rapportserie



FORORD

Dette er en rapport om ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i norske sykehjem. Den er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet, og den er gjennomført av en forskergruppe ved de fem sentrene for omsorgsforskning.

Senter for omsorgsforskning, midt, ved professor Rose Mari Olsen, har ledet prosjektarbeidet, som har pågått i perioden september 2021 til desember 2022. Foruten henne har forskergruppen bestått av førsteamanuensis Nina Beate Andfossen (SOF øst), førsteamanuensis Siri Andreassen Devik (SOF midt), professor Terje Emil Fredwall (SOF sør), professor Oddvar Førland (SOF vest) og førsteamanuensis Jill-Marit Moholt (SOF nord).

Gjennom hele denne perioden har vi opplevd en tett, interessert og konstruktiv kontakt med Helsedirektoratet. Vi vil her rette en særlig takk til Heidi Kapstad, Sigrun Kongsrud, Ingrid Mydland og Christin Marsh Ormhaug for deres innspill.

Vi vil videre takke forsker Rebecka Maria Norman ved Folkehelseinstituttet for godt samarbeid om bruken av The Basel Extent of Rationing of Nursing Care for Nursing Homes instrument (BERNCA-NH) i prosjektets innledende fase. Og vi vil takke førstelektor Per Gunnar Disch (SOF sør) og Ph.d.-stipendiat Silje Tollefsen (SOF vest) for hjelp og deltakelse under flere av intervjuene.

Den største takken går til alle som bidro i tilretteleggingen av datainnsamlingen, som svarte på spørreundersøkelsen vi sendte ut i 2021, eller som delte erfaringer og refleksjoner i intervjuene vi gjennomførte våren og sommeren 2022. Det er vårt håp at rapporten også kan bli lest av og komme til nytte for dere som jobber i kommuneledelse og sykehjem.

Senter for omsorgsforskning, februar 2023

Rose Mari Olsen (prosjektleder), Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik, Terje Emil Fredwall, Oddvar Førland og Jill-Marit Moholt



SAMMENDRAG

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet og omhandler ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i norske sykehjem. Rapporten er basert på et forskningsprosjekt som er gjennomført av Senter for omsorgsforskning (SOF) i perioden september 2021 til desember 2022.

BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLINGER

Tidligere forskning viser at ufullstendig helse- og omsorgshjelp er vanlig i helse- og omsorgstjenestene i kommuner. Misforhold mellom bemanning og hjelpebehov/pleietyngde, samt kompetanseutfordringer i tjenestene, kan være medvirkende årsaker til at helse- og omsorgshjelpen blir ufullstendig. Det har vært påpekt behov for flere studier om ufullstendig helse- og omsorgshjelp i sykehjem, og ledelsens perspektiv er trukket frem som et av hullene i forskningen på området.

Følgende fire problemstillinger har vært styrende for arbeidet med denne rapporten:

1. Hvilken forekomst og typer av ufullstendig helse- og omsorgshjelp finnes i norske sykehjem?
2. Hvilke sammenhenger kan identifiseres mellom ufullstendig helse- og omsorgshjelp i sykehjem og karakteristika ved ansatte?
3. Hvilke sammenhenger kan identifiseres mellom ufullstendig helse- og omsorgshjelp i sykehjem og personalressurser, karakteristika og organisasjonsmessige forhold ved kommunene, sykehjemmene og dets beboere?
4. Hvordan håndterer ledere i sykehjem balansen mellom pasientbehov, kompetanse og kapasitet?

METODE

For å svare på disse spørsmålene har vi brukt både kvantitativ (problemstilling 1-3) og kvalitativ metode (problemstilling 4). Den kvantitative delen av prosjektet er basert på en elektronisk spørreundersøkelse blant pleiefaglig helsepersonell (n = 715) i 46 sykehjem, samt registerdata. I spørreundersøkelsen

anvendte vi den norske versjonen av *Basel Extent of Rationing of Nursing Care for nursing homes* (BERNCA-NH), som består av 20 enkeltspørsmål fordelt på fire hovedområder for ufullstendig helse- og omsorgshjelp: rutinemessig pleie, pleie ved behov, psykososial omsorg og dokumentasjon. For å få en oversikt over sykehjemspasienter, tjenestebruk, ansatte og stillingstyper fikk vi utlevert aggregerte registerdata fra Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) og KS' PAI-register. I tillegg innhentet vi offentlig tilgjengelig data og statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) om kommunenes sentralitet og sykehjemsektoren i Norge. Utvalgte registerdata ble sammenstilt med data fra spørreundersøkelsen. Data ble analysert med beskrivende statistikk og bivariate analyser.

For å undersøke hvordan ledere i sykehjem håndterer balansen mellom pasientbehov, kompetanse og kapasitet (problemstilling 4), gjennomførte vi en kvalitativ intervjustudie. Data er basert på 13 individuelle intervjuer og fire fokusgruppeintervju med totalt 16 ledere fra sykehjem hvor vi hadde gjennomført spørreundersøkelsen. De fleste lederne deltok både i individuelle og fokusgruppeintervju. Data ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse.

RESULTATER

Resultater fra spørreundersøkelsen viser at det å utelate helse- og omsorgshjelp er vanlig blant ansatte i sykehjemmene. Ser vi på de fire hovedområdene av omsorgsoppgaver i BERNCA-NH, rapporteres det hyppigst utelatte oppgaver for områdene «psykososial omsorg» og «dokumentasjon». Ser vi derimot på enkeltspørsmål, finner vi hyppig utelatte oppgaver innenfor alle områder. De to oppgavene som oftest utelates, er tett relatert til pasientens medbestemmelse og individuelle behov. Til sammen 67 % av respondentene oppga at de noen ganger eller ofte i løpet av de siste syv vaktene ikke kunne gjennomføre aktivitet som pasientene selv ønsket, mens 63 % oppga at de noen ganger eller ofte lot pasientene vente mer enn fem minutter etter at de hadde ringt etter hjelp. Resultatene viser at omsorgsoppgaver som kroppsvask, munn- og tannstell og assistanse ved måltider, også utelates relativt hyppig. Om lag 45 % oppga at de ikke har kunnet utføre munn- og tannstell noen ganger eller ofte i løpet av de siste sju vaktene, mens om lag 40 % oppga dette for kroppsvask. Til sammen 58 % oppga at de gjorde oppgaver for pasienter som de egentlig kunne klare selv (f.eks. å vaske seg eller kle på seg) på grunn av mangel på tid. Se for øvrig tabell 8.

Med unntak av sykehjemmets størrelse (ansatte ved de største sykehjemmene rapporterte noe sjeldnere utelatte oppgaver knyttet til «psykososial omsorg»), fant vi få forskjeller i utelatt helse- og omsorgshjelp når vi sammenlignet grupper ut fra *karakteristika ved kommuner og sykehjem*. Så vi derimot på *karakteristika ved pasientene*, fant vi at ansatte ved sykehjem med de eldste pasientene (≥ 85 år) noe sjeldnere rapporterte utelatte oppgaver innenfor alle hovedområder enn ansatte ved sykehjem der gjennomsnittsalderen var under 85 år. Tilsvarende fant vi at det noe sjeldnere ble rapportert utelatt helse- og omsorgshjelp av ansatte ved de sykehjemmene hvor pasientene hadde størst bistandsbehov knyttet til egenomsorg, kognitiv svikt og sosial fungering. Før vi kan sannsynliggjøre årsaker og sammenhenger må det gjennomføres analyser som kontrollerer for potensielt andre samvirkende bakgrunnsfaktorer.

Vi identifiserte en rekke forskjeller i forekomst av utelatt helse- og omsorgshjelp når vi sammenlignet grupper ut fra *karakteristika ved ansatte*. Størst forskjell fant vi mellom yrkesgruppene. Sykepleiere og vernepleiere rapporterte oftere utelatte oppgaver enn helsefagarbeidere, mens helsefagarbeidere rapporterte oftere utelatte oppgaver enn assistenter – på samtlige områder. Videre fant vi at kvinner oftere rapporterte utelatt helse- og omsorgshjelp enn menn, og at ansatte som hadde faste stillinger, oftere rapporterte utelatte oppgaver enn ansatte i midlertidig

stillinger. Mens ansatte som jobbet tilsvarende heltidsstilling oftere rapporterte utelatt helse- og omsorgshjelp knyttet til «psykososiale behov», rapporterte de som jobbet mindre stillinger hyppigere utelatt helse- og omsorgshjelp knyttet til «dokumentasjon». Videre rapporterte ansatte med kortest erfaring fra helsetjenesten, samt de med kortest erfaring på nåværende arbeidssted, sjeldnere utelatt helse- og omsorgshjelp enn ansatte med lengre erfaring. Til sist fant vi at ansatte som jobbet flest vakter ved korttidsavdelinger, oftere rapporterte utelatt helse- og omsorgshjelp enn ansatte som jobbet mest ved langtidsavdelinger. Vi fant ingen vesentlige forskjeller i forekomst av utelatt helse- og omsorgshjelp når vi sammenlignet aldersgrupper eller grupper av ansatte med og uten videreutdanning.

I intervjustudien ga de 16 lederne uttrykk for at helse- og omsorgshjelpen i deres sykehjem i hovedsak holdt et faglig forsvarlig nivå. Samtidig var de opptatt av at kvaliteten på tjenesten kunne vært bedre. Flere beskrev den som ufullstendig eller utilstrekkelig når det gjaldt å gi pasientene helhetlig og personsentrert omsorg og et meningsfullt innhold i pasienthverdagen. I intervjuene identifiserte de en rekke oppgaver som utelates eller settes på vent, og vi har delt disse inn i fire grupper: 1) oppgaver som aktiviserer både fysisk og sosialt; 2) rutineoppgaver; 3) bonusoppgaver; 4) avvik.

Oppgavene som utelates eller settes på vent kan berøre grunnleggende behovsområder hos pasientene, men gjennomgående anså lederne disse oppgavene som ikke livsviktige eller hverdagslige. Oppgaver som aktiviserer, både fysisk og sosialt, og som bidrar til meningsfylte opplevelser for den enkelte pasient, mente de ble nedprioritert. Det synes dermed å være stor enighet om at oppgaver som innebar relasjonelt arbeid og mellommenneskelige møter ofte ble forsømt. Forklaringer som gis på dette ble koblet til travelhet, tilstander hos pasientene, lav kontinuitet i personalgruppa, pandemi, kultur og arbeidsmiljø, manglende kompetanse, organisatoriske forhold, og sykehjemmets fysiske utforming.

I intervjuene fremkom det at lederne anvendte en rekke ulike strategier for å tilrettelegge for god helse- og omsorgshjelp. Disse strategiene rettet seg både mot ansatte som utøvde den direkte helsehjelpen og mot politikere og høyere ledernivå i kommunen. Overfor ansatte vektla de det å holde seg orientert, å sikre daglig bemanning og riktig oppgavefordeling, å bevisstgjøre ansatte på roller og ansvar, å støtte og veilede til god faglig praksis, samt å bygge kultur for åpenhet og læring. I samhandlingen med overordnet ledelse og politisk nivå ble det beskrevet strategier som det å orientere om faktiske forhold i tjenesten, argumentere for ressursbehov og å medvirke i langsiktig strategiarbeid for tjenesten.

AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Sammenliknet med andre studier fra sykehjem som har målt utelatt helse- og omsorgshjelp med det samme spørreskjemaet som vi har brukt, rapporterer ansatte i vårt utvalg i større grad at helse- og omsorgsoppgaver utelates. Det betyr ikke at slike ufullstendige praksiser berører alle pasientene, men at de skjer forholdsvis ofte innenfor sentrale livsområder for dem. Resultatene indikerer at ufullstendig helse- og omsorgshjelp kan ha sammenheng med karakteristika ved sykehjemmene, de ansatte og pasientene, men det er nødvendig med ytterligere analyser hvor det kontrolleres for andre bakgrunnsfaktorer før vi kan konkludere om statistiske sammenhenger.

Intervjuene med lederne bidrar til å forstå og forklare ufullstendig helse- og omsorgshjelp i sykehjemmene. Tidspress og travelhet er en medvirkende faktor, og dette kan blant annet henge sammen med egenskaper ved pasientgruppen, lav grunnbemanning, sykefravær og vikarbruk, lav kontinuitet og ansattes kompetanse. Lav kontinuitet henger dessuten sammen med at kun 22 %

av de ansatte har 100 % stilling, mens den gjennomsnittlige stillingsprosenten er på 67 % (ifølge tall fra PAI-registeret). Underveis i intervjuene framkom det at utelatte oppgaver også omfattet pasientenes grunnleggende behov. Dette er i samsvar med svarene fra spørreundersøkelsen blant de ansatte som viste at også rutinemessige pleie, som kroppsvask og munn- og tannstell, utelates noen ganger/ofte (se tabell 8).

Ansatte med lengre jobberfaring, stabilitet i stillingene, heltidsarbeid og høy kompetanse rapporterte i større grad ufullstendig helse- og omsorgshjelp enn de med kortere jobberfaring, mindre stabilitet i tjenestene, deltidsstilling og lavere kompetanse. Dette kan tolkes som at jobberfaring, stabilitet i stillingene, heltidsarbeid og høy kompetanse bidrar til at ufullstendig helse- og omsorgshjelp blir lagt merke til og erkjent. Først når noe erkjennes kan man gjøre noe med det. En annen tolkning kan være at ansatte med lengre jobberfaring, stabilitet i stillingene, heltidsarbeid og høy kompetanse har et arbeidsinnhold eller jobbfunksjon som gjør at de i større grad må utelate *disse* typer av oppgavene. Det å utelate hjelp til sårbare sykehjemsbeboeres grunnleggende behov er uansett alvorlig og kan representere en trussel mot pasientsikkerheten og forsvarligheten i tjenesten. Dette er både et individuelt ansvar, et virksomhetsansvar og et myndighetsansvar. Nasjonale og kommunale myndigheter og ledelsen ved det enkelte sykehjem må gi de ansatte rammevilkår som gjør det mulig for dem å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Den høye forekomsten av ufullstendig helse- omsorgshjelp vist i denne studien er etter vår vurdering et varsko om behovet for å etablere nye og konkrete tiltak og virkemidler som reduserer problemet. Det er etter vår vurdering også viktig å skape en åpenhetskultur omkring disse utfordringene, herunder å utvikle konkrete varslingsrutiner og organer for dette lokalt, slik at faktiske mangler synliggjøres og dermed kan gripes fatt i.



INNHOOLD

| | |
|---|----|
| FORORD | IV |
| SAMMENDRAG | V |
| 1. INNLEDNING | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for prosjektet | 1 |
| 1.2 Overordnede problemstillinger | 2 |
| 1.3 Disposisjon | 2 |
| 2. SYKEHJEMSEKTOREN I NORGE | 4 |
| 3. METODE | 8 |
| 3.1 Registerdata | 8 |
| 3.1.1 Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) | 8 |
| 3.1.2 Variabler fra KPR | 9 |
| 3.1.3 Personaladministrativt informasjonssystem – PAI-registret | 11 |
| 3.1.4 Andre data | 11 |
| 3.2 Spørreskjemadata | 12 |
| 3.2.1 Rekruttering og utvalg | 12 |
| 3.2.2 Variabler i spørreskjema | 12 |
| 3.2.3 Gjennomføring av spørreundersøkelsen | 13 |

| | |
|---|----|
| 3.3 Intervjudata | 13 |
| 3.3.1 Rekruttering, utvalg og kontekst | 14 |
| 3.3.2 Gjennomføring av intervju | 14 |
| 3.4 Analyser | 14 |
| 3.4.1 Kvantitative analyser | 14 |
| 3.4.2 Kvalitative analyser | 15 |
| 3.5 Forskningsetiske vurderinger og hensyn | 15 |
| 4. RESULTATER | 17 |
| 4.1 Kommuner og sykehjem i prosjektet | 17 |
| 4.2 Resultater fra spørreundersøkelsen | 21 |
| 4.2.1 Karakteristika ved respondentene | 21 |
| 4.2.2 Forekomst og typer av utelatt helse- og omsorgshjelp | 23 |
| 4.2.3 Bivariate sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og andre forhold | 25 |
| 4.3 Resultater fra intervjustudien | 30 |
| 4.3.1 Beskrivelse av lederne som ble intervjuet | 30 |
| 4.3.2 Hvordan erfarer lederne balansen mellom pasientbehov, kompetanse og kapasitet? | 31 |
| 4.3.3 Hvilke strategier oppgir lederne at de bruker for å tilrettelegge for god helse- og omsorgshjelp? | 37 |
| 4.4 Sammendrag resultater | 43 |
| 5. DISKUSJON | 45 |
| 5.1 Våre resultater sammenlignet med tidligere forskning | 45 |
| 5.2 Forsvarlige tjenester? | 47 |
| 5.3 Lederrollen | 48 |
| 5.4 Økt behov for personell og kompetanse | 49 |
| 5.5 Metodologiske overveielser | 50 |
| 5.5.1 Kvalitet på registerdata og spørreskjemadata | 50 |
| 5.5.2 Spørreundersøkelsen | 51 |
| 5.5.3 Intervjustudien | 52 |

| | |
|--|----|
| 6. AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER | 53 |
| REFERANSER | 55 |
| VEDLEGG: | 59 |
| Vedlegg 1: Variabler i BERNCA-NH | 60 |
| Vedlegg 2: Intervjuguide fokusgruppeintervju | 62 |
| Vedlegg 3: Intervjuguide individuelle intervju | 63 |

TABELLISTE

| | | |
|------------|---|----|
| Tabell 1. | Liggedøgn for hele året 2021 for ulike typer av institusjonsopphold | 5 |
| Tabell 2. | Ansatte i sykehjem i Norge: stillingstyper, årsverk, andel i heltid, andel kvinner og gjennomsnittsalder | 6 |
| Tabell 3. | Karakteristikker ved sykehjem i kommunene | 18 |
| Tabell 4. | Karakteristikker ved pasienter og opphold | 19 |
| Tabell 5. | Ansatte i vårt utvalg 46 sykehjem: stillingstyper, årsverk, andel i heltid, andel kvinner og gjennomsnittsalder | 20 |
| Tabell 6. | Liggedøgn/beboere samt prosentfordeling mellom ulike typer av 1) institusjonsopphold for hele landet. 2) Beboere i vårt utvalg. Gjennomsnittstall for året 2021 | 20 |
| Tabell 7. | Beskrivelse av respondenter (N=715) | 22 |
| Tabell 8. | Forekomst av utelatt helse- og omsorgshjelp | 24 |
| Tabell 9. | Gjennomsnittskår for utelatt helsehjelp (BERNCA-NH), etter karakteristika ved kommune og sykehjem | 26 |
| Tabell 10. | Gjennomsnittskår for utelatt helsehjelp (BERNCA-NH), etter karakteristika ved pasienter i sykehjem | 27 |
| Tabell 11. | Gjennomsnittskår for utelatt helsehjelp (BERNCA-NH), etter karakteristika ved ansatte | 28 |
| Tabell 12. | Oversikt over informanter i intervjustudien | 30 |

OM BRUK AV REGISTERDATA

Publikasjonen har benyttet data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) fra Helse- og omsorgsdepartementet og Register for lønns- og personalopplysninger om ansatte i kommunal sektor (PAI) fra KS. Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data. Dataeierne har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte data.



1. INNLEDNING

Denne rapporten presenterer resultater fra forskningsprosjektet *Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem*. Prosjektet startet opp høsten 2021 og ble avsluttet desember 2022. Det er gjennomført av Senter for omsorgsforskning (SOF) på oppdrag fra Helsedirektoratet.

1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Tilstrekkelig bemanning og kompetanse i forhold til antall pasienter og pleietyngde har vært et gjennomgangstema for myndighetene, utdanningene og forskningen siden begynnelsen på 1990-tallet. Fremdeles kan det hevdes å være et misforhold mellom bemanning og behovet for helse- og omsorgshjelp, og det mangler kunnskap og helhetlige forklaringer knyttet til bemannings- og kompetanseutfordringene som åpenbart finnes i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Når bemanningen er for lav, må ansatte i tjenestene prioritere hvilke oppgaver som skal gjennomføres og hva som må vente. Nødvendige oppgaver og aktiviteter knyttet til helse- og omsorgshjelp som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt blir i forskningslitteraturen beskrevet som «missed care» (Kalisch et al., 2009; Zúñiga et al., 2016). Internasjonalt er det gjort en god del forskning på slik ufullstendig helse- og omsorgshjelp, særlig innen sykehussektoren (Chaboyer et al., 2021), men i økende grad også i kommunal kontekst (Sworn & Booth, 2020).

Kunnskapsoppsummeringen som SOF utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2020 – 2021 over samme tematikken (Andfossen et al., 2021), viser at det å utelate helse- og omsorgshjelp er vanlig i mange land. Det er behov for mer kunnskap om fenomenet i den norske kommunale helse- og omsorgssektoren. I tillegg viser oppsummeringen at utelatt helse- og omsorgshjelp kan assosieres med karakteristika ved helsepersonell (for eksempel alder, erfaring og kompetanse) og pasienter (funksjonsnivå og hjelpebehov).

Det hevdes at ufullstendig helse- og omsorgshjelp kan fungere som et barometer på arbeidsintensivering, for eksempel økning i pleietyngde og antall pasienter (Willis et al., 2015), men sammenhengene er trolig mer komplekse. Hvorvidt bemanningen oppleves tilstrekkelig kan for eksempel være mer utslagsgivende enn faktisk bemanning (Zúñiga et al., 2015a; 2015b).

Det ser også ut til å være sterk vekselvirkning mellom hvor godt arbeidsmiljøet er organisert og tendensen til å bortprioritere oppgaver (Song et al., 2020). Studier viser dessuten at ansatte opplever at ledelsen i liten grad ser sammenhengen mellom bemanning, utelatte oppgaver og sviktende kvalitet og pasientsikkerhet (Willis et al., 2018).

Kunnskapsoppsummeringen til Andfossen et al. (2021) viser at ledelsens perspektiv savnes i forskningen på området. Samtidig indikerer kunnskapsoppsummeringen at mellomledernivået i institusjoner og hjemmetjenester trenger mer oppmerksomhet på ansattes faglige utfordringer og på å øke deres mulighet til involvering. I dette ligger både det å vurdere tilstrekkelighet når det gjelder bemanning og kompetansesammensetning, og å rette oppmerksomheten mot forhold som gir ansatte mulighet til å kunne påvirke og være fleksible i arbeidshverdagen. Lederperspektivet er imidlertid lite utforsket. Det er derfor særlig behov for mer kunnskap om mellomlederes forståelse av kapasitets- og kvalitetsutfordringene, og hva lederne opplever som nødvendig for å sikre ansattes mulighet til medvirkning og å gi god helse- og omsorgshjelp.

1.2 OVERORDNEDE PROBLEMSTILLINGER

Følgende problemstillinger har vært styrende for prosjektarbeidet:

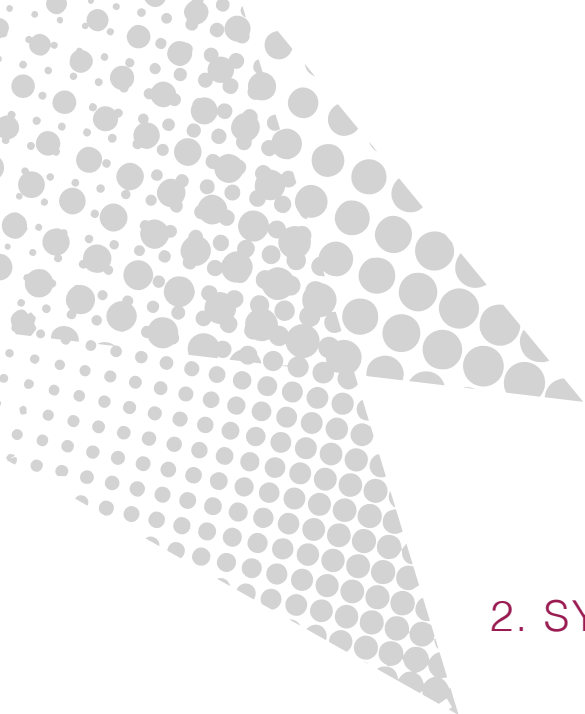
1. Hvilken forekomst og typer av ufullstendig helse- og omsorgshjelp finnes i norske sykehjem?
2. Hvilke sammenhenger kan identifiseres mellom ufullstendig helse- og omsorgshjelp i sykehjem og karakteristika ved ansatte?
3. Hvilke sammenhenger kan identifiseres mellom ufullstendig helse- og omsorgshjelp i sykehjem og personalressurser, karakteristika og organisasjonsmessige forhold ved kommunene, sykehjemmene og dets beboere?
4. Hvordan håndterer ledere i sykehjem balansen mellom pasientbehov, kompetanse og kapasitet?

I rapporten vil vi bruke både begrepet «pasient» og «beboer» om de personer som mottar helse- og omsorgshjelp i sykehjem. Uttrykket «ufullstendig helse- og omsorgshjelp» som vi anvender i rapportens tittel samt de overordnede problemstillingene for prosjektet, er ment å beskrive situasjonen når nødvendige oppgaver og aktiviteter knyttet til helse- og omsorgshjelp blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt (jf. «missed care», Kalisch et al., 2009; Zúñiga et al., 2016). Av språklige hensyn vil vi i rapporten også bruke variasjoner av dette, som «ufullstendig helsehjelp», «utelatte oppgaver», «utelatt helsehjelp» etc.

1.3 DISPOSISJON

Rapporten er inndelt i seks kapitler og strukturert rundt problemstillingene som vi presenterte over: Etter denne innledningen (kap. 1) gir vi en kort beskrivelse av sykehjemsektoren i Norge (kap. 2), før vi skisserer de mest sentrale metodiske og forskningsetiske sidene ved prosjektet (kap. 3). Resultatene blir presentert i kapittel 4, som også utgjør rapportens største del. Vi gir her først

en anonymisert oversikt over kommunene og sykehjemmene som vi har inkludert i prosjektet. Vi gjør deretter rede for forekomst og typer av ufullstendig helse- og omsorgshjelp, før vi retter blikket mot sammenhenger mellom ufullstendig helse- og omsorgshjelp og andre forhold, samt hvordan lederne i intervjuene forteller at de håndterer balansen mellom pasientbehov, kompetanse og kapasitet. Resultatkapitlet avsluttes med en kort sammenfatning. I kapittel 5 diskuteres resultatene fra våre undersøkelser i lys av annen forskning, forsvarlighet, kvalitet, lederrollen og personell- og kompetansesituasjonen, før vi diskuterer metodologiske overveielser. Rapporten avrundes med noen avsluttende betraktninger fra forskergruppa i kapittel 6.



2. SYKEHJEMSEKTOREN I NORGE

Som bakgrunn for prosjektet om ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov gir vi i dette kapitlet en kort beskrivelse av utviklingstrekk i sykehjemsektoren i Norge, med vekt på antall plasser, typer av opphold, bistandsbehov samt beskrivelser om de ansatte i sykehjem.

Plasser: Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå var det i 2021 til sammen 39 054 plasser i sykehjem i Norge¹. I 2012 var tallet 41 732 og det har vært en svakt synkende tendens det siste tiåret.

Opphold: Per 31.12.21 var det 31 607 pasienter på langtidsopphold og 9 581 på tidsavgrenset opphold i institusjon², det vil si at 77 % av beboerne/pasientene på dette tidspunktet var på langtidsopphold og 23 % på tidsavgrenset opphold (Statistisk sentralbyrå, 2022). SSB-statistikken viser også at antall beboere på langtidsopphold er redusert med 3,4 % de siste fem årene, mens antallet på tidsbegrensede opphold har økt med 2,4 %.

Statistikkbanken i SSB gjør det mulig å beregne antall døgn i institusjon for ulike typer av opphold over et helt år. I tabellen under viser vi hvordan dette fordeler seg for året 2021.

¹ Kilde SSB: 11875: Helse- og omsorgsinstitusjoner – plasser, etter region, statistikkvariabel og år: <https://www.ssb.no/statbank/table/11875/tableViewLayout1/>. Antall disponible plasser i institusjoner var 40 935. Til sammen 1 881 av disse var ikke i sykehjem (1 388 var i avlastningsboliger, 242 var i barneboliger og 251 var i aldershjem). Antall disponible plasser i sykehjem var ifølge disse tallene dermed 39 054. I denne statistikken var 7 187 plasser var klassifisert som tidsbegrensede plasser, 3 018 som rehabiliteringsplasser og 11 325 som demensplasser.

² Antall opphold i institusjon per 31.12 var dermed noe høyere enn antall sykehjemsplasser. Dette er fordi tallet på opphold i institusjon inkluderer også opphold i aldershjem, barnebosteder og avlastningsbosteder. Langt de fleste institusjonene er imidlertid sykehjem/sykehjemlignende institusjoner.

Tabell 1. Liggedøgn for hele året 2021 for ulike typer av institusjonsopphold³

| Typer av institusjonsopphold | Antall døgn 2021 for hele landet | Prosent |
|--|----------------------------------|--------------|
| Avlastning i institusjon – ikke rullerende | 566 692 | 4,0 % |
| Tidsavgrenset opphold – utredning/behandling | 908 329 | 6,5 % |
| Tidsavgrenset opphold – rehabilitering/ habilitering | 448 143 | 3,2 % |
| Tidsavgrenset opphold – annet | 686 716 | 4,9 % |
| Langtidsopphold i institusjon | 11 404 420 | 81,4 % |
| Totalt | 14 014 300 | 100 % |

Av de noe over 14 millioner døgnoppholdene i 2021 var til sammen 81,4 % langtidsopphold mens de resterende 18,6 % var ulike typer av tidsavgrensede opphold. Av døgnoppholdene knyttet til langtidsopphold var 86 % av dem med personer med omfattende bistandsbehov ifølge innrapporterte tall fra kommunene til IPLOS-registeret, mens tilsvarende tall for dem med tidsavgrenset opphold var 45 %⁴. De siste ti årene har det vært et økende antall pasienter på tidsavgrensede opphold, og antallet med omfattende bistandsbehov har økt⁵.

Gjennomsnittlig botid for beboere på langtids plass har vært synkende og var i 2016 cirka to år før dødsfall (Kjelvik & Jønsberg, 2017). Gjennomsnittstallet skjuler stor variasjon, fra død allerede ved innleggsestidspunktet til 26 års botid. Dette er en påminning om at sykehjemsbeboere er en mangfoldig gruppe. Økende antall med tidsbegrensede opphold og kortere botid før død resulterer i økende omløp av pasienter i sykehjem. Sykehjem er nå blitt det vanligste stedet å dø. I 2021 døde 54 % på sykehjem eller liknende institusjon, mens 28 % døde på sykehus (Folkehelseinstituttet, 2022).

Sykehjemspasientene har en betydelig sykdomsbyrde med flere samtidige sykdommer. Kartlegginger tyder på at om lag 8 av 10 har en demenssykdom og at de bruker i snitt åtte medisiner hver (Gulla, 2018; Helvik et al., 2015). I tillegg til dette har kommunene etter samhandlingsreformen etablert øyeblikkelig hjelpdøgnoppholdstilbud (ØHD) i sykehjem. Generelt er det rimelig å anta at alle disse forholdene har økt behovet for antall ansatte og deres kompetanse og at det spesielt har frembrakt et økt behov for medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse i sykehjemsektoren (Melby et al., 2019).

³ Basert på SSB Statistikkbanken kildetabell 11644: <https://www.ssb.no/statbank/table/11644/>

⁴ Basert på SSB Statistikkbanken kildetabell 06971: <https://www.ssb.no/statbank/table/06971>

⁵ Basert på SSB Statistikkbanken kildetabell 06971: <https://www.ssb.no/statbank/table/06971>

ANSATTE OG KOMPETANSE I SYKEHJEM

Basert på utleverte data fra KS' PAI-register kan vi beskrive noen sider ved personell- og kompetansesituasjonen på norske sykehjem. Det gjelder:

- stillingstyper
- heltid og deltid innenfor stillingstypene
- aldersgrupper ansatte
- gjennomsnittsalder ansatte
- kjønn ansatte

Tabellen under viser dette for sykehjemsektoren i Norge som helhet, til sammen 878 sykehjem i PAI-registeret.

Tabell 2. Ansatte i sykehjem i Norge i 2021: stillingstyper, årsverk, andel i heltid, gjennomsnittlig stillingsprosent, andel kvinner og gjennomsnittsalder (N=55445-59164)⁶

| Stillingstyper | Årsverk (%) ⁷ | Andel i heltidsstilling | Gj.snitt stillingsprosent | Andel kvinner | Gj.snitt alder |
|---|--------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------|----------------|
| Assistent el. pleiemedhjelper | 6 945 (18,6 %) | 6 % | 44 % | 86 % | 37 |
| Fagarbeider el. hjelpeleier | 18 997 (51,0 %) | 22 % | 73 % | 91 % | 46 |
| Sykepleier el. spesialsykepl. | 10 379 (27,9 %) | 42 % | 83 % | 94 % | 43 |
| Vernepleier | 509 (1,4 %) | 46 % | 83 % | 90 % | 39 |
| Ergoterapeut | 108 (0,3 %) | 52 % | 82 % | 90 % | 36 |
| Fysioterapeut | 123 (0,3 %) | 61 % | 85 % | 77 % | 38 |
| Lege | 187 (0,5 %) | 26 % | 58 % | 60 % | 47 |
| Alle stillinger, alle sykehjem i Norge | 37 249 (100 %) | 22 % | 67 % | 90 % | 43 |

Den klart største yrkesgruppen i sykehjem er helsefagarbeidere/hjelpeleiere med utdanning fra videregående skole og fagbrev. Om lag halvdelen av alle ansatte tilhører denne yrkesgruppen, mens vel én av fire er sykepleiere. Assistenten og pleiemedhjelperen er den tredje største gruppen.

Tabellen viser også at vernepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter er tallmessig små yrkesgrupper, til sammen kun 2 % av de ansatte. Det samme gjelder legene, som utgjør 0,5 % av bemanningen. Disse yrkesgruppene er tallmessig få, men tilfører vesentlig spesialkompetanse. Når vi tolker disse tallene, skal vi være oppmerksomme på at de baserer seg på innrapporterte

⁶ Kilde for alle tall er KS' PAI-register for 2021. Utvalget i tabellen er alle enheter i landet som er registrert i Pai-registeret med næringskode 87.102 Somatiske sykehjem. Dette utgjør i alt 878 enheter i Pai-registeret pr. 1.12.2021. Enhetene er identifisert ved organisasjons/bedriftsnummer i Brønnøysundregisteret.

⁷ Rundet av til hele årsverk. Totalsummen kan derfor avvike litt fra summen av tallene i enkeltradene.

stillingskoder fra PAI-registeret. Reell bemanning i hverdag, helg og ferietid kan avvike fra den viste fordelingen på grunn av fravær fra den avtalte bemanningen.

Vi ser videre at kun 22 % av alle stillingene i sykehjem er heltidsstillinger, men at dette varierer mye mellom yrkesgruppene – fra 61 % av fysioterapeutene til kun 6 % av assistentene. Gjennomsnittlig stillingsprosent for alle som arbeidet i sykehjem er på 67 %. Det er høyest stillingsprosent blant fysioterapeutene, sykepleierne, vernepleierne og ergoterapeutene. Den er lavest blant assistentene og pleiemedhjelperne som trolig er de som bruker størstedelen av sin arbeidshverdag i direkte kontakte med beboerne. Også legene har forholdsvis lav stillingsprosent (58 %). Legenes stillingsprosent har imidlertid økt gradvis fra 36 % i 2011 til 49 % i 2017 (Melby et al., 2019), og altså 58 % i 2021. Til sammen 90 % av dem som arbeider i sykehjem, er kvinner, og gjennomsnittsalderen er på 43 år.



3. METODE

Datagrunnlaget for denne rapporten er registerdata, spørreskjemadata og intervjudata. I det følgende vil vi gi en nærmere beskrivelse av datamaterialet, og gjøre rede for hvordan dette er samlet inn og analysert. Avslutningsvis vil vi vise hvilke forskningsetiske vurderinger vi har gjort gjennom prosjektet.

3.1 REGISTERDATA

For å kunne gi en oversikt over pasienter og tjenestebruk ved de 46 sykehjemmene som ble inkludert i spørreundersøkelsen (se del 3.2.1), har vi søkt og fått utlevert aggregerte data fra Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) og fra KS' PAI-register. I tillegg har vi innhentet offentlig tilgjengelig statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) om sykehjemsektoren i Norge og deltakerkommunenes sentralitet. Utvalgte variabler fra registerdatasettene er sammenstilt med data fra spørreskjemaundersøkelsen for å svare på studiens problemstillinger.

3.1.1 KOMMUNALT PASIENT- OG BRUKERREGISTER (KPR)

KPR inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester, inkludert sykehjemstjenester⁸. Data brukt i dette prosjektet består av sammenstilte, anonymiserte opplysninger om pasienter som har mottatt en eller flere følgende institusjonstjenester ved hvert av sykehjemmene i 2021:

- tidsbegrenset opphold – utredning/behandling
- tidsbegrenset opphold – rehabilitering/habilitering
- tidsbegrenset opphold – annet
- avlastning i institusjon
- langtidsopphold i institusjon

⁸ Opplysningene registreres i kommunehelsetjenesten og rapporteres videre til KPR. For mer informasjon: [Innhold i KPR - Helsedirektoratet](#)

Opplysninger om pasienter som utelukkende har mottatt dag- og / eller nattopphold, samt øyeblikkelig hjelp-døgnoppholdstilbud (ØHD i sykehjem), er ikke inkludert i datasettet.

Data fra KPR er trukket ut ved bruk av sykehjemmenes organisasjonsnummer som er innhentet fra Brønnøysundregistret. Ett av sykehjemmene har ikke KPR data for 2021 tilknyttet sitt organisasjonsnummer, og feilen kunne ikke spores. To inkluderte sykehjem delte organisasjonsnummer, og det var ikke mulig å skille opplysningene i KPR. Datasettet fra KPR inneholder dermed opplysninger fra 44 av de 46 sykehjemmene som deltok i studien.

3.1.2 VARIABLER FRA KPR

Datasettet fra KPR består av følgende variabler:

- antall pasienter som har vært innlagt på tidsbegrensede opphold (utredning/behandling, rehabilitering/habilitering, annet opphold), avlastning og/eller langtidsopphold i sykehjem
- pasientenes gjennomsnittsalder
- antall kvinner og menn
- pasientenes gjennomsnittlige funksjonsnivå
- antall pasienter som har fått gjennomført tiltak som kartlegging av ernæringsstatus, legemiddelgjennomgang, er vurdert av lege og tannhelsepersonell, samt fått helsehjelp ved bruk av tvang.

Videre følger en beskrivelse av de ulike variablene. Informasjonen er hentet fra Helsedirektoratets veileder for registrering av helse- og omsorgsdata i kommunen⁹.

Tidsbegrenset opphold utredning/behandling: Dette viser til opphold der hovedhensikten er utredning og behandling av pasienten.

Tidsbegrenset opphold rehabilitering/habilitering: Dette viser til opphold der hovedhensikten er rehabilitering/habilitering. Det er utarbeidet flere kriterier for oppholdet, blant annet tverrfaglig kartlegging og utredning ved innkomst.

Tidsbegrenset opphold – annet: Dette gjelder alle midlertidige opphold der hovedhensikten verken er avlastning, utredning, behandling eller rehabilitering/habilitering.

Avlastning i institusjon: Tjenesten er et tilbud til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid. Tilbudet kan gis ut fra ulike behov og organiseres ulikt. Pasienten skal kartlegges og vurderes for behov før tildeling av tjenesten.

Langtidsopphold i institusjon: I dette prosjektet viser dette til langtidsopphold i sykehjem.

Funksjonsnivå er basert på en funksjonsvurdering av pasienter som har hatt opphold i sykehjemmene. Funksjonsvurderingen gir informasjon om aktiviteter i dagliglivet, kroppslig og kognitiv funksjon. Vurderingen gir opplysninger om ressurser og funksjonen til pasientene på registreringstidspunktet og angir grad av behov for bistand og helsehjelp. I dette prosjektet brukes samlemål for fem grupper bistandsbehov som sammenfatter opplysninger om totalt 15 variabler. I Helsedirektoratets veileder⁹ beskrives variablene slik:

⁹ Helsedirektoratets veileder for registrering av helse- og omsorgsdata i kommunen: [Registrering av helse- og omsorgsdata i kommunen - Helsedirektoratet](#)

- sosial fungering (sosial deltakelse, beslutninger i dagliglivet og styre adferd)
- kognitiv svikt (hukommelse og kommunikasjon)
- ivaretakelse av egen helse
- husholdsfunksjoner (skaffe seg varer og tjenester, alminnelig husarbeid, lage mat)
- egenomsorg (personlig hygiene, på- og avkledding, spise, toalett, bevege seg innendørs, bevege seg utendørs)

I dette prosjektet skåres funksjonsnivåvariablene fra 1 – 5, der:

- gjennomsnittsverdier ≤ 2 indikerer lite/avgrenset bistandsbehov
- gjennomsnittsverdier > 2 og ≤ 3 indikerer middels til stort bistandsbehov
- gjennomsnittsverdier > 3 indikerer omfattende bistandsbehov

Kartlegging av ernæringsstatus: Kartlegging av ernæringsstatus, vurdering av ernæringsmessig risiko og tiltak knyttet til ernæring skal forebygge og behandle underernæring blant sykehjemspasienter. I følge *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring*¹⁰ gjennomføres kartlegging og vurdering av risiko for underernæring blant annet ved innleggelse i helse- og omsorgsinstitusjon, herunder sykehjem.

Legemiddelgjennomgang: I henhold til forskrift om legemiddelhåndtering¹¹ skal legemiddelgjennomgang sikre god kvalitet ved behandling med legemidler i sykehjem. Pasienter som innlegges på langtidsopphold i sykehjem, skal ha en systematisk legemiddelgjennomgang ved innkomst, og deretter minst en gang i året eller når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling. Legemiddelgjennomgang utføres av leger, men kan også gjøres i samarbeid med annet helsepersonell.

Vurdert av lege: Dette viser til om pasienten har vært vurdert, har gjennomgått undersøkelse eller har vært til behandling av lege ved sykehjemmet. I Helsedirektoratets veileder⁹ poengteres viktigheten av at personer som mottar helse- og omsorgstjenester har nødvendig legetilsyn slik at de får riktig medisinsk oppfølging.

Vurdert av tannhelsepersonell: I henhold til lov om tannhelsetjenesten¹² skal offentlige tannhelsetjeneste gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til grupper av eldre, langtidssyke og uføre i kommunene, også pasienter i institusjon.

Legemiddelgjennomgang og vurdering av leger og tannhelsepersonell er nasjonale kvalitetsindikatorer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Ernæringskartlegging er et viktig tiltak for å avdekke risiko for underernæring for beboere på institusjon, som også er en nasjonal kvalitetsindikator¹³.

¹⁰ [Nasjonal faglig retningslinje: Forebygging og behandling av underernæring](#), Helsedirektoratet.

¹¹ Forskrift om legemiddelhåndtering: [Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp - Lovdata](#)

¹² Lov om tannhelsetjenesten: [Lov om tannhelsetjenesten \(tannhelsetjenesteloven\) - Lovdata](#)

¹³ De nasjonale kvalitetsindikatorerne for kommunale helse- og omsorgstjenester beskrives nærmere her: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester>

Helsehjelp ved tvang innbefatter her vedtak som fattes i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 4 A-5¹⁴. I henhold til loven er formålet «å yte helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang», og vedtaket treffes av helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen. Vi har innhentet opplysninger om antall pasienter der det er rapportert helsehjelp ved tvang ved de inkluderte sykehjemmene i 2021.

3.1.3 PERSONALADMINISTRATIVT INFORMASJONSSYSTEM – PAI-REGISTRET

PAI-registret¹⁵ eies av KS, og det inneholder lønns- og personalopplysninger om samtlige ansatte i kommunal sektor, og opplysningene brukes ved lønnsforhandlinger samt i analyse og forskning. I dette prosjektet har vi fått utlevert følgende variabler fra alle norske sykehjem generelt og fra de 46 sykehjemmene i vårt utvalg som er knyttet til spørreundersøkelsen:

- stillingstyper
- heltid og deltid innenfor stillingstypene
- aldersgrupper ansatte
- gjennomsnittsalder ansatte
- kjønn ansatte

3.1.4 ANDRE DATA

Data om *antall* plasser ved sykehjemmene er basert på tilbakemelding fra ledere. Vi har brukt kommunenes nettsider i tilfeller der vi manglet opplysninger.

Kommunenes sentralitetsindeks er beregnet av SSB¹⁷ og data er offentlig tilgjengelig på deres nettsider. Variabelen viser til kommunenes sentralitet basert på nærhet til arbeidsplasser og servicefunksjoner. Sentralitetsindeksen er basert på en indeksverdi som videre kategoriseres inn i seks sentralitetsklasser:

- nivå 1: mest sentrale kommuner
- nivå 2: nest mest sentrale kommuner
- nivå 3: mellomsentrale kommuner 1
- nivå 4: mellomsentrale kommuner 2
- nivå 5: nest minst sentrale kommuner
- nivå 6: minst sentrale kommuner

¹⁴ Pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4A: [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Kapittel 4 A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helse-hjelpen mv. - Lovdata](#)

¹⁵ Mer informasjon om PAI registret: <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/datainnsamling-til-pai/om-ks-register-for-lonns-og-personalopplysninger/>

¹⁶ Dette utgjør i alt 878 enheter i Pai-registret pr 1.12.2021, det vil si enheter som er som er registrert i PAI-registret med næringskode 87.102: Somatiske sykehjem. Enhetene er identifisert ved bedriftsnummer i Brønnøysundregisteret.

¹⁷ Nærmere beskrivelse av sentralitetsindeksen og kommunenes klassifisering finnes her: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/sentralitetsindeksen.oppdatering-med-2020-kommuner>

I denne studien har vi slått sammen verdier på nivå 1 og 2 (sentrale kommuner) og på nivå 3 og 4 (mellomsentrale kommuner). Nivå 5 og 6 er egne kategorier.

Dataene fra SSB om sykehjemsektoren i Norge er basert på kommunenes årlige KOSTRA innrapporteringer. Dette er data som er tilgjengelige fra statistikkbanken til SSB. Vi har anvendt data om plasser, opphold og liggedøgn for 2021 for ulike typer av institusjonsopphold:

- avlastning i institusjon – ikke rullerende
- tidsavgrenset opphold – utredning/behandling
- tidsavgrenset opphold – rehabilitering/habilitering
- tidsavgrenset opphold – annet
- langtidsopphold i institusjon

3.2 SPØRRESKJEMADATA

For å gi en oversikt over forekomst og typer av ufullstendig helse- og omsorgshjelp, samt identifisere mulige sammenhenger mellom ufullstendig helse- og omsorgshjelp og andre variabler, hentet vi inn data gjennom en spørreundersøkelse blant pleiefaglig ansatte i sykehjem. I tillegg gjennomførte vi en spørreundersøkelse blant ledere for å innhente bakgrunnsopplysninger om sykehjemsavdelingene hvor de ansatte jobber. Sistnevnte ga imidlertid lav svarprosent, og derfor er ikke disse dataene inkludert i analyser og resultat.

3.2.1 REKRUTTERING OG UTVALG

Utvalget består av pleiefaglig helsepersonell som jobber i sykehjem, det vil si ansatte som utøver den daglige pleien og omsorgen til pasientene (sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere/helsefagarbeidere og assistenter). Vi rekrutterte deltakere fra kommuner som inngår i Senter for omsorgsforskning sitt panel av omsorgsforskningskommuner (OFK-kommuner). Kommunene i OFK-panelet (totalt ca. 50 fra hele Norge) er spesielt utvalgt på bakgrunn av geografi og befolkningsstørrelse. Partnerskapet er avtafestet og innebærer at OFK-kommunene bistår Senter for omsorgsforskning i dets forskningsaktivitet – nasjonalt og regionalt. Vi sendte forespørsel om å gjennomføre undersøkelsen til helse- og omsorgssjefer/kommunalsjefer i kommunene høsten 2021. De kommunene som takket ja til deltakelse, pekte ut kontaktpersoner som kunne bistå med tilrettelegging av selve datainnsamlingen (se beskrivelse nedenfor). I alt deltok 46 sykehjem fra 24 kommuner i spørreundersøkelsen.

3.2.2 VARIABLER I SPØRRESKJEMA

Spørreskjemaet bestod av 44 spørsmål som omfattet bakgrunnsopplysninger og spørsmål om hvordan ansatte erfarer forekomst av ufullstendig helse- og omsorgshjelp på sin arbeidsplass.

Instrumentet BERNCA-NH

For å kartlegge ufullstendig helse- og omsorgshjelp brukte vi den norske versjonen av *Basel Extent of Rationing of Nursing Care for nursing homes* (BERNCA-NH) (Norman & Sjetne, 2019). BERNCA-NH ble utviklet og validert av Zúñiga et al. (2016), og er et av få instrument som er utviklet for å måle ufullstendig helse- og omsorgshjelp i sykehjem. Instrumentet inkluderer en

oversikt over grunnleggende omsorgsaktiviteter som vanligvis utføres i sykehjem, og helsepersonell angir hvor ofte i løpet av siste syv vakter hver aktivitet ble stående ugjort på grunn av tidsnød. Svarkategoriene er «Aldri», «Sjelden», «Noen ganger» og «Ofte» (skala 1–4). Deltakerne har også anledning til å svare «Tiltaket var ikke nødvendig» eller «Hører ikke til mine arbeidsoppgaver». Svar på de to sistnevnte kategoriene settes som «missing», noe som innebærer at de ikke tas med som valide svar eller inngår i variabelenes gjennomsnittskår.

I den norske versjonen av BERNCA-NH inngår 20 enkeltvariabler (Norman & Sjetne, 2019). I testingen av instrumentet fant Norman & Sjetne (2019) at fire av disse variablene ikke var relevante for alle typer helsepersonell (jf. beskrivelse av «missing» og valide svar ovenfor), og de valgte derfor å beholde disse kun som enkeltvariabler. De resterende 16 enkeltvariablene ble inkludert i følgende fire subskalaer av ufullstendig helse- og omsorgshjelp: «Rutinemessig pleie» (5 enkeltvariabler, for eksempel å utføre kroppsvask og munnhygiene), «Pleie ved behov» (5 enkeltvariabler, for eksempel å følge pasienten til toalettet), «Psykososial omsorg» (4 enkeltvariabler, for eksempel å samtale med pasienten) og «Dokumentasjon» (2 variabler, for eksempel å dokumentere pleien som er gitt). For en fullstendig oversikt over de 20 enkeltvariablene, se Vedlegg 1 (BERNCA-NH). I vår undersøkelse valgte vi å inkludere én av enkeltvariablene som ble utelatt hos Norman & Sjetne i subskalaen «Dokumentasjon» (variabel nr. 15 – Oppdatere eller utarbeide tiltaksplan), da vi vurderte at antall valide responser her var tilfredsstillende. Reliabilitet til de fire subskalaene i vår undersøkelse ble vurdert gjennom analyser av intern konsistens, Cronbach's alfa, hvor verdier mellom 0,70 og 0,95 ble ansett som akseptabelt (Tavakol & Dennick, 2011). Analysen indikerer at alle subskalaene har god intern konsistens: 0,81 (Rutinemessig pleie), 0,83 (Pleie ved behov), 0,84 (Psykososial omsorg) og 0,83 (Dokumentasjon).

Bakgrunnsvariabler

I spørreskjemaet etterspurte vi opplysninger om ansattes kjønn, alder, yrkesgruppetilhørighet, videreutdanning, stillingsstørrelse, arbeidstid (dag/kveld/helg), om de har midlertidig eller fast ansettelse, antall år ved arbeidsstedet, antall år i helsetjenesten, samt type avdeling i sykehjemmet. For nærmere beskrivelse av disse variablene, se kap. 3.4.1 om analyse.

3.2.3 GJENNOMFØRING AV SPØRREUNDERSØKELSEN

Vi utarbeidet spørreskjema og samlet inn data gjennom den nettbaserte tjenesten nettskjema.no (UiO). Kontaktpersoner i kommunene ga oss e-postadresser til ansatte i sykehjemmene, og undersøkelsen ble distribuert til 3124 ansatte i november 2021. På grunn av lav deltakelse holdt vi spørreundersøkelsen åpen frem til februar 2022. Det ble i løpet av denne perioden sendt ut fire påminnelser via nettskjema.no, og vi henvendte oss også til kontaktpersoner i kommunene for å be om hjelp med å motivere ansatte til deltakelse. Totalt 715 deltok i spørreundersøkelsen, slik at endelig svarprosent ble 22,9 %.

3.3 INTERVJUDATA

Vi innhentet data gjennom intervju for å kunne utforske hvordan ledere i sykehjem forstår og håndterer balansen mellom pasientbehov, kapasitet og kompetanse. Følgende forskningsspørsmål var her styrende for arbeidet:

- Hvordan erfarer lederne balansen mellom pasientbehov, kompetanse og kapasitet?
- Hvilke strategier oppgir lederne at de bruker for å tilrettelegge for god helse- og omsorgshjelp?

3.3.1 REKRUTTERING, UTVALG OG KONTEKST

For å svare på disse to spørsmålene gjennomførte vi kvalitative intervju (individuelle og fokusgruppe) med 16 ledere fra kommuner hvor vi hadde gjennomført spørreundersøkelsen. Av de 16 lederne som samtykket til deltakelse, jobbet ti i store kommuner (over 20 000 innbyggere), to i mellomstore (5 000–19 999 innbyggere) og fire i små kommuner (mindre enn 5 000 innbyggere). Elleve av informantene var på intervjutidspunktet avdelingsledere/avdelingssykepleiere på sykehjem, fire var enhetsledere, mens én var kommunalsjef. Dette er nærmere beskrevet i rapportens resultatdel.

3.3.2 GJENNOMFØRING AV INTERVJU

Vi gjennomførte i alt 17 intervjuer. Fire av disse var fokusgruppeintervju (med tre til fem deltakere i hver gruppe), mens 13 var individuelle intervju. De fleste av lederne deltok både i individuelle og fokusgruppeintervju, fortrinnsvis i individuelle intervju først, med noen unntak. I alle intervjuene tok vi utgangspunkt i en intervjuguide, utarbeidet på bakgrunn av resultater fra spørreundersøkelsen blant de ansatte, samt foreliggende kunnskap på området. Vi laget én guide for fokusgruppeintervjuene (Vedlegg 2), og én for de individuelle intervjuene (Vedlegg 3). Intervjuene ble gjennomført digitalt i perioden mai til juni 2022. Alle i prosjektgruppa deltok i datainnsamlingen. I tillegg deltok førstelektor Per Gunnar Disch under fire av intervjuene og Ph.d.-stipendiat Silje Tollefsen under ett. I 13 av intervjuene var det to forskere som intervjuet, mens det i de resterende fire var én intervjuer. Intervjuene varte mellom 60 og 90 minutter, og de ble gjennomført på de digitale videomøteplattformene Zoom eller Teams. Samtalene ble tatt opp digitalt og deretter transkribert.

3.4 ANALYSER

I det følgende vil vi beskrive de kvantitative og kvalitative analysene vi har gjort av datamaterialet.

3.4 1 KVANTITATIVE ANALYSER

For å beskrive forekomsten av utelatt helse- og omsorgshjelp, så vel som karakteristika ved kommuner, sykehjem, ansatte og pasienter, brukte vi beskrivende statistikk (prosentandeler, gjennomsnitt og standardavvik). BERNCA-NH subskalaene ble brukt som kontinuerlige variabler med variasjonsbredde 1–4. Også BERNCA-SH samleskalaen som inkluderer alle 20 enkeltvariabler, ble brukt som kontinuerlig variabel, men denne ble transformert lineært til variasjonsbredde 0–100. Høy skår på skalaene indikerer at omsorgsaktivitet(er) ofte utelates.

For å identifisere mulige sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp (BERNCA-NH) og bakgrunnsvariabler, brukte vi t-test (for uavhengige utvalg) og ANOVA. Vi brukte t-test for å undersøke forskjeller i gjennomsnittsskår på BERNCA-NH for ansattes kjønn (mann; kvinne), videreutdanning (ja; nei), ansettelsesforhold (fast; midlertidig), pasientenes gjennomsnittsalder

(< 85 år; ≥ 85 år) og antall årsverk per plass (< 1 årsverk; ≥ 1 årsverk)¹⁸. Vi brukte ANOVA for å undersøke forskjeller i gjennomsnittskår på BERNCA-NH for kommunenes sentralitet (Mellomsentral; Nest minst sentral; Minst sentral) og regionale tilhørighet (Nord; Midt-Norge; Vest; Øst; Sør), antall plasser i sykehjem (≤ 20 plasser; 21–50 plasser; ≥ 51 plasser), andel heltid (< 20 %; 20–29 %; ≥ 30 %), pasientenes funksjonsnivå (Lite/avgrenset bistandsbehov; Middels til stort bistandsbehov; Omfattende bistandsbehov), ansattes alder (≤ 29 år; 30–39 år; 40–49 år; 50–59 år; ≥ 60 år), yrkesgrupper (Sykepleier/Vernepleier; Helsefagarbeider./hjelpepleier; Assistent), erfaring fra nåværende arbeidsplass (< 1 år; 1–2 år; 3–5 år; 6–9 år; > 10 år), erfaring fra helsetjenesten (< 1 år; 1–2 år; 3–5 år; 6–9 år; > 10 år), stillingsstørrelse (100 %; 75–99 %; 50–74 %; 25–49 %; ≤ 24 %) og type avdeling ansatte jobbet ved (Langtidsavdeling; Korttidsavdeling; Både kort- og langtidsavdeling).

Enkelte variabler ble omkodet slik at de fikk færre grupper og dermed ble mer hensiktsmessig å bruke i analysen. På variabelen «Yrkesgrupper» ble «Sykepleier» og «Vernepleier» slått sammen og «Annet» ble satt som «missing» – noe som resulterte i tre grupper i stedet for fem. På variabelen «Videreutdanning» ble «Ja, tilsvarende ett år eller mer» og «Ja, tilsvarende et semester» slått sammen til «Ja», slik at vi fikk to grupper i stedet for tre.

Nivå for statistisk signifikans ble satt til $p < 0,05$. Vi gjennomførte analysene ved hjelp av Excel og IBM SPSS statistikk for Windows (versjon 28 og 29).

3.4.2 KVALITATIVE ANALYSER

For intervjustudien benyttet vi kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004), som fokuserer på kontekst samt likheter og forskjeller innad i teksten. Tre av forfatterne (Devik, Fredwall og Olsen) foretok innledende analyser, der transkripsjonene fra intervjuene ble gjennomlest og gjennomgått for identifisering av meningsenheter som kunne svare på forskningsspørsmålene. Meningsenheter ble så kondensert, sortert og kategorisert. De endelige funnene er et resultat av gjentatte diskusjoner og oppnådd enighet blant alle medlemmene i forskergruppa.

3.5 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER OG HENSYN

Norsk senter for forskningsdata (NSD,¹⁹ referansenr. 703746) har vurdert at behandlingen av personopplysninger i prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Vi søkte Avdeling for helseregistre i Helsedirektoratet om tilgjengeliggjøring av aggregerte KPR-data for de inkluderte sykehjemmene. Tilgjengeliggjøringen ble vurdert å være i henhold til formålet som følger av KPR-forskriften § 1-1²⁰, samt at øvrige vilkår var

¹⁸ Ratio ble beregnet gjennom å dividere antall årsverk ved sykehjemmet med antall plasser ved sykehjemmet.

¹⁹ NSD har i ettertid skiftet navn til SIKT. På det tidspunktet søknaden ble vurdert, het organisasjonen fremdeles NSD, og det er av den grunn vi fortsatt bruker dette navnet her.

²⁰ Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR): <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-08-25-1292>

oppfylt. Tilgjengeliggjøringen skjedde med hjemmel i Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger § 19²¹.

Registerdata fra KPR anvendt i dette prosjektet er aggregert til sykehjemsnivå, og datasettene inneholder ingen opplysninger om enkeltpersoner. Anonymiserte aggregerte data fra helseregistre faller utenfor personvernregelverkets virkeområde så lenge opplysningene ikke kan spores tilbake til enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte via for eksempel koblingsnøkkel²². Før utlevering av datasettet er det gjort tiltak for å hindre bakveisidentifisering i tilfeller der det er få registreringer per sykehjem. Opplysningene er videre kun brukt til formålene som er nevnt i søknaden om tilgjengeliggjøring av registerdata.

For spørreundersøkelsen ble forespørsel om deltakelse og informasjon om studien distribuert sammen med lenke til spørreskjemaet i e-post via nettskjema.no. Deltakerne ble informert om at ved å svare på spørreskjemaet samtykket de samtidig til å delta. De ble også gjort oppmerksom på at de hadde mulighet til selv å slette sine egne opplysninger ved å angre innsending av svarene, eller ved å ta kontakt med prosjektleder. Dette måtte skje innen data var inngått i analysen – etter en oppgitt dato. I formidlingen av resultater basert på registerdata og data fra spørreskjemaundersøkelsen er det ikke mulig å identifisere de enkelte sykehjemmene, ansatte eller pasienter.

Også deltakerne i intervjustudien var på forhånd informert om prosjektet, og også de hadde gitt skriftlig samtykke til å delta. I informasjonsbrevet informerte vi om at det var frivillig å delta og at deltakerne når som helst kunne trekke samtykket tilbake uten å oppgi nærmere begrunnelse. Vi orienterte dessuten om at de da kunne kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede inngikk i analysene eller var blitt publisert. Det er ingen av informantene som har bedt om å få trekke seg eller slette opplysninger. Det innsamlede intervjumaterialet ble først transkribert og deretter anonymisert. Alle lydopptakene fra intervjuene er blitt slettet innen prosjektstutt. I presentasjonen av datamaterialet i rapporten har vi lagt vekt på at det ikke skal være mulig å identifisere enkeltpersoner av andre enn de som selv deltok i intervjusituasjonen.

²¹ Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven): <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43>

²² For mer informasjon, se SIKT (NSD) sine nettsider «Hvordan gjennomføre et prosjekt uten å behandle personopplysninger»: <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/hvordan-gjennomfore-et-prosjekt-uten-a-behandle-personopplysninger/>



4. RESULTATER

Denne delen innledes med resultater basert på registerdata fra SSB, KPR og PAI-registret (4.1), før vi presenterer resultater fra spørreundersøkelsen (4.2) og intervjustudien (4.3).

4.1 KOMMUNER OG SYKEHJEM I PROSJEKTET

Karakteristikkene ved sykehjemmene og kommunene som deltok i prosjektet, er oppgitt i Tabell 3. Sykehjemmene er i kommuner som er lokalisert i alle de fire helseregionene i Norge. De fleste var i Sør-Øst, som også er helseregionen med flest innbyggere. Flertallet av kommunene kan i henhold til SSBs sentralitetsindeks beskrives som mellomsentrale kommuner, og ingen sykehjem var lokalisert i de største og mest sentrale bykommunene i landet. Sykehjemmene har ulik størrelse, og de fleste er mellomstore sykehjem med 21–50 plasser. Vi har beregnet en ratio gjennom å dividere antall årsverk ved sykehjemmene med antall plasser. Flertallet av sykehjemmene har ett årsverk eller mer per plass.

Tabell 3. Karakteristikker ved sykehjem / kommuner i vårt utvalg i 2021

| Karakteristikker | Antall sykehjem (n=46) | Prosent eller gjennomsnitt (SA) ^a |
|--|---------------------------|---|
| Region | | |
| Nord | 11 | 24 % |
| Midt-Norge | 12 | 26 % |
| Vest | 5 | 11 % |
| Sør-Øst | 18 | 39 % |
| Kommunenes sentralitet ^b | | |
| Sentrale kommuner | 0 | 0 % |
| Mellomsentrale kommuner | 31 | 67 % |
| Nest minst sentrale kommuner | 10 | 22 % |
| Minst sentrale kommuner | 5 | 11 % |
| Antall plasser ^c | | |
| ≤ 20 plasser | 13 | 28 % |
| 21-50 plasser | 18 | 39 % |
| ≥ 51 plasser | 15 | 33 % |
| Antall plasser, gjennomsnitt | | 41,4 (25,9) |
| Antall årsverk per plass ^d | | |
| < 1 årsverk | 11 | 24 % |
| ≥ 1 årsverk | 35 | 76 % |
| Antall årsverk per plass, gjennomsnitt | | 1,18 (0,35) |

^a SA: Standardavvik

^b Data er hentet fra SSB

^c Data er innhentet fra ledere ved sykehjemmene eller kommunenes internettsider

^d Ratio beregnet gjennom å dividere antall årsverk med antall plasser ved hvert sykehjem (antall årsverk/antall plasser).

Årsverk viser til bemanning av personell som arbeider i pasientrettet arbeid som pleiefaglig helsepersonell, fysio- og ergoterapeuter samt leger).

Tabell 4 gir oversikt over noen sentrale karakteristikker ved pasientene, oppholdstyper og tiltak som er gjennomført ved de inkluderte sykehjemmene i 2021. Det var innlagt totalt 4555 pasienter på de fem oppholdstypene vi har opplysninger om (tre typer tidsbegrensede opphold, avlastning og langtidsopphold). Flertallet var kvinner, og gjennomsnittsalderen for pasientene var nesten 83 år. Videre indikerer gjennomsnittsverdiene at pasientene hadde omfattende bistandsbehov i henhold til funksjonskategoriene *ivaretagelse av egen helse*, *husholdsfunksjoner* og *egenomsorg*. For sosial fungering og kognitiv svikt hadde pasientene i gjennomsnitt middels til store bistandsbehov. Dette inkluderer pasienter som var innlagt på alle fem oppholdstypene.

Det er registrert 5304 pasienter på de fem oppholdstypene²³. Flest var innlagt på langtidsopphold, og færrest hadde vært på avlastningsopphold. Totalt halvparten var innlagt på tidsbegrensede opphold, og av disse var flest på rehabiliterings-/habiliteringsopphold.

²³ Det er 4555 kvinner og menn som har vært innlagt på 5304 opphold ved sykehjemmene. Dette indikerer at noen pasienter har flere typer opphold ved sykehjemmene i 2021.

Det er få pasienter som har mottatt helsehjelp utført ved bruk av tvang. I datasettet er det registreringer ved fem av sykehjemmene.

Vi har opplysninger om antall pasienter innlagt på de fem oppholdstypene som har fått gjennomført kartlegging av ernæringsstatus, legemiddelgjennomgang, vurdering av lege og tannhelsepersonell. Av de fire tiltakene er det vurdering av lege som gjøres mest, etterfulgt av legemiddelgjennomgang, ernæringsstatuskartlegging og vurdering av tannhelsepersonell.

Tabell 4. Karakteristikk ved pasienter og oppholdstyper i vårt utvalg av sykehjem i 2021

| Karakteristikk ^a | Antall | Prosent eller gjennomsnitt |
|-------------------------------|--------|----------------------------|
| Alder, gjennomsnitt | | 82,8 |
| Kjønn | | |
| Kvinner | 2704 | 59,4 % |
| Menn | 1851 | 40,6 % |
| Funksjonsnivå ^b | | |
| Egenomsorg | | 3,11 |
| Husholdsfunksjoner | | 3,80 |
| Ivareta egen helse | | 3,81 |
| Kognitiv svikt | | 2,66 |
| Sosial fungering | | 2,72 |
| Opphold ^c | | |
| Tidsbegrenset opphold | | |
| Utredning/behandling | 630 | 11,9 % |
| Habilitering/rehabilitering | 1435 | 27,0 % |
| Annet | 625 | 11,8 % |
| Avlastning | 383 | 7,2 % |
| Langtidsopphold | 2231 | 42,1 % |
| Helsehjelp ved tvang | 22 | |
| Tiltak ^d | | |
| Ernæringsstatus kartlagt | 1174 | 23,0 % |
| Legemiddelgjennomgang | 1394 | 27,3 % |
| Vurdert av lege | 1949 | 38,1 % |
| Vurdert av tannhelsepersonell | 596 | 11,6 % |

^a Tabellen viser aggregerte KPR data fra 2021 om 44 av de 46 inkluderte sykehjemmene.

^b Beregnet ut fra gjennomsnittsverdier hos pasienter som har vært innlagt på de fem oppholdstypene

^c Prosentandelen av de ulike typene opphold er beregnet ut fra totalt antall registrerte opphold (5304 opphold).

^d Prosentandelen for tiltakene er beregnet ut fra antall gjennomførte tiltak (totalt 5113 tiltak)..

Tabell 5. Ansatte i vårt utvalg 46 sykehjem i 2021: stillingstyper, årsverk, andel i heltid, andel kvinner og gjennomsnittsalder (N=3245-3428)²⁴

| Stillingstyper | Årsverk ⁷ | Andel i heltidsstilling | Andel kvinner | Gj.snitt alder |
|---|----------------------|-------------------------|---------------|----------------|
| Assistent el. pleiemedhjelper | 402 | 4 % | 85 % | 36 |
| Fagarbeider el. hjelpepleier | 1 106 | 19 % | 92 % | 46 |
| Sykepleier el. spesialsykepl. | 648 | 44 % | 94 % | 43 |
| Vernepleier | 29 | 49 % | 79 % | 41 |
| Ergoterapeut | 7 | 50 % | 100 % | 33 |
| Fysioterapeut | 8 | 60 % | 80 % | 40 |
| Lege | 10 | 16 % | 39 % | 45 |
| Alle stillinger, i alle de 46 sykehjemmene i vårt utvalg | 2 211 | 22 % | 90 % | 43 |

Sammenligning av vårt utvalg med nasjonale tall: Summerte karakteristika ved ansatte i de 46 sykehjemmene for stillingstyper, andel i heltidsstilling, andel kvinner og gjennomsnittsalder er helt lik med summerte karakteristika for hele utvalget av 878 norske sykehjem (se Tabell 2 i kapittel 2).

Tabell 6. Liggedøgn/beboere samt prosentfordeling mellom ulike typer av 1) institusjonsopphold for hele landet. 2) Beboere i vårt utvalg. Gjennomsnittstall for året 2021

| Type plasser i institusjon | 1) Liggedøgn for hele landet for 2021 ^a | | 2) Beboere i vårt utvalg for 2021 ^b | |
|--|--|----------------|--|--------------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Avlastning i institusjon – ikke rullerende | 566 692 | 4,0 % | 383 | 7 % |
| Tidsavgrensa opphold – utredning/behandling | 908 329 | 6,5 % | 630 | 12 % |
| Tidsavgrensa opphold – habilitering/rehabilitering | 448 143 | 3,2 % | 1434 | 27 % |
| Tidsavgrensa opphold – annet | 686 716 | 4,9 % | 625 | 12 % |
| Langtidsopphold i institusjon | 11 404 420 | 81,4 % | 2231 | 42 % |
| Total | 14 014 300 | 100,0 % | 5303 | 100 % |

^a Liggedøgn for hele landet er basert på SSB Statistikkbanken kjeldetabell 11644: <https://www.ssb.no/statbank/table/11644/>.

^b Beboere i vårt utvalg er basert på utleverte aggregerte tall fra Helsedirektoratet (KPR/IPLOS).

²⁴ Kilde for alle tall er KS' PAI-register for 2021. I denne tabellen er data fordelt etter yrkesgruppe, definert ved en enkelt stillingskode eller grupper av stillingskoder i Pai-registeret. Utvalget er 46 navngitte sykehjem til prosjektet "Ufullstendig helse- og omsorgshjelp".

Det var i 2021 til sammen over 14 millioner liggedøgn (oppholdsdøgn) i norske sykehjem, hvilket er et godt uttrykk for denne sektorens størrelse. Kolonne 1) «Liggedøgn gjennom året for de ulike plasstypene» dessuten er et uttrykk for fordelingen mellom de ulike typene av sykehjemsplasser for hele landet basert på SSB-data (se for øvrig tabell 1 i kapittel 2 om sykehjemsektoren i Norge). Kolonne 2) «Beboere i vårt utvalg» et uttrykk for antall beboere gjennom året på de ulike plasstypene i de 46 sykehjemmene som ble inkludert i spørreundersøkelsen, basert på KPR/IPLOS-registeret. Det siste er dermed ikke et uttrykk for fordelingen mellom institusjonenes ulike plasstyper, men hvor mange beboere det har vært på de ulike plasstypene. Kolonne 1 og 2 er derfor ikke helt sammenlignbare. På tidsavgrensede plasser vil det naturlig nok være større utskiftning enn på langtidsopphold.

4.2 RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN

I denne delen presenterer vi hovedfunnene fra spørreundersøkelsen som ble gjennomført blant pleiefaglige ansatte i 46 sykehjem. Først presenterer vi karakteristika ved respondentene (4.2.1) og forekomst av utelatt helse- og omsorgshjelp (4.2.2). Vi avslutter med resultater om forskjeller i utelatt helse- og omsorgshjelp mellom sykehjem og grupper av ansatte (4.2.3).

4.2 1 KARAKTERISTIKA VED RESPONDENTENE

I alt 715 (23 %) av 3124 ansatte svarte på spørreundersøkelsen. Som vist i Tabell 7, var de fleste respondentene kvinner (92 %), og utvalget fordelte seg relativt jevnt i aldersgrupper. Nesten halvparten av respondentene var helsefagarbeidere/hjelpepleiere (48 %), mens knapt en tredjedel var sykepleiere (32 %). Den tredje største yrkesgruppen var assistenter (15 %), mens det var færrest vernepleiere i utvalget (1 %). Blant de som hadde oppgitt «Annet» (4 %) på yrkesgruppe, spesifiserte de fleste at de jobbet som sykepleierstudenter eller lærlinger. Mer enn halvparten (60 %) oppga at de ikke hadde noen videreutdanning.

Når det gjelder arbeidserfaring, hadde godt over halvparten (62 %) jobbet ti år eller mer i helsetjenesten, mens en tredjedel (35 %) hadde jobbet ti år eller mer på nåværende arbeidsplass. De aller fleste (89 %) hadde en fast ansettelse ved sykehjemmet, og de fleste (70 %) jobbet på langtidsavdeling. Mange (69 %) rapporterte at de jobbet tilsvarende 75 % stilling eller mer (inkludert evt. ekstravakter), hvorav over en tredjedel oppga at de jobbet heltid (37 %).

Tabell 7. Beskrivelse av respondenter (N=715)

| Karakteristika | Antall | Prosent |
|---|--------|---------|
| Alder (år) | | |
| ≤ 29 | 151 | 21,1 |
| 30-39 | 146 | 20,4 |
| 40-49 | 162 | 22,6 |
| 50-59 | 187 | 26,2 |
| ≥ 60 | 69 | 9,7 |
| Kjønn ^a | | |
| Mann | 58 | 8,1 |
| Kvinne | 655 | 91,9 |
| Yrkesgruppe | | |
| Sykepleier | 225 | 31,5 |
| Vernepleier | 10 | 1,4 |
| Helsefagarbeider/hjelpepleier | 342 | 47,8 |
| Assistent | 109 | 15,2 |
| Annet ^b | 29 | 4,1 |
| Videreutdanning | | |
| Ja, tilsvarende ett år eller mer | 226 | 31,6 |
| Ja, tilsvarende et semester | 58 | 8,1 |
| Nei | 431 | 60,3 |
| Erfaring nåværende arbeidsplass (år) | | |
| < 1 | 79 | 11,1 |
| 1-2 | 104 | 14,5 |
| 3-5 | 168 | 23,5 |
| 6-9 | 115 | 16,1 |
| ≥10 | 249 | 34,8 |
| Erfaring i helsetjenesten (år) | | |
| < 1 | 29 | 4,0 |
| 1-2 | 48 | 6,7 |
| 3-5 | 100 | 14,0 |
| 6-9 | 92 | 12,9 |
| ≥10 | 446 | 62,4 |
| Stillingsstørrelse (%) ^c | | |
| 100 | 263 | 36,8 |
| 75 - 99 | 230 | 32,2 |
| 50 - 74 | 116 | 16,2 |
| 25 - 49 | 45 | 6,3 |
| ≤ 24 | 61 | 8,5 |
| Ansettelsesforhold | | |
| Fast stilling | 635 | 88,8 |
| Midlertidig stilling | 80 | 11,2 |
| Type avdeling en har flest vakter ^d | | |
| Langtidsavdeling | 496 | 70,3 |
| Korttidsavdeling | 107 | 15,2 |
| Både kort- og langtidsavdeling | 103 | 14,6 |

^a To respondenter svarte ikke på spørsmålet om kjønn (N=713)

^b De fleste som spesifiserte «Annet» oppga at de jobbet som sykepleierstudenter eller lærlinger

^c Spørsmålet etterspurte ikke formell stillingsprosent, men hvor stor stillingsprosent en vanligvis jobber (inkludert fast stilling/vikariat og evt. ekstravakter)

^d Ni respondenter svarte «Annet» og er ikke tatt med her (N=706)

4.2.2 FOREKOMST OG TYPER AV UTELATT HELSE- OG OMSORGSBJELP

Tabell 8 gir en oversikt over forekomst av utelatt helse- og omsorgshjelp. Blant oppgavene som *noen ganger* eller *ofte* ble utelatt, finner vi på topp det å gjennomføre aktivitet som pasientene selv ønsker (67,2 %), og det å la pasientene vente mer enn fem minutter etter at de hadde ringt etter hjelp (62,5 %). Blant de oppgavene som *aldri* eller *sjelden* ble utelatt, har flest rapportert det å gi pasienter mat når de er sultne utenom faste måltider (89,4 %) og det å gjennomføre nødvendig sårstell (81,3 %).

Flest utelatte oppgaver kan knyttes til «Psykososial omsorg» og «Dokumentasjon», hvor mellom 37,9 og 67,2 % av respondentene har svart *noen ganger* eller *ofte* på enkeltvariablene i BERNCA-NH. Dette samsvarer også med gjennomsnittskår på subskalaene, hvor «Dokumentasjon» og «Psykososial omsorg» har høyere gjennomsnittskår (henholdsvis 2,61 og 2,60) enn «Rutinemessig pleie» (2,22) og «Pleie ved behov» (2,19). Det er likevel verdt å merke seg at totalt 38,6 % og 45,4 % av respondentene har svart at de noen ganger eller ofte har utelatt rutinemessig pleie som kroppsvask/hudpleie og munn-/tannstell. Over en fjerdedel av respondentene oppgir at de noen ganger eller ofte har utelatt å assistere pasienter ved inntak av mat/drikke (25,9 %) samt mobilisere pasienter eller sørge for endring i ligge-/sittestilling (28,8 %).

Gjennomsnittskår for samleskalaen som inkluderer alle 20 enkeltvariabler i BERNCA-NH er på 46,18 (skalaen går her fra 0–100).

Tabell 8. Forekomst av utelatt helse- og omsorgshjelp

| Utelatte oppgaver ^a | Valide svar ^b | Gjennomsnitt (SA) ^c | Aldri | Sjelden | Noen ganger | Ofte |
|--|--------------------------|--------------------------------|-------|---------|-------------|------|
| | | | % | % | % | % |
| <i>Rutinemessig pleie</i> | | | | | | |
| Kroppsvask full/delvis, hudpleie | 666 | 2,18 (0,99) | 31,4 | 30,0 | 28,1 | 10,5 |
| Munn-/tannstell | 670 | 2,34 (1,01) | 25,5 | 29,1 | 31,2 | 14,2 |
| Assistere ved inntak av mat/drikke | 675 | 1,90 (0,93) | 42,2 | 31,9 | 19,4 | 6,5 |
| Mobilisere eller sørge for endring i ligge-/sittstilling | 689 | 1,97 (0,96) | 39,8 | 31,3 | 21,3 | 7,5 |
| Gjorde ting for pasient som hen egentlig kunne klare selv | 686 | 2,69 (0,87) | 8,5 | 33,2 | 39,4 | 19,0 |
| <i>Pleie ved behov</i> | | | | | | |
| Gi pasient mat når de er sultne utenom faste måltider | 695 | 1,56 (0,72) | 55,7 | 33,7 | 9,4 | 1,3 |
| La pasient ligge/sitte i urin-/avføring i mer enn 30 minutter | 696 | 1,79 (0,91) | 48,0 | 30,7 | 15,5 | 5,7 |
| Følge pasient på toalettet ved behov | 701 | 2,00 (0,91) | 35,4 | 35,5 | 22,8 | 6,3 |
| Observere pasient så ofte som du mener er nødvendig | 697 | 2,42 (1,04) | 23,4 | 29,0 | 29,4 | 18,2 |
| Vente mer enn fem minutter etter at hen har ringt etter hjelp | 694 | 2,74 (0,96) | 12,5 | 24,9 | 38,8 | 23,8 |
| <i>Psykososial omsorg</i> | | | | | | |
| Tilby emosjonell støtte f.eks. ved usikkerhet og angst | 709 | 2,54 (1,04) | 20,7 | 25,4 | 33,0 | 20,9 |
| Ha en samtale med pasient eller dennes pårørende | 696 | 2,22 (0,95) | 26,4 | 35,6 | 27,7 | 10,2 |
| Gjennomføre en aktivitet med pasient som hen selv ønsker | 615 | 2,94 (1,01) | 10,7 | 22,1 | 29,6 | 37,6 |
| Bidra til at pasient opplever fellesskap og mening i hverdagen | 662 | 2,59 (0,94) | 13,6 | 32,0 | 36,4 | 18,0 |
| <i>Dokumentasjon</i> | | | | | | |
| Lese tiltaksplan i begynnelsen av vaken | 696 | 2,74 (0,96) | 14,5 | 26,1 | 30,2 | 29,2 |
| Dokumentere den pleien som pasient har fått | 699 | 2,25 (0,96) | 25,9 | 33,9 | 29,2 | 11,0 |
| Oppdatere eller utarbeide tiltaksplan | 587 | 2,75 (1,02) | 13,5 | 27,1 | 30,3 | 29,1 |
| (Ikke inkludert i skalaene i denne undersøkelsen) | | | | | | |
| Nok tilsyn med forvirret/kognitivt svekket pasient for å unngå tvang | 670 | 2,24 (1,01) | 29,4 | 29,9 | 28,2 | 12,5 |
| Gi foreskrevet medikament til riktig tid | 592 | 2,04 (0,86) | 29,2 | 43,2 | 21,6 | 5,9 |
| Gjennomføre nødvendig sårstell | 545 | 1,82 (0,79) | 38,7 | 42,6 | 16,3 | 2,4 |

^a Se vedlegg 1 for informasjon om hvordan spørsmålene ble stilt

^b Svaralternativene «Tiltaket var ikke nødvendig» og «Hører ikke til mine arbeidsoppgaver» ble satt som missing

^c Standardavvik

4.2.3 BIVARIATE SAMMENHENGER MELLOM UTELATT HELSE- OG OMSORGSBJELP OG ANDRE FORHOLD

Tabell 9 gir oversikt over forskjeller i gjennomsnittskår for utelatt helsehjelp (BERNCA-NH) etter karakteristika ved kommuner og sykehjem. Vi fant få forskjeller i gjennomsnittskår for utelatt helse- og omsorgshjelp og karakteristika ved kommuner og sykehjem. Signifikant forskjell ble identifisert knyttet til sykehjemmenes størrelse, hvor ansatte ved de største sykehjemmene (≥ 51 plasser) rapporterte noe sjeldnere utelatte oppgaver knyttet til «psykososial omsorg» enn ansatte ved de mindre sykehjemmene ($p=0,016$).

Gjennomsnittskår for utelatt helse- og omsorgshjelp etter karakteristika ved pasienter i sykehjem er vist i Tabell 10. Her ser vi at ansatte ved sykehjem med de eldste beboerne (gjennomsnittsalder ≥ 85 år) rapporterte noe sjeldnere utelatte oppgaver enn ansatte ved sykehjem med yngre beboere. Forskjellen var signifikant på alle områder av omsorgsoppgaver («rutinemessig pleie», $p<0,001$; «pleie ved behov», $p<0,001$; «psykososial omsorg», $p=0,009$; «dokumentasjon», $p=0,004$). Vi fant også forskjeller i utelatt helse- og omsorgshjelp ut fra pasientenes gjennomsnittlige funksjonsnivå, hvor det ble gjennomgående rapportert noe sjeldnere utelatte oppgaver fra ansatte ved de sykehjemmene hvor pasientene hadde størst bistandsbehov. På funksjonsvariabelen *Egenomsorg* var forskjellene signifikante for «rutinemessig pleie» ($p=0,046$), «pleie ved behov» ($p=0,018$) og «dokumentasjon» ($p=0,010$). Videre var det på funksjonsvariabelen *Kognitiv svikt* signifikante forskjeller i utelatt helse- og omsorgshjelp for «pleie ved behov» ($p=0,007$) og «dokumentasjon» ($p=0,019$). På funksjonsvariabelen *Sosial fungering* fant vi signifikante forskjeller i utelatt helsehjelp for «dokumentasjon» ($p=0,013$).

Tabell 11 viser gjennomsnittskår for utelatt helse- og omsorgshjelp etter karakteristika ved ansatte som jobber ved sykehjemmene. Vi fant ingen vesentlige forskjeller i gjennomsnittskår mellom aldersgrupper, eller mellom grupper med og uten videreutdanning. Størst forskjell fant vi mellom yrkesgruppene, hvor sykepleiere og vernepleiere rapporterte oftere utelatte oppgaver enn helsefagarbeidere, og helsefagarbeidere rapporterte oftere utelatte oppgaver enn assistenter. Forskjellen var signifikant for samtlige områder av helse- og omsorgshjelp («rutinemessig pleie», $p=0,002$; «pleie ved behov», $p<0,001$; «psykososial omsorg», $p<0,001$; «dokumentasjon», $p<0,001$). Vi fant også kjønnsforskjeller: Kvinner rapporterte oftere utelatt helse- og omsorgshjelp enn menn på samtlige områder, og forskjellen var signifikant for «rutinemessig pleie» ($p=0,006$), «pleie ved behov» ($p=0,011$) og «psykososial omsorg» ($p=0,031$).

Ansatte med kortest arbeidserfaring ser ut til å utelate oppgaver sjeldnere enn ansatte med lengre erfaring. Størst forskjell fant vi når det gjaldt erfaring fra helsetjenesten, hvor de med kortest erfaring oppga signifikant ($p<0,001$) sjeldnere utelatt helse- og omsorgshjelp knyttet til «pleie ved behov», «psykososial omsorg» og «dokumentasjon».

Både type ansettelse og hvor mye den ansatte jobber ser ut til å kunne ha betydning for utelatt helse- og omsorgshjelp. Ansatte som hadde faste stillinger, rapporterte oftere utelatte oppgaver enn ansatte i midlertidig stillinger. Dette var tilfelle på alle områder, og forskjellen var signifikant for oppgaver knyttet til «psykososial omsorg» ($p=0,001$) og «dokumentasjon» ($p=0,014$). Signifikante forskjeller ble også funnet mellom de som jobbet mye og de som jobbet lite: De som jobbet tilsvarende heltidsstilling utelot signifikant oftere oppgaver knyttet til «psykososiale behov» ($p=0,021$), mens de som jobbet tilsvarende 24 % stilling eller mindre utelot signifikant oftere oppgaver knyttet til «dokumentasjon» ($p=0,014$).

Til sist fant vi at ansatte som jobber flest vakter ved korttidsavdelinger rapporterte oftere å utelate oppgaver enn ansatte som jobbet mest ved langtidsavdelinger. Forskjellen var signifikant for «pleie ved behov» ($p=0,012$), «psykososial omsorg» ($p=0,020$) og «dokumentasjon» ($p=0,010$).

Tabell 9. Gjennomsnittskår for utelatt helse- og omsorgshjelp (BERNCA-NH), etter karakteristika ved kommune og sykehjem

| | Rutinemessig pleie | | | Pleie ved behov | | | Psykososial omsorg | | | Dokumentasjon | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------------|---------|
| | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi |
| <i>Total</i> | 633 | 2,22 (0,72) | | 665 | 2,10 (0,71) | | 602 | 2,60 (0,82) | | 582 | 2,61 (0,88) | |
| <i>Karakteristika kommune</i> | | | | | | | | | | | | |
| Region | | | 0,248 | | | 0,482 | | | 0,100 | | | 0,203 |
| Nord | 155 | 2,32 (0,76) | | 164 | 2,16 (0,77) | | 149 | 2,64 (0,83) | | 142 | 2,53 (0,89) | |
| Midt-Norge | 111 | 2,24 (0,76) | | 115 | 2,15 (0,71) | | 104 | 2,72 (0,84) | | 94 | 2,76 (0,90) | |
| Vest | 118 | 2,18 (0,70) | | 125 | 2,09 (0,69) | | 116 | 2,64 (0,76) | | 105 | 2,54 (0,88) | |
| Sør-Øst | 249 | 2,17 (0,68) | | 261 | 2,06 (0,67) | | 233 | 2,50 (0,81) | | 241 | 2,63 (0,86) | |
| Kommunenes sentralitet | | | 0,305 | | | 0,725 | | | 0,204 | | | 0,614 |
| Mellomsentral | 435 | 2,25 (0,70) | | 460 | 2,09 (0,70) | | 417 | 2,58 (0,82) | | 418 | 2,63 (0,87) | |
| Nest minst sentral | 161 | 2,14 (0,75) | | 169 | 2,14 (0,70) | | 148 | 2,69 (0,80) | | 135 | 2,58 (0,87) | |
| Minst sentral | 37 | 2,26 (0,81) | | 36 | 2,11 (0,76) | | 37 | 2,43 (0,87) | | 29 | 2,48 (0,92) | |
| <i>Karakteristika sykehjem</i> | | | | | | | | | | | | |
| Antall plasser | | | 0,304 | | | 0,263 | | | 0,016 | | | 0,559 |
| ≤ 20 plasser | 103 | 2,21 (0,76) | | 100 | 2,04 (0,71) | | 94 | 2,61 (0,85) | | 85 | 2,61 (0,92) | |
| 21-50 plasser | 215 | 2,28 (0,75) | | 229 | 2,17 (0,68) | | 207 | 2,72 (0,83) | | 197 | 2,67 (0,88) | |
| ≥ 51 plasser | 315 | 2,18 (0,69) | | 336 | 2,09 (0,68) | | 301 | 2,51 (0,78) | | 300 | 2,58 (0,86) | |
| Antall årsverk per plass ^c | | | 0,206 | | | 0,053 | | | 0,133 | | | 0,209 |
| < 1 årsverk | 158 | 2,16 (0,66) | | 166 | 2,02 (0,69) | | 154 | 2,51 (0,81) | | 155 | 2,54 (0,83) | |
| ≥ 1 årsverk | 475 | 2,24 (0,74) | | 499 | 2,14 (0,71) | | 448 | 2,63 (0,82) | | 427 | 2,64 (0,89) | |
| Andel heltid ^d | | | 0,664 | | | 0,899 | | | 0,293 | | | 0,312 |
| < 20 % | 302 | 2,20 (0,73) | | 316 | 2,12 (0,69) | | 286 | 2,56 (0,81) | | 274 | 2,62 (0,85) | |
| 20–29 % | 160 | 2,26 (0,71) | | 167 | 2,09 (0,72) | | 146 | 2,69 (0,82) | | 148 | 2,68 (0,87) | |
| ≥ 30 % | 171 | 2,23 (0,72) | | 182 | 2,11 (0,72) | | 170 | 2,59 (0,83) | | 160 | 2,53 (0,93) | |

^a Svaralternativ^c Ratio beregnet gjennom å dividere antall årsverk med antall plasser ved hvert sykehjem (antall årsverk/antall plasser)^d Andelen heltid var mindre enn 50 % ved samtlige sykehjem

Tabell 10. Gjennomsnittskår for utelatt helse- og omsorgshjelp (BERNCA-NH), etter karakteristika ved pasienter i sykehjem²⁵

| | Total | Rutinemessig pleie | | | Pleie ved behov | | | Psykososial omsorg | | | Dokumentasjon | | |
|---------------------------------|-------|--------------------------|--------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|---------|
| | | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi |
| | 633 | 2,22 (0,72) | | 665 | 2,10 (0,71) | | 602 | 2,60 (0,82) | | 582 | 2,61 (0,88) | | |
| Gjennomsnittsalder | | | <0,001 | | | <0,001 | | | 0,009 | | | 0,004 | |
| < 85 år | 417 | 2,30 (0,74) | | 437 | 2,18 (0,71) | | 404 | 2,66 (0,81) | | 387 | 2,69 (0,90) | | |
| ≥ 85 | 200 | 2,08 (0,66) | | 211 | 1,96 (0,68) | | 184 | 2,47 (0,82) | | 181 | 2,47 (0,82) | | |
| Funksjonsnivå | | | | | | | | | | | | | |
| Egenomsorg ^c | | | 0,046 | | | 0,018 | | | 0,136 | | | 0,010 | |
| Lite/avgrenset bistandsbehov | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | |
| Middels til stort bistandsbehov | 153 | 2,33 (0,74) | | 157 | 2,22 (0,70) | | 142 | 2,69 (0,84) | | 150 | 2,78 (0,90) | | |
| Omfattende bistandsbehov | 464 | 2,19 (0,71) | | 491 | 2,07 (0,71) | | 446 | 2,57 (0,81) | | 418 | 2,56 (0,86) | | |
| Ivareta egen helse ^c | | | 0,554 | | | 0,842 | | | 0,844 | | | 0,801 | |
| Lite/avgrenset bistandsbehov | 0 | | | 0 | | | 0 | | 0 | | | | |
| Middels til stort bistandsbehov | 5 | 2,04 (0,65) | | 6 | 2,07 (0,48) | | 6 | 2,54 (0,66) | | 5 | 2,53 (0,69) | | |
| Omfattende bistandsbehov | 612 | 2,23 (0,72) | | 642 | 2,11 (0,71) | | 582 | 2,60 (0,82) | | 563 | 2,62 (0,88) | | |
| Kognitiv svikt ^c | | | 0,555 | | | 0,007 | | | 0,249 | | | 0,019 | |
| Lite/ avgrenset bistandsbehov | 23 | 2,29 (0,76) | | 25 | 2,22 (0,55) | | 22 | 2,78 (0,74) | | 26 | 2,80 (0,82) | | |
| Middels til stort bistandsbehov | 307 | 2,25 (0,74) | | 317 | 2,19 (0,71) | | 292 | 2,63 (0,82) | | 274 | 2,71 (0,89) | | |
| Omfattende bistandsbehov | 287 | 2,19 (0,70) | | 306 | 2,01 (0,70) | | 274 | 2,55 (0,82) | | 268 | 2,51 (0,86) | | |
| Sosial fungering ^c | | | 0,553 | | | 0,156 | | | 0,369 | | | 0,013 | |
| Lite/ avgrenset bistandsbehov | 23 | 2,29 (0,76) | | 25 | 2,22 (0,55) | | 22 | 2,77 (0,74) | | 26 | 2,80 (0,82) | | |
| Middels til stort bistandsbehov | 252 | 2,26 (0,73) | | 258 | 2,16 (0,72) | | 236 | 2,63 (0,83) | | 232 | 2,73 (0,90) | | |
| Omfattende bistandsbehov | 342 | 2,20 (0,71) | | 365 | 2,06 (0,71) | | 330 | 2,57 (0,81) | | 310 | 2,52 (0,86) | | |

^a Svaralternativene «Tiltaket var ikke nødvendig» og «Hører ikke til mine arbeidsoppgaver» ble satt som missing

^b Standardavvik

^c Funksjonsnivå beregnet ut fra gjennomsnittsverdier hos pasientene. Hver funksjonsvariabel har skår fra 1 til 5, og verdier større enn tre indikerer omfattende bistandsbehov

²⁵ Karakteristika er basert på aggregerte data på sykehjemsnivå fra KPR.

Tabell 11. Gjennomsnittskår for utelatt helse- og omsorgshjelp (BERNCA-NH), etter karakteristika ved ansatte

| | Rutinemessig pleie | | | Pleie ved behov | | | Psykososial omsorg | | | Dokumentasjon | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------|
| | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi |
| | Total | 633 | 2,22 (0,72) | 665 | 2,10 (0,71) | | 602 | 2,60 (0,82) | | 582 | 2,61 (0,88) | |
| Alder (år) | | | 0,270 | | | 0,107 | | | 0,247 | | | 0,266 |
| ≤ 29 | 144 | 2,26 (0,73) | | 142 | 2,20 (0,72) | | 138 | 2,55 (0,86) | | 109 | 2,46 (0,90) | |
| 30-39 | 135 | 2,31 (0,77) | | 140 | 2,16 (0,74) | | 130 | 2,66 (0,85) | | 120 | 2,70 (0,95) | |
| 40-49 | 134 | 2,15 (0,74) | | 145 | 2,01 (0,73) | | 127 | 2,58 (0,82) | | 132 | 2,62 (0,91) | |
| 50-59 | 160 | 2,22 (0,65) | | 172 | 2,10 (0,65) | | 148 | 2,68 (0,77) | | 162 | 2,67 (0,82) | |
| ≥ 60 | 60 | 2,20 (0,70) | | 66 | 1,99 (0,68) | | 59 | 2,44 (0,71) | | 59 | 2,55 (0,75) | |
| Kjønn | | | 0,006 | | | 0,011 | | | 0,031 | | | 0,142 |
| Mann | 50 | 1,97 (0,67) | | 56 | 1,89 (0,64) | | 47 | 2,35 (0,82) | | 41 | 2,42 (0,86) | |
| Kvinne | 581 | 2,25 (0,72) | | 607 | 2,13 (0,71) | | 553 | 2,63 (0,81) | | 539 | 2,63 (0,87) | |
| Yrkesgruppe | | | 0,002 | | | <0,001 | | | <0,001 | | | <0,001 |
| Sykepleier/Vernepleier ^c | 204 | 2,36 (0,76) | | 214 | 2,27 (0,74) | | 199 | 2,85 (0,75) | | 222 | 2,90 (0,85) | |
| Helsefagarb./hjelpepleier | 307 | 2,20 (0,70) | | 330 | 2,08 (0,68) | | 284 | 2,53 (0,82) | | 283 | 2,49 (0,81) | |
| Assistent | 100 | 2,07 (0,65) | | 100 | 1,95 (0,66) | | 98 | 2,37 (0,81) | | 61 | 2,25 (0,90) | |
| Videreutdanning | | | 0,688 | | | 0,655 | | | 0,584 | | | 0,184 |
| Ja | 259 | 2,21 (0,71) | | 265 | 2,09 (0,70) | | 249 | 2,62 (0,83) | | 237 | 2,67 (0,90) | |
| Nei | 374 | 2,23 (0,73) | | 400 | 2,12 (0,71) | | 353 | 2,58 (0,80) | | 345 | 2,57 (0,86) | |
| Erfaring nåværende arbeidsplass (år) | | | 0,155 | | | 0,654 | | | 0,008 | | | 0,102 |
| < 1 | 73 | 2,13 (0,70) | | 71 | 2,01 (0,77) | | 69 | 2,27 (0,82) | | 54 | 2,30 (0,99) | |
| 1-2 | 87 | 2,26 (0,78) | | 96 | 2,15 (0,71) | | 87 | 2,57 (0,79) | | 74 | 2,60 (0,83) | |
| 3-5 | 156 | 2,30 (0,71) | | 157 | 2,16 (0,68) | | 152 | 2,69 (0,83) | | 145 | 2,73 (0,89) | |
| 6-9 | 102 | 2,10 (0,71) | | 108 | 2,08 (0,74) | | 91 | 2,70 (0,86) | | 95 | 2,52 (0,90) | |
| ≥10 | 215 | 2,24 (0,71) | | 233 | 2,10 (0,69) | | 203 | 2,62 (0,78) | | 214 | 2,63 (0,82) | |

^a Svaralternativene «Tiltaket var ikke nødvendig» og «Hører ikke til mine arbeidsoppgaver» ble satt som missing

^b Standardavvik

^c 10 vernepleiere i utvalget

Tabell 11. *forts.*

| | Rutinemessig pleie | | | Pleie ved behov | | | Psykososial omsorg | | | Dokumentasjon | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|---------|--------------------------|--------------------------------|---------|
| | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi | Valide svar ^a | Gjennomsnitt (SA) ^b | p-verdi |
| <i>Total</i> | 633 | 2,22 (0,72) | | 665 | 2,10 (0,71) | | 602 | 2,60 (0,82) | | 582 | 2,61 (0,88) | |
| Erfaring i helsetjenesten (år) | | | 0,062 | | | <0,001 | | | <0,001 | | | <0,001 |
| < 1 | 28 | 1,89 (0,62) | | 26 | 1,55 (0,57) | | 27 | 1,83 (0,67) | | 15 | 1,56 (0,76) | |
| 1-2 | 42 | 2,21 (0,77) | | 42 | 2,12 (0,64) | | 43 | 2,42 (0,79) | | 32 | 2,50 (0,91) | |
| 3-5 | 96 | 2,31 (0,78) | | 97 | 2,15 (0,76) | | 89 | 2,55 (0,88) | | 78 | 2,52 (0,94) | |
| 6-9 | 84 | 2,19 (0,69) | | 84 | 2,19 (0,72) | | 78 | 2,69 (0,84) | | 72 | 2,55 (0,90) | |
| ≥10 | 383 | 2,23 (0,71) | | 416 | 2,11 (0,69) | | 365 | 2,67 (0,78) | | 385 | 2,70 (0,83) | |
| Stillingsstørrelse (%) | | | 0,493 | | | 0,624 | | | 0,021 | | | 0,014 |
| 100 | 242 | 2,27 (0,75) | | 245 | 2,14 (0,71) | | 237 | 2,69 (0,80) | | 240 | 2,75 (0,88) | |
| 75 - 99 | 207 | 2,22 (0,70) | | 220 | 2,10 (0,71) | | 188 | 2,61 (0,81) | | 196 | 2,59 (0,86) | |
| 50 - 74 | 92 | 2,20 (0,70) | | 105 | 2,12 (0,68) | | 83 | 2,59 (0,83) | | 87 | 2,48 (0,81) | |
| 25 - 49 | 37 | 2,20 (0,71) | | 41 | 1,99 (0,69) | | 35 | 2,50 (0,82) | | 29 | 2,41 (0,93) | |
| ≤ 24 | 55 | 2,08 (0,70) | | 54 | 2,02 (0,74) | | 59 | 2,28 (0,82) | | 30 | 2,89 (0,91) | |
| Ansettelsesforhold | | | 0,060 | | | 0,112 | | | 0,001 | | | 0,014 |
| Fast stilling | 562 | 2,24 (0,72) | | 591 | 2,12 (0,70) | | 527 | 2,64 (0,80) | | 524 | 2,64 (0,88) | |
| Midlertidig stilling | 71 | 2,07 (0,69) | | 74 | 1,97 (0,77) | | 75 | 2,29 (0,87) | | 58 | 2,35 (0,83) | |
| Type avdeling en har flest vakter | | | 0,678 | | | 0,012 | | | 0,020 | | | 0,010 |
| Langtidsavdeling | 445 | 2,22 (0,69) | | 464 | 2,05 (0,70) | | 430 | 2,54 (0,80) | | 406 | 2,54 (0,85) | |
| Korttidsavdeling | 96 | 2,29 (0,79) | | 100 | 2,25 (0,73) | | 89 | 2,77 (0,85) | | 93 | 2,85 (0,92) | |
| Både kort- og langtidsavd. | 87 | 2,19 (0,78) | | 96 | 2,22 (0,69) | | 77 | 2,74 (0,82) | | 78 | 2,70 (0,92) | |

^a Svaralternativene «Tiltaket var ikke nødvendig» og «Hører ikke til mine arbeidsoppgaver» ble satt som missing

^b Standardavvik

^c 10 vernepleiere i utvalget

4.3 RESULTATER FRA INTERVJUSTUDIEN

Dette delkapitlet presenterer hovedfunnene fra de 17 intervjuene vi gjorde med i alt 16 informanter. Det er inndelt i tre: I den første delen gir vi en nærmere beskrivelse av de intervjuede lederne (4.3.1), før vi presenterer hvordan de beskriver balansen mellom pasientbehov, kompetanse og kapasitet (4.3.2). Vi undersøker til slutt hvilke strategier lederne oppgir at de bruker for å tilrettelegge for god helse- og omsorgshjelp (4.3.3).

4.3.1 BESKRIVELSE AV LEDERNE SOM BLE INTERVJUET

Resultatene i intervjustudien er basert på intervju med 16 ledere. 13 av disse var mellomledere, plassert på laveste ledernivå i organisasjonen (nærmest medarbeiderne). Utvalget bestod også av én toppleder og to mellomledere på høyere nivå (plassert mellom toppleder og mellomledernivået). Både kort- og langtidssavdelinger var representert, inkludert avdelinger for somatikk, øyeblikkelig hjelp, rehabilitering, lindring og demensomsorg.

Samtlige ledere som ble intervjuet, hadde bachelorutdanning i sykepleie. Fem av lederne hadde fullført formell lederutdanning, fire var i lederutdanningsløp, mens tre hadde gjennomført lederkurs av kortere varighet. To av lederne hadde masterutdanning (eldreomsorg og folkehelsevitenskap), mens ti hadde videreutdanning, hvorav fem i geriatri, to i psykisk helsearbeid og tre innen veiledning/ pedagogikk.

De fleste informantene var kvinner (n=14) og gjennomsnittsalderen var 49 år (variasjon 26–59 år). Antall års erfaring i nåværende stilling varierte fra ½ år til 15 år (gjennomsnitt 5 år). Oversikt over informantene gis i Tabell 12.

Tabell 12. Oversikt over informanter i intervjustudien

| Nr. | Alder | Kjønn | Lederutdanning | Type stilling | År i nåværende stilling | Sykehjemsplasser |
|-----|-------|-------|----------------|----------------------------|-------------------------|------------------|
| 1 | 40 | K | Pågående | Mellomleder | 2 år | 12 |
| 2 | 26 | K | Pågående | Mellomleder | ½ år | 16 |
| 3 | 55 | M | Ja | Toppleder | 4 år | --- |
| 4 | 49 | M | Nei | Mellomleder | 1 år | 17 |
| 5 | 57 | K | Ja | Mellomleder 2 ^a | 4 år | 14 |
| 6 | 35 | K | Nei | Mellomleder | 5 år | 23 |
| 7 | 51 | K | Pågående | Mellomleder | 7 år | 27 |
| 8 | 47 | K | Nei | Mellomleder | 3 år | 24 |
| 9 | 55 | K | Nei | Mellomleder | 14 år | 28 |
| 10 | 50 | K | Nei | Mellomleder | 3 år | 56 |
| 11 | 49 | K | Pågående | Mellomleder 2 ^a | ½ år | 98 |
| 12 | 50 | K | Nei | Mellomleder | 3 år | 30 |
| 13 | 52 | K | Ja | Mellomleder | 5 år | 13 |
| 14 | 59 | K | Ja | Mellomleder | 6 år | 30 |
| 15 | 50 | K | Nei | Mellomleder | 6 år | 28 |
| 16 | 52 | K | Nei | Mellomleder | 15 år | 32 |

^a Mellomleder 2: Leder som har ledere både over og under seg i organisasjonen

4.3.2 HVORDAN ERFARER LEDERNE BALANSEN MELLOM PASIENTBEHOV, KOMPETANSE OG KAPASITET?

BESKRIVELSER AV OPPGAVER SOM UTELATES ELLER SETTES PÅ VENT

Lederne oppfattet at oppgaver som ble utelatt eller satt på vent, enten var oppgaver som ansatte prioriterte som mindre viktig der og da, eller som ble glemt eller ikke utført tilfredsstillende. Gjennomgående ble disse oppgavene omtalt av lederne som «ikke livsviktige» eller hverdagslige og at unnlattelse ikke hadde umiddelbare konsekvenser. To av lederne fortalte:

Jeg tror de oppgavene som blir utsatt i en travelt hverdag, er de oppgavene som ikke kommer etter dem (ansatte). Skittentøyskurven blir full. Da må du kaste det på gulvet, da må noe gjøres. Tiltaksplanen kommer aldri etter deg.

(Informant nr. 11)

Alle disse primæroppgavene, de er liksom førsteprioritet: mat, medisiner, den type ting. Men så har du type "andre ansvarsoppgaver" – som dette med sosiale ting – som kan bli oversett eller utelatt. Noe fordi en har det travelt, noe fordi en ikke har den rette kompetansen inne: den kunnskapen som ser behovene. (...) De får liksom dekket de primære behovene, men så har vi ikke alltid kapasitet eller mulighet til alt det andre, som er litt sånn udefinert.

(Informant nr. 12)

Typisk var dette *oppfølgende oppgaver* som for eksempel dokumentasjon i pasientjournal etter legevisitt, kartlegging av ernæringsstatus og IPLOS-registreringer. Andre typer oppfølging, som det å lese i pasientjournal, holde seg oppdatert på faglige veiledere, anvende verktøy som fantes i avdelingen, eller sørge for egen kompetanseheving, kunne også unnlates eller settes på vent. Det samme gjaldt for samtaler med pårørende.

Lederne mente at ansatte prioriterte de grunnleggende behovene, men at *oppgaver som aktiverer, både fysisk og sosialt*, og som bidrar til meningsfylte opplevelser for den enkelte pasient, kunne bli nedprioritert. Hva lederne la i «grunnleggende behov» er imidlertid uklart. Mens hovedinntrykket er at oppgaver som ble utelatt relateres til mangelfull dekking av psykiske, sosiale og eksistensielle behov, ble det gitt en rekke eksempler på at også fysiske behov kunne bli nedprioritert. Dette kunne omfatte oppgaver som hjelp til munnstell, ernæring, dusj, bleieskift, toalettbesøk, sårstell og å vedlikeholde pasientens funksjoner eller oppgaver som medfører tilsyn og overvåking av helsetilstand. En av lederne sa:

Det er viktig at sånn som blodtrykk og puls blir gjort når det skal gjøres. At det ikke blir hoppet over to dager. Det er sånne gjengangere vi har.

(Informant nr. 1)

Andre utsagn tilsa at akutte oppgaver ble prioritert framfor rutineoppgaver:

Jeg føler at ting blir ikke helt fulgt opp av sykepleierne. De er koblet på hvis det er noen akutte syke pasienter, men det mer dagligdage blir ikke fulgt opp.

(Informant nr. 2)

Det syntes å være stor enighet om at oppgaver som innebærer relasjonelt arbeid og mellommenneskelige møter, ofte forsømmes. Selv om lederne framhevet betydningen av disse oppgavene, spesielt for personer med demens, kunne de også bli oppfattet som bonusoppgaver, som betyr et overskuddsarbeid eller det å «gjøre noe ekstra» for pasienten. En av lederne forklarte:

Det er dager hvor ansatte klarer å skape rom til de gode øyeblikkene og klarer å gi noe mer, men jeg ser at de utfordres på alle de oppgavene de må gjøre som er nødvendig. Da må man kanskje slippe noen andre ting som blir en bonus, de dagene man klarer det. (...) Kanskje man skulle ønske at man så mer av aktiviteter som bidrar til livsglede? Altså, utover det at du får sove og spise, gått på toalettet og vasket deg.

(Informant nr. 6)

Oppgaver som ikke ble utført tilfredsstillende, kunne også tilhøre kategorien avvik. Dette gjaldt i all hovedsak svikt i legemiddelhåndteringen, som at medisiner ble gitt feil eller ikke gitt. En av lederne mente at ufullstendig helse- og omsorgshjelp kunne vært mer synliggjort gjennom avviksregistrering, men konstaterte at det sjelden kom avvik på det ansatte ikke hadde rukket.

FORKLARINGER PÅ HVORFOR OPPGAVER UTELATES ELLER SETTES PÅ VENT

De fleste lederne oppga at *travelhet* kunne være en av forklaringene på hvorfor oppgaver blir utelatt eller satt på vent. Hva som bidro til travelhet, kunne henge sammen med ulike forhold. Det ene var at grunnbemanningen var for lav og ikke tok hensyn til brukergruppen og de individuelle behovene til pasientene. Det kunne også være underbemanning som følge av vakantstillinger og sykefravær hvor det var utfordrende å skaffe vikarer. En av lederne pekte på at ansattes evne til å takle travle perioder kunne henge sammen med hvilket arbeidspress de var vant til fra tidligere:

Dersom man har jobbet i avdelinger hvor man alltid har veldig god tid, så er det veldig lite som skal til for å velte hele lasset. Har man jobbet i avdelinger hvor man har hatt dårlig tid, hvor man har hatt lav bemanning hele tiden, så er det lettere å takle omveltninger. Det er min erfaring fra tidligere.

(Informant nr. 4)

Travelhet kunne også ha sammenheng med at pasienter i sykehjem generelt er blitt sykere og mer hjelpeavhengige. To ledere fortalte:

Ansatte sier at: «Det var jo ikke sånn for fem år siden.» Da hadde vi mange flere som var oppgående. Vi var ikke to i stell på så mange. Nå mater vi fem, seks stykker til hvert måltid, ikke sant, så sammensetningen i avdelingen akkurat nå er annerledes.

(Informant nr. 1)

Vi har en dårlig pasientgruppe. De er mye dårligere enn de var før. Vi hadde jo flere plasser før også, og de kom inn mye friskere og fikk langtids plass. Nå er de dårligere når de kommer.

(Informant nr. 9)

Flere ledere ga uttrykk for at enkelte pasientgrupper kunne være mer utfordrende å gi tilstrekkelig helse- og omsorgshjelp til. Eksempler kunne være pasienter som ønsket svært hyppige toalettbesøk, eller pasienter som manglet innsikt i egen funksjon og reiste seg opp og gikk – for så å falle. Noen ganger kunne oppgaver også settes på vent eller utelates av hensyn til pasientens ve og vel. To eksempler som ble nevnt, var tilfeller der pasienter med kognitiv svikt ikke ble aktivisert fordi ansatte ønsket å skåne dem for inntrykk som gjorde dem urolige, eller at morgenmedisin ble gitt senere enn forordnet fordi ansatte tok hensyn til når beboerne ønsket å stå opp.

Lav kontinuitet som følge av mange ukjente på jobb, herunder innleie fra vikarbyrå, syntes også å ha betydning for at helse- og omsorgshjelp kunne bli utelatt eller satt på vent. En av lederne sammenlignet avdelingen hun hadde ansvar for med en avdeling hun jobbet ved tidligere,

og hun erfarte at hvorvidt det var kjente på jobb hadde større betydning for kvaliteten på pasientoppfølgingen enn antall personale på jobb:

Men det er veldig mange vikarer her og lite faste ansatte. Det er mange vakante stillinger, og jeg ser stor forskjell på oppfølging av pasienter og rutinene ute i avdelingen. Da tenker jeg at kultur og rutiner har veldig mye å si. Den avdelingen jeg sitter med i dag, den er jo faktisk litt bedre bemannet enn den som jeg var leder for tidligere. Men rutiner og oppfølging av pasientene var bedre på den andre avdelingen hvor det var lavere bemanning, og det skyldes nok at det var flere faste ansatte og godt rutinerne folk der.

(Informant nr. 2)

En annen leder fulgte opp dette og ga eksempel på en avdeling hvor en stabil ansattgruppe bidro til god pasientoppfølging:

De kan få beskjed om pasient som kommer om fire timer, og de klarer å svinge seg rundt og gjøre klart et rom. De er løsningsorienterte, de kjenner hverandre sine styrker og svakheter, de støtter hverandre og det er mye humør på jobb. Forstår du? Så det er imponerende hva dette med stabilitet, kompetanse og god arbeidskultur, og ikke minst det sosiale, kan bety for dette med oppfølging av pasientenes behov.

(Informant nr. 8)

Covid-19-pandemien ble av flere ledere oppgitt som årsak til at oppgaver kunne bli utelatt. Aktiviteter som de før pandemien hadde fast på programmet, forsvant da smitteverntiltakene ble iverksatt. En leder fortalte at fysisk aktivitet og trim forsvant under pandemien, og at de ikke hadde kommet helt i gjenge igjen etter den:

Vi må jobbe for å komme tilbake til de gode rutinene vi hadde før pandemien. Vi hadde liksom en god plan på det, men nå føler jeg at vi må jobbe mye for å komme tilbake dit vi var i forhold til aktivitet og trim og sånne ting, som skal være i hverdagen på et sykehjem. Så det jobber vi i hvert fall veldig med nå. For det er ikke en selvfølge lenger.

(Informant nr. 7)

Noen av lederne nevnte at pandemien kunne ha medført slitasje og tretthet hos ansatte, og at dette hadde hatt betydning for hvilke oppgaver som var blitt prioritert. En leder brukte i den forbindelse mangel på aktivisering som eksempel:

Vi må jobbe for å komme oss i gang igjen, slik at det blir like vanlig med aktivitet som det er å dele ut medisiner og måltider. Det virker som at de ansatte har vært mer passive. De gjør ikke mer enn de må, på en måte.

(Informant nr. 7)

Som leder under pandemien, var det heller ikke enkelt å være tilstrekkelig tilgjengelig for å diskutere faglige spørsmål, veilede, eller eventuelt «arrestere» uønsket praksis. Pandemien kunne ha «pauset» oppmerksomheten på kvalitet og kompetanse:

Vi ser at før pandemien så hadde vi et veldig aktivt miljø i forhold til kompetansebeving internt. Vi hadde månedlige internundervisninger med ulike temaer. Vi sendte ansatte på kurs eksternt også, men da Norge ble stengt ned, så stoppet jo all denne aktiviteten. Vi fikk ikke engang ha personalmøter. (...) Så det å korrigere og veilede har vært utfordrende når man ikke har hatt samlingspunkt. Noen ting kan jo tas opp én til én med en medarbeider, men noen ting bør også være oppe i plenum og i gruppe og i drøfting.

(Informant nr. 6)

Utelatt helse- og omsorgshjelp oppfattes videre å ha sammenheng med *kultur og arbeidsmiljø*. Noen av lederne erfarte at enkelte vikarer, med oppvekst utenfor Norge, syntes å prioritere fysiske behov hos pasientene, og at aktiviteter knyttet til psykiske og sosiale behov dermed oftere ble utelatt. Kultur og arbeidsmiljø kunne også påvirke samarbeidsviljen og i hvor stor grad den enkelte ville strekke seg i å gjøre en god jobb. En av lederne beskrev det slik:

Den ene gruppen, som har tyngst pasientbelegg, ba om hjelp fra den andre gruppen. Da ble det sutring mellom arbeidsgruppene, fordi den gruppen som hadde flest på vakt ville ikke sette en person til å gå over. Så da ble det jo til at den gruppen som hadde et overtall ble sittende å drikke kaffe til klokken var ti over åtte, mens den andre begynte å jobbe fem på åtte og ble slitne.

(Informant nr. 4)

Den samme lederen beskrev hvordan arbeidsmiljøet og ansattes motivasjon for å gjøre en god jobb også kunne påvirkes av økonomiske nedskjæringer:

Ja, og det gjør noe med folk. Det gjør noe i forhold til arbeidsmoralen og våre prioriteringer overfor brukerne. Vi har nylig kuttet tre årsverk, og jeg ser at det skjer noe i den prosessen – fra kommunen velger å si at man skal kutte, til vi greier å gjennomføre det. Da blir det veldig mye usikkerhet, og det blir vanskelig å holde motivasjonen for å utføre den gode helsehjelpen. For ansatte blir veldig usikre på sin egen fremtid.

(Informant nr. 4)

Manglende kompetanse ble sett som en betydelig forklaring på ufullstendig helse- og omsorgshjelp og som omfattet ulike former for kompetanse hos ansatte. Når det gjaldt fagspesifikk kompetanse, ble det gitt eksempler på sviktende prosedyrekunnskap i forhold til sårskift, måling av blodtrykk og måling av puls, eller til mangelfull kunnskap om ernæringsoppfølging eller omsorg for personer med demens. I tillegg til at ansatte kunne mangle formell utdanning var flere av lederne opptatt av ansattes personlige egenskaper og kompetanse. En av dem utdypet:

Det er personavhengig. Det kommer alltid an på hvem som er på jobb, hvordan de klarer å prioritere arbeidsoppgavene sine. Vi merker også kompleksitetene i de utfordringene som pasientene kommer med. Det er sykere i dag, de er dårligere, de krever mye mer oppfølging. Men alt er jo avhengig av de som er på jobb. Noen får dette til, og andre får det ikke til.

(Informant nr. 13)

Lederne så at ansatte hadde ulike tilnærings- og kommunikasjonsmåter, spesielt med tanke på å gi relasjonell omsorg. Pleiernes alder kunne spille en rolle, mente noen:

Vi ser at de unge i dag er jo ikke vant med small talk, sånn som vi er vant med. Vi er oppvokst med å snakke med naboen, ja, med å prate på butikken og sånt: Men det er ikke ungdommen i dag, og det ser vi igjen i forhold til pasientene: at de vet ikke hva de skal snakke med dem om. Det at: «Å, i dag

er det fint vær ute, hva pleide du å gjøre da?» De burde nesten fått kurs i det (latter), tenker jeg av og til. ... Ikke alle, men noen.

(Informant 16)

Ufullstendig helse- og omsorgshjelp ble dessuten knyttet til at sviktende kompetanse eller oppmerksomhet på ett område, i sin tur førte til utelatte oppgaver på et annet område. Et eksempel på dette var at hvis tiltak som ble bestemt på en legevisitt ikke ble dokumentert eller lest, så medførte dette risiko for manglende oppfølging. En av lederne erfarte også at ansatte ofte unnlot å lese pasientenes tiltaksplaner, og dermed ikke var klar over hvilken oppfølging pasienten skulle ha eller hvilke oppgaver som skulle gjøres.

Organisatoriske forhold kunne også medføre at oppgaver ble satt på vent eller utelatt. En av lederne fortalte om utfordringer knyttet til omorganisering ved sykehjemmet, hvor sykepleierne ble fristilt i eget team og tilkalt ved behov. Dette innebar at de ikke lenger var stedlig ansvarlige i avdelingene. Sykepleierne ble mest brukt i forhold til pasienter med mer eller mindre akutte behov, mens oppfølgingen i det daglige kunne bli nedprioritert. En annen leder var opptatt av at avdelingslederfunksjonen var endret og tilført nye ansvarsområder slik at han ikke fungerte som den faglige arbeidslederen han hadde vært tidligere. Lederen hadde inntrykk av at flere ansatte kunne oppleve det som belastende og at de kviet seg for å ta rollen som arbeidsleder, noe som også kunne resultere i at oppgaver ble oversett eller ikke utført. I noen kommuner var lederne opptatt av at aktivtørstillinger var forsvunnet, og at dette fikk særlig konsekvenser for ivaretagelsen av psykososiale behov hos pasientene.

Sykehjemmets *fysiske utforming* kunne også ha en betydning for helse- og omsorgshjelpen som gis. En leder sammenlignet deres avdeling med en sykehusavdeling, hvor rommene var upersonlige og hvor arealene var lite egnet for å imøtekomme pasientenes behov for lufttetter og rolig atmosfære:

De har enerom. De har TV der inne. De har seng. Men hele rommet er veldig grått. Det er jo ingen personlige eiendeler. Utenfor er det korridorer, og vi har ingen luftemuligheter her. I etasjen over oss er det noen altaner, men det krever jo at personalet har tid til å trille dem opp og sitte der sammen dem. For vi kan jo ikke gå fra dem der. (...) Det er også veldig mye støy her, for det er en veldig travel avdeling med legevisitt og pasienter inn og ut. Hele avdelingen føles veldig åpen.

(Informant nr. 12)

VURDERINGER AV KVALITETEN PÅ TJENESTEN

Lederne gav et overordnet inntrykk av at helse- og omsorgshjelpen i deres sykehjemholdt et faglig forsvarlig og akseptabelt kvalitetsnivå. Samtidig var de også opptatt av at kvaliteten på tjenesten kunne vært bedre. Dette ble særlig relatert til det å gi helhetlig og personsentrert omsorg som ivaretok den enkelte pasientens behov. Noen av informantene uttrykte at «ufullstendig helse- og omsorgshjelp» var et abstrakt og vanskelig tilgjengelig begrep, men flere beskrev tjenestene som «ufullstendige» eller «utilstrekkelige» med tanke på å gi helhetlig omsorg og innhold i pasienthverdagen. De så at ansatte stadig stod i prioriteringssituasjoner der miljøarbeid og aktiviteter måtte vike for det som ble oppfattet som mer presserende oppgaver. Kvaliteten på helsehjelpen ble i slike situasjoner knyttet til kontekstuelle forhold eller til den enkelte helsearbeiders vurderinger og evne til å se hva som stod på spill. En av lederne forklarte:

Det er det der lille ekstra: Det med at de (pasientene) får noe i hverdagen sin. Jeg vet om mange som sitter og synger med dem når de drikker kaffe på ettermiddagen. De lager en koselig stund, der og da. Men det er det der med å få det til hver dag. Vi har pårørende som har sagt at når de kommer på besøk, enkelte dager, så kjenner de at: «Her er det godt å være, her er det kjekt å være». De kjenner at hele miljøet er rett. Og det er kjekt. Men andre ganger når de kommer, så kjenner de at det er mer dempet. Det skjer ingenting, pasientene bare sitter der, og ingen snakker med dem. Det er det å få det der til: At det ikke skal være den forskjellen på de dagene. Det skal være litt liv. Det skal det være.
(Informant nr. 15)

Den samme lederen la til:

Det er litt personavhengig av pleierne, vil jeg si. Det er ikke alle som ser konsekvensene eller virkningene av det. Det går også på travelt. Jeg vet at det er travelt, og de er fleksible. De snur seg rundt. Men av og til så har en tid til andre ting også. Men vi glemmer det ut. Vi kommer ikke på det.
(Informant nr. 15)

Flere av lederne trakk fram at kvaliteten på den relasjonelle omsorgen kunne påvirkes av pleiernes individuelle forutsetninger, slik som utenlandsk kulturbakgrunn eller begrenset norsk kunnskap. En av lederne beskrev:

De (pleiere som er oppvokst utenfor Norden) er veldig flinke på det tekniske. Men så er det jo det mellommenneskelige miljøterapeutiske, og det her med samtalene som vi må ha med pasientene. Mye av det vi følger opp på pasienter, er ikke bare tekniske oppgaver. Det er også oppgaver som går på miljøterapi, ikke sant? Det med å sette seg ned og ha en samtale. Det er snakk om en demensavdeling. Du må kunne prate med folk der. Du må kunne prate med pårørende. Du må ha noen relasjoner der.
(Informant nr. 13)

Noen ledere påpekte at svikt i den relasjonelle omsorgen ikke bare var en trussel mot pasientens verdighet og livskvalitet, men også kunne forhindre dekking av andre behov. En av dem forklarte dette slik:

Kommer du ikke innenfor eller inn på dem (pasientene), får du heller ikke gjort de praktiske oppgavene, for eksempel når det behøves hjelp i dusjen eller roe ned når de blir fulle av angst.
(Informant nr. 13)

Samtidig var lederne svært oppmerksomme på at ressursene i avdelingen eller på sykehjemmet var marginale, både kompetanse- og kapasitetsmessig. Ifølge informantene står ansatte stadig i valgsituasjoner der de må avgjøre hvem som skal få hjelpen der og da, og hvem og hvilke oppgaver som må vente. Problemer med rekruttering ble hyppig omtalt i intervjuene og gjaldt spesielt sykepleiere, men i økende grad også helsefagarbeidere. Bruk av vikarbyrå ble også problematisert når det kom til kontinuitet. Kvaliteten på tjenesten ble da knyttet til hvem som var på vakt, antall pleiere på vakt og sammensetningen av kompetansen i avdelingen:

Det som er farligst er når helsepersonell tror de har mer kompetanse enn de egentlig innehar og tar på seg oppgaver som de egentlig ikke er kompetente til å ta på seg. (...) Vi har hatt noen situasjoner der for eksempel vernepleiere har ønsket seg inn i sykepleierstillinger og var i gang med å skulle gjøre oppgaver som de overhodet ikke hadde opplæring på. Det var på grensen til å være uforsvarlig.
(Informant nr. 3)

Flere framhevet at personalets kompetanse innen demensomsorg hadde mye å si for kvaliteten i sykehjemstjenesten, der andelen pasienter med demens er stor – uavhengig av om avdelinger er forbeholdt personer med demens eller somatikk. En av lederne sa:

Vi tenker jo alltid at de fleste av pasientene trenger å komme på en langtidsavdeling der gruppene er mindre, og hvor personellet er mer dedikert til den typen pasienter. Vi har mange typer pasienter å ta oss av, og vi er ikke noen spesialister på demens, selv om vi prøver så godt vi kan. Så de blir for lenge. Vi får ikke sendt dem der vi vil ha dem. Så det er jo en type utilstrekkelighet.

(Informant nr. 12)

Når det gjaldt demensomsorg, kunne dessuten sykehjemmets arkitektur – slik som lange korridorer og uoversiktlig miljø – redusere muligheten for å gi god helsehjelp til disse pasientene.

Ansattes kompetanse og fagutvikling ble generelt sett på som svært avgjørende for kvaliteten på tjenesten. Lederne pekte på forhold som vanskeliggjorde tilstrekkelig innsats og oppmerksomhet på dette. Et eksempel som ble nevnt, var at omfanget og bredden av lederoppgavene reduserte muligheten for å følge opp og være tett på ansatte. Et annet var pandemihåndteringen, som hadde tatt energi og oppmerksomhet fra både ansatte og ledere. Gjennomgående var lederne opptatt av å ha tilstrekkelig og riktig kompetanse i ansattgruppa – både av formell og uformell karakter. Dette ble sett på som avgjørende for om pasientenes behov skulle bli dekket. Kompetanseplanlegging ble slik beskrevet som en viktig del av lederjobben og kvalitetsarbeidet i helse- og omsorgshjelpen. Ledernes utfordring var å finne eller prioritere tid. Dette ble satt i sammenheng med at jobbhverdagen i stor grad ble fylt opp med administrative oppgaver eller fortløpende problemløsning – det flere av dem omtalte som «brannslukking».

4.3.3 HVILKE STRATEGIER OPPGIR LEDERNE AT DE BRUKER FOR Å TILRETTELEGGE FOR GOD HELSE- OG OMSORGSHJELP?

Lederne vi intervjuet hadde ulike ansvarsområder som påvirket handlingsrommet og rollen til den enkelte. De fleste hadde imidlertid en mellomlederposisjon som innebar både å skulle etterleve, påvirke og forholde seg til beslutninger som kommer fra politikere og høyere ledernivå, samt å lede, påvirke og forholde seg til egne ansatte som utfører den direkte helse- og omsorgshjelpen. I omtalen av hvilke strategier lederne sa at de brukte, har vi sortert innholdet inn i de to lederfunksjonene: 1) ledelse av ansatte som gir direkte helse- og omsorgshjelp; 2) ledelse i samhandling med overordnet administrasjon og politisk nivå. Lederne ga uttrykk for at de lyktes mer eller mindre med begge strategier.

LEDELSE AV ANSATTE SOM GIR DIREKTE HELSE- OG OMSORGSHJELP

Strategiene som lederne beskrev at de brukte overfor ansatte, var: å holde seg orientert, å sikre daglig bemanning og riktig oppgavefordeling, å bevisstgjøre ansatte på roller og ansvar, å støtte og veilede til god faglig praksis, samt å bygge kultur for åpenhet og læring.

Å holde seg orientert om hva som skjer i avdelingen er en viktig strategi for lederne. Dette kunne skje gjennom organiserte aktiviteter som personalmøter og vaktskifter, men en vel så viktig arena var det som skjedd i forbiarten, der og da i avdelingen:

Jeg er såpass tett på dem selv at jeg ser ... Jeg sitter jo i hjertet av avdelingen her, og jeg får med meg og ser hva som foregår.

(Informant nr. 1)

Ved å være tett på kunne lederne fange opp hvordan ansatte og pasienter har det, og de kunne avdekke utfordringer knyttet til prioritering og kvalitet på helsehjelpen som gis. Flere ledere fortalte at de fikk kjennskap til oppgaver som ble utelatt eller satt på vent ved at ansatte fortalte om det, for eksempel under vaktskifter og personalmøter. Det kunne også skje mer tilfeldig i forbiarten. For noen av lederne hadde det dessuten blitt en daglig rutine å lese i pasientjournalene, og på den måten kunne de oppdage for eksempel at pasienter ikke hadde fått dusje eller at medisin var gitt for sent. Av og til kunne lederne også bli oppmerksomme på utelatt helse- og omsorgshjelp gjennom avviksregistreringer. Men oftest handlet disse avvikene om legemiddelhåndtering og ikke typisk hjelpe- og pleieoppgaver. Lederens inntrykk var imidlertid at ansatte var tilbakeholdne med å registrere avvik og at de trengte lederens motivasjon:

Jeg sliter med å få ansatte til å skrive avvik. Jeg har mast og mast og sagt at «hvis de ikke får det til, så kom til meg, så gjør vi det sammen». Jeg kan ikke sitte og skrive alle avvikene selv, for det blir jo litt feil. (...) Så jeg prøver så godt jeg kan å overbevise dem. Og de er så enige, men så kommer det ikke noen avvik [latter] Ennå. Så jeg må kanskje være litt mer på selv også. Når jeg hører at de snakker om ting, eller det er en episode de nevner og jeg hører det, så sier jeg: «Ja, men da skriver du avvik. Nå må du skrive avvik. Kom, så skal jeg vise deg.»

(Informant nr. 1)

Det hendte også at pårørende henvendte seg direkte til lederen for å varsle om behov som ikke var dekket hos pasientene: «'Nå har hun sittet i de samme klærne i en uke', har jeg fått beskjed om. Ikke sant? Og det er kjempeflaut.» (Informant nr. 1). For lederne var godt samarbeid og kommunikasjon med legen også viktig for å holde seg orientert. En leder ga, som tidligere nevnt i forrige delkapittel, et eksempel på at tiltak bestemt under legevisitten ikke ble fulgt opp og rapportert, og der legen ga henne beskjed om dette:

Det som ofte blir utelatt her, er oppfølging av tiltak bestemt under legevisitt. Det at for eksempel observasjoner og rapportering i forhold til legemiddelbruk ikke blir fulgt opp i tilstrekkelig grad. Det har vi snakket mye om. Hvis legen kommer inn og for eksempel setter pasienten på Furix [vanndrivende medikament], og så skal han vurdere effekten uken etter. Hvis ingen skriver noe om dette, så er jo det veldig ubehagelig å sitte i legevisitt etterpå og så er det ikke gjort observasjoner knyttet til legemiddelet. Da vet ikke legen hva han skal gjøre videre, og da blir ikke helsehjelpen tilstrekkelig.

(Informant nr. 1)

Det å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser (såkalte ROS-analyser) kunne også gi verdifull informasjon om situasjonen på avdelinga. En leder fortalte:

Vi hadde jo nylig en ROS-analyse knyttet til legemiddelhåndtering. Det som kom frem er jo at legemidlene blir gitt, men de blir ikke alltid gitt til rett tid. Det var forsinkelser særlig når det gjelder morgenmedisinen. Dette har det ikke blitt rapportert særlig om på andre måter, så det er jo noe vi avdekte gjennom den ROS-analysen.

(Informant nr. 1)

Mye av lederens arbeidstid gikk med til å sikre daglig bemanning og riktig oppgavefordeling. Dette inkluderer turnusplanlegging, innleie av ekstravakter ved sykefravær og vakantstillinger, samt å sikre at rutiner for de daglige aktivitetene var på plass. Lederne som ikke hadde sekretærer som kunne bistå, opplevde at mye tid gikk med til innleie av personell. Dette gjaldt særlig ved sykehjem hvor det var et utfordrende høyt sykefravær blant ansatte. En leder fortalte imidlertid at de hadde klart å redusere sykefraværet betraktelig takket være en ny ordning de hadde innført:

Vi innførte at når noen er syk, så må de ringe direkte til meg, uansett hvilken tid på døgnet det er. Og om jeg ikke er tilgjengelig, så må de ringe kommunalsjefen. Dette førte til en drastisk nedgang i sykefraværet, og vi bruker veldig lite ressurser på å dekke innleie. Om det ringes til meg klokka sju på morgenen, så kan jeg bare informere nattevaktene: «Du må leie inn en person». Og hvis vi har en lærling, så sier jeg: «Den lærlingen kan gå selvstendig vakt den dagen.» Så jeg bruker veldig lite tid på dette med innleie. Men det handler om kontinuerlig jobbing og samarbeid med tillitsvalgt for å få til en slik ordning.

(Informant nr. 8)

Å ha tilstrekkelig og riktig kompetanse i ansattgruppen ble oppfattet som avgjørende for om pasientenes behov ble dekket, og det å fordele ansatte mellom gruppene slik at kompetansen ble mest mulig hensiktsmessig fordelt ble oppgitt som en viktig del av lederjobben. En fornuftig oppgavedeling ble sett som en løsning på ufullstendig helsehjelp, for eksempel at assistenter tar over ikke-pasientrelaterte oppgaver fra helsefagarbeiderne:

Vi må bruke kompetansen der vi trenger kompetansen på en måte. Vi kan ikke ha helsefagarbeidere som står på kjøkkenet og smører mat, og rydder på skyllerommet og sånn.

(Informant nr. 2)

Men oppgavedeling ble ikke alltid gjort med utgangspunkt i hvilken utdanning de ansatte har. Å ta hensyn til hva den enkelte ansatte kan og er skikket til, var også viktig:

Men det å få delegering, det får du ikke uten videre. Vi har folk som har jobbet her som vikar i flere år, og det har ikke vært i tankene mine i det hele tatt å gi dem medisindelegering. Ikke i det hele tatt. Så det er litt sånn individuelt det også, kan man si.

(Informant nr. 8)

Å organisere aktiviteter i avdelingen handlet også om å sikre at rutiner for de daglige aktivitetene er på plass. Rutinene sikrer at de som er på jobb faktisk vet hva de skal gjøre:

Det en ser, er jo at: desto mer rutiner vi har fått innarbeidet, og jo større enighet om hvordan ting skal gjøres, jo sikrere er vi på at pasientene får den helsehjelpen de skal ha.

(Informant nr. 3)

Å bevisstgjøre ansatte om deres roller og ansvar synes å være en stor og krevende del av lederrollen. Noen av lederne hadde erfart at bevisstgjøring av ansattes rolle og juridiske ansvar som helsepersonell skapte forpliktelser som igjen sikret bedre pasientoppfølging. En leder var opptatt av hvilken betydning begrepsbruken hadde i den sammenheng:

Vi har egentlig hatt det som mantra sikkert siden før vi begynte som ledere: Vi må være bevisst på at vi er helsepersonell og at vi gir helsehjelp til våre pasienter. For ved å koble svaret med en gang til lovverket, så beskytter det pasienten gjennom pasient- og brukerrettighetsloven spesielt. Det utløser en serie av forpliktelser med en gang vi bevisstgjør oss selv på at det er de rollene vi har.

(Informant nr. 3)

Inntrykket er at alle lederne var opptatt av å støtte og veilede til god faglig praksis. Fysisk tilstedeværelse (nærledelse), hvor lederne er tett på arbeidsprosessene i avdelingen og blir godt kjent med de ansatte, gjør at de bedre kan fange opp behov for veiledning og støtte. Arbeidet retter seg både mot å skape et godt samarbeidsklima i personalgruppa, men også mot å trygge den enkelte ansatte. Det å se og gi tilbakemeldinger til den enkelte kan bety svært mye:

Alle trenger tilbakemelding på den jobben de gjør. (...) Gi dem en bekreftelse på at de kan ta tak i enda mer kompliserte situasjoner neste gang fordi de har gjort det bra så langt. Slik tilbakemelding fra en leder er utrolig viktig. Det er veldig viktig. Det er noe helt annet enn hvis det er en kollega som sier det.

(Informant nr. 8)

Hvis ansatte opplevde dilemmaer knyttet til prioriteringer og utelatt helse- og omsorgshjelp, så lederne det som sin oppgave å gi dem støtte og bekrefte at de gjorde en god jobb:

Det er snakk om det (prioritering) også ved vaktskiftet, ikke sant, da kan man liksom støtte vedkommende: «Ja, men du gjorde det du kunne gjøre, den prioriteringen din er bra.» Da går vedkommende fra jobb og vet at han eller hun har gjort en god jobb ut ifra de ressursene vedkommende har akkurat da. Så det handler om å støtte den vurderingen de gjør, fordi de må vurdere fortløpende akkurat når ting skjer.

(Informant nr. 8)

Samtidig var lederne oppmerksom på at ansattes håndtering av prioriteringsdilemmaer varierte, og at de derfor måtte tilpasse støtten og veiledningen til den enkeltes behov:

Og så er det veldig individuelt blant ansatte også hvor mye støtte de trenger, ser jeg. Noen er veldig sannelig gode på prioritering og kan gå hjem med god samvittighet selv om de ikke har rukket alt man skulle heller, og så har du andre som kjenner veldig på den samvittigheten, ikke sant, og de trenger jo kanskje ekstra støtte og trygging på at det de har gjort er det de kunne gjøre, ikke sant. Og så det er veldig individuelt, ser jeg, blant personalet, hvordan de håndterer de dilemmaene de står i løpet av dagen, da.

(Informant nr. 1)

Å bygge kultur for åpenhet og læring ble også sett på som viktig i lederrollen. Åpenhet gjorde at lederne hele tiden var informert og at avvik ikke trengte å komme som overraskelser eller at ugunstige situasjoner fikk vedvare. Lederne fortalte at de tilrettela for rapporter, refleksjonsmøter, husmøter, personalmøter etc. som gav ansatte mulighet til å ta opp vanskelige situasjoner som gjaldt pasientoppfølging og prioriteringer. Det ble sett på som ønskelig å forhindre at problemer fikk vokse seg for store:

Etter vaktskiftet får jeg beskjed om at: «Det har vært sannelig.» Allerede neste vekten så retter vi opp dette. Den brannslukningssituasjon, hos oss, er ikke noe som skal vare over dager. Det holder ikke. Det kan være en vakt hvor ting endrer seg, at det oppstår en situasjon, men da sørger vi for at den neste vekten ikke opplever det samme.

(Informant nr. 8)

Avvikssystemet var dessuten noe som ifølge flere kunne utnyttes bedre. En av lederne sa hun jobbet mye med å få ansatte til å skrive avvik og for å utvide ansattes forståelse av hva avvik kunne være:

Vi pleier å snakke om at avvik skal knyttes til en rutine. Men jeg synes de (ansatte) også er flinke til å ikke bare peke på at «her har vi gjort en feil i forhold til hvordan vi skal gjøre ting», men: «her ser vi et behov vi ikke klarer å dekke.»

(Informant nr. 6)

Arbeid for mer åpenhet og samarbeid med pårørende ble også omtalt som en del av lederrollen. Forventningsavklaringer med pårørende er vesentlig, samtidig som pårørende trenger arenaer der det er trygt å komme med tilbakemeldinger.

LEDELSE I SAMHANDLING MED OVERORDNET ADMINISTRASJON OG POLITISK NIVÅ

Mange av mellomlederne var opptatt av at rollen deres hadde endret seg som et resultat av overgangen til en mer flat lederstruktur. Spesielt framhevet de at ansvaret for økonomi og personal var blitt større og omfattet flere oppgaver. Ansvaret kunne gi lederne større påvirkningsmuligheter, men det ble også oppfattet som begrenset av tilgang på administrativt hjelpepersonell. Noen hadde for eksempel sekretærer som tok seg av daglig innleie og ansattes arbeidsavtaler. Andre hadde det ikke. Arbeidssituasjonen innvirket blant annet på hvordan de klarte å arbeide mot overordnet ledelse og politisk nivå, så vel som mot ansatte og direkte tjenesteutøvelse. En av dem sa:

Grovt sett så gjør jeg egentlig alt. For vi har jo fått stillingstittelen «enhetsledere», og ikke «avdelingsledere», (...) og det gjør jo at vi har med alt. Fra den daglige innleien og den daglige oppfølgingen av pårørende og brukere, til at vi har økonomirapporteringen, personalansvar, budsjettansvar og sånt.

(Informant nr. 4)

Generelt gav lederne inntrykk av at den daglige driften kunne gå på bekostning av langsiktig arbeid med kapasitet og kvalitet. I samhandlingen med overordnet ledelse og politisk nivå syntes strategiene for kvalitetsarbeid å være: å orientere om faktiske forhold i tjenesten, å argumentere for behov for ressurser, og å medvirke i langsiktig strategiarbeid for tjenesten.

Å orientere om faktiske forhold ved å kartlegge den reelle ressursbruken og rapportere denne videre opp i systemet, var viktig for å skape forståelse. For å oppnå forståelse på høyere ledernivå og ikke minst politisk nivå, krevdes det ofte et betydelig oversettelsesarbeid. Flere viste til at politiske budsjettkutt risikerte å bli vedtatt på feil grunnlag. To av lederne eksemplifiserte:

Pleiefaktor er det største vaset jeg har vært borti i mitt liv. Det er en veldig enkel måte å regne det ut på. Men du tar ingen individuelle hensyn. Du tar ingen hensyn til brukergruppen.

(Informant nr. 6)

Jeg tror ikke politikerne forstår pleiefaktoren til beboere her med en alvorlig demens. Det er klart, vi vasker og stiller dem ikke hele dagen. Men det er helt andre ting de har behov for. Det er ting som ikke kan regnes i minutter og timer og penger.

(Informant nr. 4)

Rapportering av avvik var også en del av orienteringen om faktiske forhold. Foruten å gi en tilstandsrapport på kvalitet fungerte både avviksrapportering og orientering om ressursbruk som argument for ressursbehov. En av lederne gav et eksempel på at hun hadde vunnet fram med ressurskrav ved å beskrive avvik på kvalitetsindikatorer for ernæringsarbeid. Dette resulterte i at avdelingen hadde fått ekstra ressurser til personell som kunne følge opp måltidsituasjoner. ROS-analyser ble også brukt i ulike sammenhenger for å synliggjøre risiko for kvalitetssvikt for eksempel knyttet til bruk av ufaglærte og legemiddelhåndtering. Denne lederen mente at lederutdanningen gav innsikter og verktøy som gjorde henne bedre rustet i argumentasjon og samhandling med overordnet ledelse.

Behovet for en økt grunnbemanning var noe de fleste lederne framhevet og forsøkte å oppnå forståelse for:

Det prøver jeg å forklare til politikerne: at jeg ønsker å overbemanne med i alle fall minst en på dag og en på kveld. For det tror jeg hadde sikret mye mer stabilitet, i stedet for å drive den innleien (av sykepleiere).

(Informant nr. 9)

Samtidig ble det poengtert at økte ressurser ikke var et ubetinget krav eller løsningen på enhver problemstilling. Bare det å øke grunnbemanningen ville ikke hjelpe om man ikke også hadde en plan for ressursene:

Jeg kunne ha satt inn ti nye mennesker. Det hadde ikke betydd noe hvis ikke de visste hva de skulle eller hvis avdelingen ikke hadde noen plan om hva disse ressursene skulle brukes til. Da hadde det bare forsvunnet i intet, og vi hadde fortsatt ikke gjort den kartleggingen vi skulle. ... Jeg savner kanskje mer involvering fra mine ledere, enhetsleder og sektorleder, i forhold til de overordnede strategiene og målsetningene vi skal jobbe etter. Det er ikke det at vi ikke blir involvert. Men [vi blir det] i for liten grad, mener jeg, slik at vi kan jobbe litt mer strukturert med det vi holder på med.

(Informant nr. 6)

Det at politikere, ledere og ansatte «drar i samme retningen» ble framhevet av denne lederen, som så det som en nøkkel for kvalitetsarbeidet i tjenesten. Det er viktig å få mulighet til å *medvirke i langsiktig strategiarbeid for tjenesten*:

Ja, jeg tenker at det må være en rød tråd fra det øverste ledernivået – fra rådmannen og ned gjennom, vår sektorleder – og ned til mine medarbeidere gjennom meg i forhold til hva som er det ... Hva er målsetningen for vår enhet? Hva er visjonen til kommunen? Hva er verdiene vi jobber etter? Hva betyr det for helse- og omsorgsenheten? Hva betyr det for oss som avdeling på sykehjemmet? Det å ha et mål og tydelige verdier. Hva er det vi styrer etter? Jeg savner den røde tråden gjennom at jeg får være med og ha innflytelse på for eksempel helse- og omsorgsplanen. I stedet for at den blir servert meg, og så må jeg lete meg fram til hva det er vi skal drive med.

(Informant nr. 6)

Noen ledere mente at kvaliteten på samhandlingen og kommunikasjonen mellom ledernivå hadde sammenheng med kommunestørrelse. Ledere som jobbet i små kommuner kunne fortelle om nærhet til både politikere, administrasjonen og personalet. Korte linjer, oversiktighet og samlokalisering ble sett som en fordel for kommunikasjonen. I større kommuner ble også nærhet til personalet beskrevet, men lederne kunne oppleve større avstand til overordnede ledere og politikere. Andre ledere mente at kommunestørrelse ikke nødvendigvis var utslagsgivende, men at samarbeidsrelasjoner og gjensidig respekt for hverandres kompetanser var like viktig:

Jeg tenker det er en gjensidig avhengighet mellom politikere og vi som sitter i administrasjonen, i forhold til å ta gode beslutninger. I den mindre kommunen jeg kom fra, opplevde jeg at det var en bevissthet om dette: at man som fagperson og med erfaringen fra sektoren, faktisk ble lyttet til.

(Informant nr. 6)

4.4 SAMMENDRAG RESULTATER

Resultater fra prosjektets kvantitative del viser at det å utelate helse- og omsorgshjelp er vanlig blant ansatte i norske sykehjem. Ser vi på de fire hovedområdene av omsorgsoppgaver i BERNCA-NH, rapporteres det hyppigst utelatte oppgaver knyttet til «psykososial omsorg» og «dokumentasjon». Ser vi derimot på enkeltvariabler i BERNCA-NH isolert, finner vi hyppig utelatte oppgaver innenfor alle områder. De to oppgavene som oftest utelates er tett relatert til pasientens medbestemmelse og individuelle behov.

Med unntak av antall plasser i sykehjem, fant vi få forskjeller i utelatt helse- og omsorgshjelp når vi sammenlignet grupper ut fra *karakteristika ved kommuner og sykehjem*. Så vi derimot på *karakteristika ved pasientene*, fant vi at ansatte ved sykehjem med de eldste beboerne noe sjeldnere rapporterte utelatte oppgaver (innenfor alle områder) enn ansatte ved sykehjem med yngre beboere. Tilsvarende fant vi at det noe sjeldnere ble rapportert utelatt helse- og omsorgshjelp av ansatte ved de sykehjemmene hvor pasientene hadde størst bistandsbehov knyttet til egenomsorg, kognitiv svikt og sosial fungering.

Vi identifiserte en rekke forskjeller i forekomst av utelatt helse- og omsorgshjelp når vi sammenlignet grupper ut fra *karakteristika ved ansatte*. Størst forskjell fant vi mellom yrkesgruppene. Sykepleiere og vernepleiere rapporterte oftere utelatte oppgaver enn helsefagarbeidere, og helsefagarbeidere rapporterte oftere utelatte oppgaver enn assistenter – på samtlige områder. Videre fant vi at kvinner oftere rapporterte utelatt helse- og omsorgshjelp enn menn, og at ansatte som hadde faste stillinger oftere rapporterte utelatt helse- og omsorgshjelp enn ansatte i midlertidige stillinger. Mens ansatte som jobbet tilsvarende heltidsstilling oftere rapporterte utelatt helse- og omsorgshjelp knyttet til «psykososiale behov», rapporterte de som jobbet mindre stillinger hyppigere utelatt helse- og omsorgshjelp relatert til «dokumentasjon». Videre rapporterte ansatte med kortest erfaring fra helsetjenesten, samt de med kortest erfaring på nåværende arbeidssted, sjeldnere utelatt helse- og omsorgshjelp enn ansatte med lengre erfaring. Til sist fant vi at ansatte som jobbet flest vakter ved korttidsavdelinger, oftere rapporterte utelatt helse- og omsorgshjelp enn ansatte som jobbet mest ved langtidsavdelinger. Vi fant ingen vesentlige forskjeller i forekomst av utelatt helse- og omsorgshjelp når vi sammenlignet aldersgrupper eller grupper av ansatte med og uten videreutdanning.

Når det gjelder resultater fra intervjustudien, ga de 16 lederne et overordnet inntrykk av at helse- og omsorgshjelpen i deres sykehjem i hovedsak holdt et faglig forsvarlig nivå. Samtidig var de også opptatt av at kvaliteten på tjenesten kunne vært bedre. Flere beskrev den som ufullstendig eller utilstrekkelig når det gjaldt å gi pasientene helhetlig og personsentrert omsorg og et innhold i pasienthverdagen. I intervjuene identifiserte de en rekke oppgaver som utelates eller settes på vent, noe vi i denne rapporten har delt inn i fire grupper: oppgaver som aktiviserer både fysisk og sosialt; rutineoppgaver; bonusoppgaver; avvik.

Oppgavene som utelates eller settes på vent, kan berøre grunnleggende behovsområder hos pasienten, men gjennomgående ble disse oppgavene sett på som ikke livsviktige eller hverdagslige. Oppgaver som aktiviserer, både fysisk og sosialt, og som bidrar til meningsfylte opplevelser for den enkelte pasient, kan dermed bli nedprioritert. Det synes dermed å være stor enighet om at oppgaver som innebærer relasjonelt arbeid og mellommenneskelige møter, ofte blir forsømt. Forklaringer som gis på dette ble satt i sammenheng med travelhet, tilstander hos pasientene, lav kontinuitet i personalgruppa, pandemi, kultur og arbeidsmiljø, manglende kompetanse, organisatoriske forhold, og sykehjemmets fysiske utforming.

I intervjuene gikk det frem at lederne anvendte en rekke ulike strategier for å tilrettelegge for god helse- og omsorgshjelp. Disse strategiene rettet seg både mot ansatte som utøver den direkte helsehjelpen og mot politikere og høyere ledernivå i kommunen. Strategier overfor ansatte inkluderte det å holde seg orientert, sikre daglig bemanning og riktig oppgavefordeling, bevisstgjøre ansatte på roller og ansvar, støtte og veilede til god faglig praksis, samt å bygge kultur for åpenhet og læring. I samhandlingen med overordnet ledelse og politisk nivå ble det beskrevet strategier som det å orientere om faktiske forhold i tjenesten, argumentere for ressursbehov og å medvirke i langsiktig strategiarbeid for tjenesten.



5. DISKUSJON

I denne delen vil vi diskutere resultatene fra våre undersøkelser i lys av tidligere forskning, forsvarlighet og kvalitet, lederrollen og personell- og kompetansesituasjonen.

5.1 VÅRE RESULTATER SAMMENLIGNET MED TIDLIGERE FORSKNING

Sammenlignet med studien til Norman og Sjetne (2019), som også ble gjennomført i norske sykehjem, er det i vår undersøkelse høyere gjennomsnittskår på 17 av de 20 enkeltvariablene i BERNCA-NH. Dette innebærer at ansatte i vårt utvalg i større grad opplevde å utelate helse- og omsorgsoppgaver enn ansatte i Norman og Sjetnes studie. De tre oppgavene hvor vårt utvalg hadde lavere gjennomsnittskår (dvs. sjeldnere utelatt), gjaldt det å gi pasienter mat når de var sultne utenom faste måltider, samt oppgaver knyttet til dokumentasjon (dokumentere gitt pleie, samt oppdatere/utarbeide tiltaksplan). Også når vi sammenligner totalskår for alle enkeltvariablene samlet, ser vi at vår studie har høyere gjennomsnittskår (46,18) enn hos Norman og Sjetne (39,85). Vi har ikke mulighet til å si noe sikkert om hva som kan være årsak til denne forskjellen. Det at vår studie ble gjennomført under Covid-19-pandemien, kan muligens ha hatt en betydning. Flere sykehjem opplevde økt arbeidsbelastning i denne perioden, og i tillegg kan restriksjoner som følge av smitteverntiltak ha hatt en betydning for gjennomføring av enkelte omsorgsoppgaver – for eksempel knyttet til psykososiale behov (Jacobsen et al., 2021). Vår studie ble imidlertid gjennomført i en fase av pandemien med betydelig færre restriksjoner enn det som var gjeldende i starten. Vi tror derfor situasjonen i studiefasen er tilnærmet lik dagens situasjon på sykehjem.

Sammenligner vi våre resultater med resultater fra den sveitsiske studien til Zúñiga et al. (2015a; 2015b), ser vi en tilsvarende, men enda tydeligere forskjell i forekomst av utelatte oppgaver. Zúñiga et al. oppgir ikke skår på enkeltvariabler eller totalskår for alle enkeltvariabler samlet, men kun på subskalaer. På samtlige subskalaer i den sveitsiske studien er gjennomsnittskår lavere

(variasjon 1,36–2,03) enn i vår studie (variasjon 2,10–2,61). Sammenligner vi våre resultater med den svenske studien til Andersson et al. (2022), ser vi også her at ansatte i vårt utvalg skårer i gjennomsnitt høyere på enkeltvariabler i BERNCA-NH.

Våre resultater indikerer at ufullstendig helse- og omsorgshjelp kan ha sammenheng med karakteristika ved sykehjemmene, de ansatte og beboerne. Ytterligere analyser hvor en kontrollerer for andre variabler er nødvendig for å kunne konkludere hvorvidt det her er snakk om reelle sammenhenger. Flere av resultatene av de bivariate analysene våre sammenfaller imidlertid med resultater fra andre studier, som for eksempel at utelatte oppgaver har sammenheng med hvor lenge ansatte har jobbet i helsetjenesten (Phelan et al., 2018a), men at ansattes alder i seg selv ikke har betydning (Malmedal et al., 2014).

Som vi har beskrevet innledningsvis, viser kunnskapsoppsummeringen fra Andfossen et al. (2021) at det er mangel på studier der lederperspektivet ved ufullstendig helse- og omsorgshjelp blir satt i fokus. I spørreundersøkelsen om utelatt helsehjelp, som helsepersonellet har besvart, er mangel på tid inngangen til å besvare hvilke oppgaver som blir utelatt i tjenesten. Ved å intervju lederne bidrar vårt prosjekt til å nyansere hva, utover tidsperspektivet, som kan bidra til å forstå og forklare ufullstendig helse- og omsorgshjelp i sykehjem i Norge i et lederperspektiv.

Tidspress og travelhet er også av lederne i vårt utvalg beskrevet som en viktig medvirkende faktor til ufullstendig helse- og omsorgshjelp. De mener travelheten kan henge sammen med flere forhold, deriblant egenskaper ved pasientgruppen og lav kontinuitet blant de ansatte. Dette samsvarer med kunnskapsoppsummeringen til Andfossen et al. (2021), der pasientene ble beskrevet som dårligere og med større og mer komplekse omsorgsbehov. Når det gjelder lav kontinuitet blant de ansatte, så nyanserer resultatene i denne studien dette ved å beskrive at lederne ikke nødvendigvis setter dette i forbindelse med antall ansatte på jobb. Lederne beskriver at de kan sette inn mange personer på jobb, men at det ikke nødvendigvis fører til at oppgaver blir utført. De mener dette avhenger mer av om den ansatte er godt kjent i avdelingen, rutinert og fast ansatt i avdelingen. Studier foretatt i sveitsiske sykehjem (Zúñiga et al., 2015a, 2015b), som undersøkte forholdet mellom bemanning og utelatt helsehjelp, bekrefter lignende forhold. Her fant forskerne at pleiernes opplevelse av utilstrekkelig bemanning hadde en signifikant sammenheng med utelatelse eller rasjonering av oppgaver, mens faktisk bemanning ikke hadde det.

Resultatene fra vår intervjustudie viser at lederne har et mangefasettert bilde av kvaliteten i sykehjemstjenesten. Samtidig kommer det frem at de var forholdsvis ukjente med begrepet «ufullstendig helse- og omsorgshjelp». Ufullstendig helse- og omsorgshjelp blir her først og fremst beskrevet og forstått som en kvalitetssvikt og et angitt potensial for forbedring. Utelatte oppgaver blir i hovedsak eksemplifisert med oppgaver som ikke ble betraktet som livsviktige, og tjenesten blir dermed heller ikke vurdert som uforsvarlig. Det var først underveis i intervjuene at mange av informantene reflekterte over at utelatte oppgaver også omfattet grunnleggende behov og dermed noe som representerte en trussel mot pasientsikkerheten og forsvarligheten i tjenestene.

5.2 FORSVARLIGE TJENESTER?

Våre resultater aktualiserer diskusjoner om *kvalitet og forsvarlighet* i helse- og omsorgstjenestene. Dette er uttrykk som hyppig brukes i allmennheten, i faglige sammenhenger og i lovgivningen. Helsepersonell skal i henhold til *Helsepersonelloven* § 4 utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. I *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* påpekes det at tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet (§ 1-1). I § 4-1 settes forsvarlighet i sammenheng med at tjenestetilbudet skal være helhetlig, koordinert og verdig. Kommunene skal tilrettelegge tjenestene slik at de har tilstrekkelig fagkompetanse og slik at personellet som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Denne lovgivningen har forholdsvis generelle og overordnede beskrivelser. Hvor den konkrete terskelen eller listen skal ligge mellom forsvarlighet og uforsvarlighet knyttes vanligvis til andre og mer konkrete normer. Eksempler på dette er *faglige normer* som beskriver anerkjent kunnskap og faglige retningslinjer, og *allmenne samfunnsetiske* normer relatert til for eksempel menneskeverd, verdighet og omsorgsfull hjelp.

Våre resultater aktualiserer spørsmål om forsvarlighet og kvalitet både i forhold til juss, faglige normer og allmenne normer. Ansatte i sykehjem rapporterte at det å utelate omsorgsoppgaver på grunn av tidsnød er vanlig i sykehjem. Det er både knyttet til den faste grunnleggende pleien (som kroppsvask, munn- og tannstell og assistanse ved inntak av mat og drikke), behov som oppstår mer spontant (som det å gi beboeren mat når de er sultne utenom faste måltider, la beboeren ligge eller sitte i urin og avføring i mer enn 30 minutter og følge til toalettet ved behov), psykososial omsorg (støtte, samtale, aktivisere og bidra til at beboer opplever fellesskap og mening i hverdagen) og til faglig dokumentasjon. Lederne i intervjuundersøkelsen bekreftet disse hovedpunktene.

Er bildet som framtrer av våre funn ‘over’ eller ‘under’ streken for hva som er ‘faglig forsvarlig’ og ‘omsorgsfull hjelp’? De funnene vi har presentert i denne rapporten, peker mot at ufullstendige praksiser er vanlig innenfor sentrale grunnleggende livsområder for beboere. Det betyr ikke at slike ufullstendige praksiser berører alle pasientene, men at de skjer forholdsvis ofte innenfor de nevnte områdene. Dette er områder relatert både til innholdet i statlige forskrifter²⁶ til faglige normer og til allmenne samfunnsetiske normer.

Forsvarlighet er både et individuelt ansvar og et virksomhetsansvar. Det stilles krav til helsepersonells utøvelse av helse- og omsorgshjelpen og til virksomhetens organisering av hjelpen. Kravet om forsvarlighet er dermed også et krav om forsvarlig organisering av tjenesten. Sentrale og lokale myndigheter og ledelsen ved det enkelte sykehjem har ansvar for å gjennomføre organisatoriske, styringsmessige og ressursmessige tiltak som gjør det mulig for personellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Det høye nivået av utelatt helse- omsorgshjelp i studien er etter vår vurdering et varsko til nasjonale og kommunale myndigheter om behovet for å etablere slike tiltak og virkemidler.

²⁶ Aktuelle slike forskrifter er [Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten](#) og [Forskrift om en verdig eldreomsorg](#) som begge setter konkrete krav til tjenestetilbudets innhold, for eksempel tilpasset hjelp ved måltider, nødvendig hjelp til personlig hygiene og forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell.

5.3 LEDERROLLEN

Mellomledernivået, som lederne i denne studien representerer, utgjør det ledernivået som er nærmest klinisk praksis, men som også er 'overvåket' og blir ledet av overordnet ledernivå i kommunen (Birken et al., 2018). Mellomledernivået er strategisk plassert for å begrense kunnskaps- og informasjonshull, samt oversette politikk, strategier og midler fra toppnivået til personalet som skal sikre pasienter og brukere gode og trygge tjenester (Birken et al., 2013; Ziadewicz et al., 2016). Som funnene våre viser, opplever mellomlederne at det er store krav og forventninger til rollen, noe som medfører ansvar for økonomi og personell så vel som kvalitet i tjenesten. Noen opplever bredden av ansvar og oppgaver som grenseløs, og mange ser rollen som endret og stadig mer omfattende. Utflatende lederstruktur og manglende støttepersonell antydes som forklaringer. Inntrykket stemmer med feltet for øvrig, der studier viser sammenhenger mellom ledernes arbeidsmengde og effektivitet (Cummings et al., 2008; Ericsson & Augustinsson, 2015; Foss et al., 2018). Mellomlederne i vår studie snakket lite om den klassiske lojalitetskonflikten mellom egne ledere og ansatte de selv ledet. Lojaliteten syntes å ligge hos ansatte og kvaliteten de forsøker å sikre for pasientene. Dette sammenfaller med en studie av Solbakken et al. (2019) som viser at mellomledere balanserer sine tre ansvarsområder for fag, personal og økonomi, men at best mulig pasientomsorg likevel er den viktigste oppgaven.

Lederne relaterte kvalitetsarbeidet både til ressurser, i form av tilstrekkelig antall personer og kompetanse på jobb, og sin egen innvirkning. De fleste var svært bevisste på ansvaret de hadde for å orientere politisk- og overordnet ledernivå og påvirke ressurstildelingen for tjenesten. Grunnbemanningen ble gjennomgående erfart som utilstrekkelig, samtidig som økt antall personer på jobb ikke var ensbetydende med økt kvalitet. Her var lederne inne på mange forhold, blant annet viktigheten av planlegging og deres egen oppfølging av ansatte og arbeidsmiljøet.

Oppmerksomheten på hvordan ulike typer ledelse påvirker resultatene i tjenesten, er økende (Cummings et al., 2018). Innen helsetjenesten generelt og kvalitetsforbedring spesielt er en aktiv ledelse som ivaretar menneskelig interaksjon (Davidson, 2010) og er responderende, fleksibel og åpen for endring, sett på som mer nyttig enn ledelse som baseres på kontroll (McKimm & Till, 2015). Ansatte som omfattes av en 'top-down'-styring kan oppleve at de blir del av en adlydende kultur som reduserer deres evne til å yte omsorg (DeForge et al., 2011). I studien til DeForge et al. (2011) ble resultatet at ansatte i stor grad prioriterte tid på den fysiske pleien som de ble målt på og som hadde dokumentasjonskrav. Andre studier viser også at helsearbeidere kan ha inntrykk av at ledelsen ikke lytter til eller responderer på eventuelle bekymringsmeldinger om kvaliteten på omsorgen (Blackman et al., 2020; Willis et al., 2018). Sammenhenger er påvist mellom rasjonering av oppgaver, pasientsikkerhet, og ledere som ikke er oppmerksomme på ansattes arbeidsbelastning eller involverer dem i beslutningsprosesser (Hegney et al., 2019).

Flere av våre informanter var nettopp opptatt av å tilrettelegge for mer nærhet og dialog med ansatte, og sa også at de forsøkte å oppmuntre til mer avviksregistrering. I relasjonen til ansatte framstod lederrollen som svært mangfoldig. Lederne beskrev en veksling mellom å være kontrollør, pådriver, tilrettelegger og motivator, der de forsøkte å tilpasse seg ulike behov hos ansatte. De så at de hele tiden måtte være 'påkoblet', som noen av dem uttrykte det. De beskrev på mange vis det som kjennetegner relasjonell ledelse, med åpen to-veis kommunikasjon, dialog, tilgjengelighet, trygghet og tydelighet (Enehaug et al., 2019).

Relasjonell ledelse ses også som en del av de gunstige betingelsene når det gjelder å redusere forekomst av utelatt helsehjelp (Andfossen et al., 2021). Samtidig er tilrettelegging for involvering

og medvirkning fra ansatte også en del av vilkårene for å gi 'slakk i organisasjonen' (Song et al., 2020). Gunstige arbeidsmiljø hevdes å være organisasjoner som gir «slakk». Mer konkret vil dette si arbeidsplasser som gir ansatte mulighet til å påvirke arbeidsdagen og til å oppleve felleskap og eierskap til både ressurser og oppgaver (Song et al., 2020). Grunnbetingelser for å oppnå «slakk» i organisasjoner angår utvilsomt tilstrekkelig antall personer og riktig kompetanse på jobb, men betinger også at lederen tilrettelegger for at ansatte kan 'eie' og påvirke egen arbeidssituasjon. Våre inntrykk fra intervjuene var at lederne var opptatt av forholdet til ansatte og hadde oppmerksomhet på kulturens betydning, mens medvirkningsprosesser ble mindre omtalt. Kanskje hadde de vanskelig for å se handlingsrommet? De fleste vurderte grunnbemanningen som utilstrekkelig, og muligheten til fleksibilitet kunne dermed kjennes liten.

Resultatene fra vår studie og beskrivelsene av praksis fra mellomlederne, viser sykehjemmet som en kompleks organisasjon med komplekse problemer (Anderson et al., 2003). Kjennetegnet på komplekse problemer er at det har mange komponenter. Hvert problem og situasjon er unik og endrer seg hele tiden, og det er ingen ferdig oppskrift på hvordan problemene og situasjonene skal håndteres (Roberts, 2000). Det er ingen lineære sammenhenger mellom det en setter inn som tiltak og det som blir resultatet. Hvordan situasjonene og problemene forstås, avhenger av hvem du spør. Det er dermed viktig ikke å redusere situasjonene og problemene til et «enkelt» problem (Sturmberg & Martin, 2013). Dette er krevende for lederne som hele tiden må balansere og tilpasse løsninger og tiltak. Samtidig viser lederne i vår studie en stor kunnskap om situasjonene og konteksten problemene oppstår i, noe som er viktig for løsningene på komplekse problemer. Det er imidlertid en bekymring for at handlingsrommet for kreative og nye løsninger for mellomlederne er små, da de i tillegg uttrykker et behov for å bli mer involvert i strategisk arbeid fra både politisk og administrativt hold.

5.4 ØKT BEHOV FOR PERSONELL OG KOMPETANSE

Pasientene i sykehjem er i stor grad avhengig av personalets bistand. Når hjelpen blir satt på vent eller utelatt, får det umiddelbare konsekvenser for deres velvære og livskvalitet. Gjentatte slike utelatte handlinger, slik som manglende munnhygiene, kan i tillegg bidra til sykdomsutvikling og smertefulle tilstander over tid. Lav grunnbemanning og sykefravær kan skape travelhet og samtidighetskonflikter i det daglige arbeidet som gjør at personalet må gjøre prioriteringer, med utelatte oppgaver som konsekvens. Dette ble understreket av de fleste lederne i vårt utvalg. Travelhet oppgis av dem som en viktig forklaring på hvorfor oppgaver blir utelatt eller satt på vent. De opplevde at det var klar sammenheng mellom grunnbemanning og utelatt hjelp.

Vi har tidligere i rapporten referert til utviklingstrekk i sykehjemsektoren med økning i antall pasienter med tidsbegrensede opphold og større bistandsbehov (Statistisk sentralbyrå, 2022), kortere botid før død (Kjelvik & Jønsberg, 2017), flere dødsfall (Folkehelseinstituttet, 2022) og høy sykdomsbyrde (Gulla, 2018; Helvik, Engedal, Benth, & Selbæk, 2015). Det er rimelig å anta at disse forholdene har skapt et økt behov for både personell og kompetanse.

Omfanget og karakteren av utelatt helse- og omsorgshjelp som fremgår av denne rapporten, aktualiserer diskusjonen om hvorvidt det i dag er et misforhold mellom oppgaver som må utføres i sykehjem og tilgjengelige ressurser. Likeledes aktualiseres spørsmålet om det er behov for definerte bemanningsnormer for de ulike stillingskategoriene i sykehjem for å sikre kvalitet. Nasjonale bemanningsnormer er for dette formål innført i barnehage og skole. Argumenter for

dreier som om at bemanningsnormer kan bidra til bedre arbeidsvilkår for ansatte med bedre tjenestekvalitet som resultat. Argumenter *mot* handler gjerne om økonomiske konsekvenser for kommunene, at normer kan oppfattes som en stivbent minstestandard og at lokale forskjeller bør tilsi ulik bemanning (Melby, Ågotnes, Ambugo, & Førland, 2019). Det er utfordrende å skape konsensus om hva som er tilstrekkelig bemanning for de ulike yrkesgruppene og for ulike typer av sykehjemsavdelinger. For eksempel krever pasienter i palliative plasser tettere oppfølging fra lege og sykepleier enn pasienter i vanlige langtidsplasser. På samme måte vil rehabiliteringsplasser i sykehjem kreve større bemanning og tverrfaglig innsats, særlig fra fysioterapeuter og ergoterapeuter, enn langtidsplasser. Vi merker oss fra Tabell 2 at fysioterapeuter og ergoterapeuter til sammen utgjør mindre enn 1 % av årsverkene i sykehjem. Legeårsverkene utgjør 0,5 % av de totale årsverkene. Disse yrkesgruppene representerer nødvendig spesialkompetanse som utfyller kompetansen til de to store yrkesgruppene på sykehjem, helsefagarbeidere og sykepleiere.

5.5 METODOLOGISKE OVERVEIELSER

Vi vil avslutningsvis presentere noen metodologiske overveielser relatert til kvalitet på registerdata, spørreundersøkelsen og intervjustudien.

5.5.1 KVALITET PÅ REGISTERDATA OG SPØRRESKJEMADATA

Registerdata av denne type er beheftet med en viss usikkerhet. Eierne av registrene har rutiner for kvalitetssikring av dataene. Likevel kan feilrapportering forekomme som følge av ulike forståelser av variablene og ulike lokale rapporteringsrutiner. Det kan dermed være en risiko for både under- og overrapportering av data. Gitt slike mulige feilkilder, må tallene tolkes med forsiktighet. De gir ikke nødvendigvis et fullstendig og komplett bilde av tjenestene i kommunene.

Vi har innhentet aggregerte data KPR- og PAI-registret, det vil si opplysninger som er sammenslått slik at det ikke er mulig å identifisere pasienter og ansatte ved sykehjemmene. Aggregert data er basert på få opplysninger, noe som kan begrense verdien for forskning og helseanalyser²⁷.

For å sikre pasientenes anonymitet, fikk vi ikke ulevert KPR-opplysninger der det var færre enn fem registrerte pasienter per variabel per sykehjem. Manglende data gjelder i størst grad for tidsbegrensede opphold og avlastningsopphold. I tillegg er det fjernet data på enkelte variabler fra andre sykehjem for å hindre bakveisidentifisering (sekundærprikking) fordi datasettet inneholdt totalt antall pasienter for oppholdene. Manglende data har i noe grad begrenset analysene, og blant annet inneholder Tabell 4 opplysninger basert på totaltall.

Noen pasienter har vært innlagt ved flere sykehjem i 2021. På grunn av strukturen i de innrapporterte dataene, er det utfordrende å koble opplysninger om kartlegging av ernæringsstatus, legemiddelgjennomgang samt vurdering av lege/tannhelsepersonell på det enkelte sykehjem dersom pasienten har vært innlagt på to sykehjem og tidsperiodene overlapper. På grunn av den lave andelen pasienter som har vært innlagt på flere enn ett av sykehjemmene, er det lav risiko for betydelig påvirkning på resultatene.

²⁷ Flere opplysninger om helsedata finnes her: [Helsedata.no - for forskning, helseanalyse, kvalitetsarbeid i helsetjenestene](https://helsedata.no)

5.5.2 SPØRREUNDERSØKELSEN

En styrke med spørreundersøkelsen er at vi inkluderte ansatte ved 46 sykehjem i 24 kommuner i alle landets helseregioner. Sykehjemmene var hjemmehørende i både små kommuner med store avstander, mellomstore bynære kommuner og bykommuner. Videre varierte sykehjemmene i størrelse, og de var noe ulikt organisert. De aller fleste sykehjemmene hadde egne avdelinger eller øremerkede senger for ulike typer opphold. Et fåtall var såkalte korttidssykehjem, mens andre hadde kun plasser for pasienter på langtidsopphold. Karakteristika ved ansatte innenfor stillingstyper, heltid/deltid, kjønn og gjennomsnittsalder er svært lik når vi sammenligner vårt utvalg av 46 sykehjem med alle norske sykehjem (Tabell 2 og 5). Dette, samt variasjon i lokalisasjon, størrelse og organisering, gjør at utvalget av sykehjem i denne studien kan være representativt for sykehjemsektoren i Norge.

Spørreundersøkelsen hadde en svarprosent på 22,9 %. En så lav svarprosent øker risikoen for skjevhet i utvalget, noe som kan bidra til at resultatene ikke blir valide og representative for studiepopulasjonen (Polit & Beck, 2017). Vi har ingen opplysninger om ansatte som ikke svarte på undersøkelsen, og vi kunne derfor ikke gjøre analyser for å sammenlikne dem med de som deltok. På den andre side kan vi sammenlikne karakteristikker ved deltakerne med karakteristikker ved ansatte i sykehjemsektoren i Norge (Tabell 2 og 7). Vi ser en omtrentlig lik fordeling i henhold til kjønn og stillingstyper, noe som tilsier at utvalget er representativt når det kommer til disse karakteristikene.

Flere forhold kan ha medvirket til den lave svarprosenten. Spørreundersøkelsen ble gjennomført under Covid-19-pandemien, og i tidspunktet for utsendelse opplevde Norge en ny smittebølge og strenge smittevernrestriksjoner. Tidligere forskning viser at ansatte i norske sykehjem opplevde koronapandemien som krevende, og den medførte blant annet omorganisering og omfordeling i bruk av ressurser innad i sykehjemmene (Jacobsen et al. 2021). Det er derfor tenkelig at noen ansatte ikke har prioritert å svare på undersøkelsen i en krevende periode.

Spørreundersøkelsen ble sendt elektronisk til de ansattes e-postadresser. Vi fikk tilsendt lister med ansattes e-postadresser fra kontaktpersoner i kommunene, og ting kan tyde på at flere av disse listene ikke var oppdaterte. Vi fikk flere meldinger om ugyldige e-postadresser (meldingen «Ugyldig mottaker» i Nettskjema), og noen av de inviterte ga tilbakemelding via e-post om at de ikke lenger arbeidet ved sykehjemmet der de var oppført. Dette er i samsvar med forskningsmetodelitteratur som påpeker at elektroniske undersøkelser oftere har lav svarprosent på grunn av ugyldige e-postadresser, men e-poster kan også bli blokkert av sikkerhetsprogramvarer (Polit & Beck, 2017). Det er kjent at mange får hyppige forespørsler om deltakelse i ulike spørreundersøkelser, noe som kan forklare at svarprosenten på elektroniske undersøkelser har gått ned over tid (Nayak & Narayan, 2019).

En styrke med studien er at vi har brukt et validert instrument, BERNCA-NH, for å undersøke ufullstendig helse- og omsorgshjelp. Instrumentet er tidligere oversatt, tilpasset norske forhold og testet i en større populasjon, og de måletekniske egenskapene er funnet tilfredsstillende (Norman & Sjetne, 2019).

En svakhet ved studien var at vi anvendte registerdata på aggregert nivå, noe som la begrensninger for statistiske analyser. Fremtidige studier bør vurdere å bruke data på individnivå for å oppnå et mer nyansert bilde av karakteristikka ved pasientene i sykehjemmene.

5.5.3 INTERVJUSTUDIEN

Hensikten med intervjustudien var å utforske hvordan ledere i sykehjem forstår og håndterer balansen mellom pasientbehov, kapasitet og kompetanse. Studiens pålitelighet og troverdighet er forsøkt sikret gjennom hele prosessen, fra design og innhenting av data, til tolkning og rapportering (Morse et al., 2002). Informasjonsstyrken (Malterud et al., 2016) vurderes som høy i studien. Rekrutteringen av deltakere var formålstjenlig, og utvalget av ledere reflekterte variasjon, men også konsentrert erfaring med fenomenet. Studiens hensikt var avgrenset, spørsmålene i intervjuguidene var basert på foreliggende kunnskap, og kvaliteten på dialogen i intervjuene ble vurdert som god. Analysestrategien søkte dessuten individuelle erfaringer, ikke sammenligninger.

Selv om det var ønskelig å få god representasjon av ulike kommunestørrelser, ble utvalget dominert av ledere fra store kommuner. Noen av lederne hadde riktignok tidligere erfaring fra lederstillinger i andre og mindre kommuner, som de også reflekterte over. Majoriteten av lederne var kvinner.

Det at datainnsamlingen ble gjennomført med både individuelle intervju og fokusgrupper, kan innebære både styrker og svakheter. I de individuelle intervjuene fikk lederne stor anledning til å dele egne og lokale erfaringer. I fokusgruppene fikk de mulighet til å speile og diskutere egne erfaringer med andre. Tendensen til å svare sosialt ønskelig eller vurdere hvilken informasjon man vil meddele av hensyn til andre, for eksempel arbeidsgiver eller kommune, er til stede i kvalitative intervju og kan øke når deltakere intervjues i grupper (Bergen & Labonté, 2020). Vårt inntrykk er imidlertid at lederne snakket åpent om de utfordringene de eventuelt erfarte. Begrepet 'ufullstendig helse- og omsorgshjelp' var forholdsvis ukjent for lederne og ble gjenstand for refleksjon i intervjuene. Svarene og diskusjonene ble dermed både avdekkende og utdypende i forhold til begrep som kvalitet, pasientsikkerhet og forsvarlighet, som ledere i sektoren ellers er vant med å bruke.

De fleste ledere ble først intervjuet enkeltvis og deretter i gruppe, men noen deltok av ulike praktiske grunner først i fokusgruppeintervju før de ble intervjuet individuelt. Det at rekkefølgen på intervjuene varierte, kan ha hatt en innvirkning. Innhold og erfaringsdeling i fokusgruppeintervjuene kan ha påvirket hva lederne delte individuelt i etterkant. Den digitale gjennomføringen kan også ha innvirket både positivt og negativt. For noen vil det kunne kjennes enklere å dele erfaringer i digitalt rom framfor fysisk tilstedeværelse, for andre ikke. Den digitale formen var samtidig fleksibel og lite ressurskrevende, og det sikret at lederne kunne delta innenfor sin arbeidstid, uten å måtte bruke mye tid på å reise.

Innledende analyser ble foretatt av tre forskere, hvorav to hadde sykepleiebakgrunn og arbeidserfaring fra sykehjemstjenesten. Resultatene som presenteres er oppnådd i diskusjon og med enighet i forfattergruppa. Resultatene er ikke generaliserbare, men overførbarheten er sikret med opplysninger om deltakerne, konteksten og en transparent framstilling av den gjennomførte forskningsmetoden.



6. AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Beboerne i sykehjem er blant de mest sårbare og hjelpetrengende pasientene i vårt samfunn. Ut fra resultatene fra denne studien er det flere innsatsområder som fremstår som særlig viktige å ta tak i for å sikre god kvalitet og forsvarlighet i tjenestene til denne pasientgruppen. Både spørreundersøkelsen blant ansatte og intervjuene med lederne indikerer at det er ingen selvfølge at sykehjemspasienter får dekket sine grunnleggende behov og rett til medbestemmelse. Utelatt helse- og omsorgshjelp var ifølge ansatte i vårt utvalg av 46 sykehjem vanlig, både knyttet til psykososial omsorg, den faste grunnleggende pleien, behov som oppstår mer spontant og til faglig dokumentasjon. Dette kan først og fremst være alvorlig for den enkelte beboer, men også for sykehjemmenes omdømme.

Mulige forklaringer finner vi særlig i ledernes rikholdige beskrivelser. De knytter utelatt hjelp både til travelhet, tilstander hos pasientene, lav kontinuitet i personalgruppa, pandemi, kultur og arbeidsmiljø, manglende kompetanse, organisatoriske forhold og sykehjemmets fysiske utforming. En viktig grunn for lav kontinuitet er utvilsomt den høye andelen av deltidsansatte i sykehjem. Fortsatt arbeid med å stimulere en heltidskultur i sykehjem vil skape større kontinuitet, noe som i neste omgang kan redusere ufullstendig helse- og omsorgshjelp.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser flere bivariate sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og karakteristika ved sykehjem, ansatte og pasienter som understøtter ledernes forklaringer. Statistiske analyser der det kontrolleres for de ulike bakgrunnsfaktorene er imidlertid nødvendig før vi kan konkludere om statistiske sammenhenger.

Lederne i vårt utvalg uttrykte både evne og vilje til å gjøre noe med utfordringene, men også at de hadde begrenset handlingsrom til å iverksette nødvendige tiltak. Strategier overfor ansatte, som det å bygge kultur for åpenhet og læring og støtte og veilede til god faglig praksis, fordrer at lederne er tett på arbeidsprosessene i avdelingen. Flere opplevde at stort ansvarsområde hindret slik nærledelse. Ett av utgangspunktene for dette prosjektet var et behov for mer innsyn i lederperspektivet på utelatt helse- og omsorgshjelp. Med ny innsikt og kunnskap ser vi nå behov for å utforske nærmere lederfunksjonene i sykehjem og hvilket reelt handlingsrom som ligger hos mellomlederne.

Utelatt helse- og omsorgshjelp knyttes ofte til travelhet, og dette var også tilfelle i lederintervjuene. Samtidig var lederne opptatt av at antall personer på jobb hjelper lite dersom personalet i avdelingen ikke har den riktige kompetansen eller det mangler en plan for hvordan den skal brukes. Mange av mellomlederne uttrykte et ønske om å være tettere på overordnet ledelse og mer delaktige i overordnet planlegging av tjenesten. De bestrebet nærhet til sine ansatte, men sa lite om hvordan de selv involverte ansatte i beslutninger eller la til rette for medvirkning. Om målet er slik litteraturen anbefaler, nemlig å skape en 'slakk i organisasjonen' som muliggjør ansattes eierskap og påvirkning av egne arbeidsvilkår og tilstrekkelig antall personer og riktig kompetanse på jobb, så peker disse funnene på et mulighetsrom som kan bemyndige både mellomledere og ansatte i arbeidet med bedre kvalitet i sykehjemsomsorgen.

Det å utelate hjelp til pasienters grunnleggende behov, er alvorlig og kan representere en trussel mot pasientsikkerheten og forsvarligheten i tjenesten. Dette er både et individuelt ansvar, et virksomhetsansvar og et myndighetsansvar. Nasjonale og kommunale myndigheter og ledelsen ved det enkelte sykehjem må gi de ansatte rammevilkår som gjør det mulig for dem å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Den høye forekomsten av ufullstendig helse- og omsorgshjelp som er vist i denne studien, er etter vår vurdering et varsko om behovet for å etablere nye tiltak og virkemidler som reduserer problemet.

Det er etter vår vurdering også viktig å skape en åpenhetskultur omkring disse utfordringene, herunder å utvikle konkrete varslingsrutiner og organer for dette lokalt, slik at faktiske mangler synliggjøres og dermed kan gripes fatt i.



REFERANSER

- Anderson, R. A., Issel, L. M. & McDaniel Jr, R. R. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing Research*, 52(1), 12–21. <https://doi.org/10.1097/00006199-200301000-00003>
- Andersson, I., Eklund, A. J., Nilsson, J. & Bååth, C. (2022). Prevalence, type, and reasons for missed nursing care in municipality health care in Sweden - A cross sectional study. *BMC nursing*, 21(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00874-6>
- Andfossen, N. B., Devik, S. A., Obstfelder, A. & Olsen, R. M. (2021). *Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: Oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt. En hurtigoversikt av forskningslitteratur*. Senter for omsorgsforskning. Oppsummering nr. 26. <https://hdl.handle.net/11250/2827806>
- Bergen, N. & Labonté, R. (2020). “Everything Is Perfect, and We Have No Problems”: Detecting and Limiting Social Desirability Bias in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 30(5), 783–792. <https://doi.org/10.1177/1049732319889354>
- Birken, S., Clary, A., Tabriz, A. A., Turner, K., Meza, R., Zizzi, A., Larson, M., Walker, J. & Charns, M. (2018). Middle managers’ role in implementing evidence-based practices in healthcare: a systematic review. *Implementation Science*, 13(1), 149–149. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0843-5>
- Birken, S. A., Lee, S. Y. D., Weiner, B. J., Chin, M. H. & Schaefer, C. T. (2013). Improving the effectiveness of health care innovation implementation: middle managers as change agents. *Medical Care Research and Review*, 70(1), 29–45. <https://doi.org/10.1177/1077558712457427>
- Blackman, I., Henderson, J., Weger, K. & Willis, E. (2020). Causal links associated with missed residential aged care. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1909–1917. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12889>

- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B.-O. & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 37, 82–91. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>
- Cummings, G., Lee, H., MacGregor, T., Davey, M., Wong, C., Paul, L & Stafford, E. (2008). Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(4), 240–248. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.007154>
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M. & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Davidson, S. J. (2010). Complex responsive processes: a new Lens for leadership in twenty-first-century health care. *Nursing Forum*, 45(2), 108–117. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00171.x>
- Deforge, R., Wyk, P. M., Hall, J. & Salmoni, A. (2011). Afraid to care; unable to care: A critical ethnography within a long-term care home. *Journal of Aging Studies*, 25(4), 415–426. <https://doi.org/10.1016/J.JAGING.2011.04.001>
- Enehaug, H., Nordvik, B. & Falkum, E. (2019). *Norsk Ledelsesbarometer 2019*. AFI-rapport 05/2019. Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet <https://hdl.handle.net/10642/8919>
- Ericsson, U. & Augustinsson, S. (2015). The role of first line managers in healthcare organisations – A qualitative study on the work life experience of ward managers. *Journal of Research in Nursing*, 20(4), 280–295. <https://doi.org/10.1177/1744987114564258>
- Folkhelseinstituttet. (2022). *Dødsårsaksregisteret – statistikkbank*. D3: Dødsfall, etter dødssted. URL: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Foss, B., Eriksson, K. & Näden, D. (2018). Love and responsibility: A new understanding of leadership. *Nursing Science Quarterly*, 31(2), 148–156. <https://doi.org/10.1177/0894318418757023>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gulla, C. (2018). *A fine balance: drug use in Norwegian nursing homes*. (Doctoral degree), University of Bergen, Bergen. <https://hdl.handle.net/1956/18479>
- Hegney, D. G., Rees, C. S., Osseiran-Moisson, R., Breen, L., Eley, R., Windsor, C. & Harvey, C. (2019). Perceptions of nursing workloads and contributing factors, and their impact on implicit care rationing: A Queensland, Australia study. *Journal of Nursing Management*, 27(2), 371–380. <https://doi.org/10.1111/jonm.12693>
- Helvik, A. S., Engedal, K., Benth, J. Š. & Selbæk, G. (2015). Prevalence and Severity of Dementia in Nursing Home Residents. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40(3–4), 166–177. <https://doi.org/10.1159/000433525>

- Jacobsen, F. F., Arntzen, C., Devik, S. A., Førland, O., Krane, M. S., Madsen, L., Moholt, J.-M., Olsen, R. M., Tingvold, L., Tranvåg, O., Ågotnes, G. & Aasmul, I. (2021). *Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem*. Senter for omsorgsforskning. Rapportserie nr. 01/2021. <https://hdl.handle.net/11250/2737650>
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L. & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Kjelvik, J. & Jønsberg, E. (2017). *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende*. Oslo: Helsedirektoratet.
- 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. <https://doi.org/10.1108/JAP-02-2013-0004>
- Malterud, K., Siersma, V.D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- McKimm, J. & Till, A. (2015). Clinical leadership effectiveness, change and complexity. *British Journal of Hospital Medicine*, 76(4), 239–243. <https://doi.org/10.12968/hmed.2015.76.4.239>
- Melby, L., Ågotnes, G., Ambugo, EA & Førland, O. (2019). *Kartlegging av medisinsk faglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger*. Senter for omsorgsforskning. Rapportserie nr. 2/2019. <http://hdl.handle.net/11250/2596428>
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K. & Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13–22. <https://doi.org/10.1177/160940690200100202>
- Nayak, M. S. D. P. & Narayan, K. A. (2019). Strengths and weaknesses of online surveys. *Technology*, 6(7), 0837–2405053138.
- Norman, R. M. & Sjetne, I. S. (2019). Adaptation, modification, and psychometric assessment of a Norwegian version of the Basel extent of rationing of nursing care for nursing homes instrument (BERNCA-NH). *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4817-3>
- Phelan, A., McCarthy, S. & Adams, E. (2018). Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 626–636. <https://doi.org/10.1111/jan.13466>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, United States: Wolters Kluwer.
- Roberts, N. (2000). Wicked problems and network approaches to resolution. *International Public Management Review*, 1(1), 1–19.
- Solbakken, R., Bondas, T. & Kasén, A. (2019). Safeguarding the patient in municipal health-care – a hermeneutic focus group study of Nordic nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 27(6), 1242–1250. <https://doi.org/10.1111/jonm.12806>

- Song, Y., Hoben, M., Norton, P. & Estabrooks, C. A. (2020). Association of Work Environment With Missed and Rushed Care Tasks Among Care Aides in Nursing Homes. *JAMA Network Open*, 3(1), e1920092. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20092>
- Statistisk sentralbyrå. (2022). Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. Retrieved from <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>
- Sturmberg, J. P. & Martin, C. M. (2013). Complexity in Health: An Introduction. In J. P. Sturmberg & C. M. Martin (Red.), *Handbook of Systems and Complexity in Health* (pp. 1–17). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4998-0_1
- Sworn, K. & Booth, A. (2020). A systematic review of the impact of 'missed care' in primary, community and nursing home settings. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1805–1829. <https://doi.org/10.1111/jonm.12969>
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Willis, E., Harvey, C., Thompson, S., Pearson, M. & Meyer, A. (2018). Work Intensification and Quality Assurance: Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 33(2), E10–E16. <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000277>
- Willis, E., Henderson, J., Hamilton, P., Toffoli, L., Blackman, I., Couzner, L. & Verrall, C. (2015). Work intensification as missed care. *Labour & Industry: A Journal of the Social and Economic Relations of Work*, 25(2), 118–133. <https://doi.org/10.1080/10301763.2015.1060811>
- Zjadewicz, K., White, D.E., Bouchal, S.R. & Reilly, S.M. (2016). Middle managers' role in quality improvement project implementation, are we all on the same page? – A review of current literature. *Safety in Health*, 2, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s40886-016-0018-5>
- Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P., Engberg, S., Simon, M. & Schwendimann, R. (2015a). The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1463–1474. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.005>
- Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P., Engberg, S., Simon, M. & Schwendimann, R. (2015b). Are Staffing, Work Environment, Work Stressors, and Rationing of Care Related to Care Workers' Perception of Quality of Care? A Cross-Sectional Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(10), 860–866. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.04.012>
- Zúñiga, F., Schubert, M., Hamers, J. P., Simon, M., Schwendimann, R., Engberg, S. & Ausserhofer, D. (2016). Evidence on the validity and reliability of the German, French and Italian nursing home version of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), 1948–1963. <https://doi.org/10.1111/jan.12975>



VEDLEGG

VEDLEGG I: VARIABLER I BERNCA-NH

VEDLEGG II: INTERVJUGUIDE FOKUSGRUPPEINTERVJU

VEDLEGG III: INTERVJUGUIDE INDIVIDUELLE INTERVJU

VEDLEGG 1: VARIABLER I BERNCA-NH

Referanse: Norman, R. M. (2019). Measuring nursing practice in *Norwegian nursing homes: identification, modifications and evaluation of instruments*. Doktoravhandling, UiO.

Basel Extent of Rationing of Nursing Care for nursing homes (BERNCA-NH)

Spørsmålene nedenfor handler om nødvendige og vanlige pleietiltak. På grunn av MANGEL PÅ TID eller FOR MYE Å GJØRE, kan det hende at slike tiltak ikke blir utført, eller at de ikke blir utført riktig. Hvor ofte i løpet av de siste 7 vaktene dine har det skjedd at ...

[Svaralternativ] aldri – sjelden – noen ganger – ofte – tiltaket var ikke nødvendig – hører ikke til mine arbeidsoppgaver

1. ... du ikke kunne utføre full eller delvis kroppsvask eller hudpleie for pasient (-er)?
2. ... du ikke kunne utføre munn- eller tannstell for pasient(-er)?
3. ... du ikke kunne gi passende hjelp til pasient(-er) som ikke kan spise eller drikke selv?
4. ... du ikke kunne mobilisere eller sørge for endring i ligge/sittestilling til pasient(-er) som ikke klarer det selv?
5. ... du måtte la pasient(-er) ligge/sitte i sin urin/avføring i mer enn 30 minutter?
6. ... du ikke kunne tilby emosjonell støtte til pasient(-er) f.eks. ved usikkerhet og angst, følelse av avhengighet?
7. ... du ikke kunne ha en samtale med pasient(-er) eller dennes pårørende?
8. ... du ikke kunne følge pasient(-er) på toalettet ved behov, slik at hun/han måtte late vannet i bleie?
9. ... du gjorde ting for pasient(-er) som hun/han egentlig kunne klare selv (f.eks. gåtøying, kle på seg eller vaske seg selv)?
10. ... du ikke kunne observere pasient(-er) så ofte som du mener er nødvendig (f.eks. vandrer omkring, eller ligger for døden)?
11. ... du ikke kunne ha nok tilsyn med forvirrete eller kognitivt svekkete pasient(-er) og at det derfor ble satt inn tvangstiltak eller gitt beroligende medikamenter?
12. ... du måtte la pasient(-er) vente mer enn fem minutter etter at hun/han har ringt etter hjelp?
13. ... du ikke hadde nok tid til å lese tiltaksplan(-er) for å oppdatere deg om pasientenes situasjon i begynnelsen av vekten?
14. ... du ikke kunne oppdatere eller utarbeide tiltaksplan(-er)?
15. ... du ikke kunne dokumentere tilstrekkelig den pleien som pasient(-er) har fått?
16. ... du ikke kunne gjennomføre en aktivitet med pasient(-er) som hun/han selv ønsker (f.eks. spasertur, følge til butikken)?

17. ... du ikke kunne bidra til at pasient(-er) opplever fellesskap og mening i hverdagen?
18. ... du ikke kunne sørge for at pasient(-er) får mat når de er sultne utenom faste måltider?
19. ... du ikke kunne gi et foreskrevet medikament til riktig tidspunkt?
20. ... du ikke kunne gjennomføre nødvendig sårstell for pasient(-er)?

VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE FOKUSGRUPPEINTERVJU

Hvordan ser sykehjemstjenesten ut med dine øyne?

Hovedspørsmål til fokusgruppeintervju med ledere i sykehjem

Tilrettelegging for god helse- og omsorgshjelp

Hva må etter deres syn til for å sikre at ansatte kan gi god helse- og omsorgshjelp til beboerne?

Hvis jeg sier: «Kulturen i avdelinga har liten betydning for om helse- og omsorgshjelp blir utelatt» – hva tenker dere da?

Ansvar for kompetanse og bemanning

Vi skal nå gå over til å snakke mer om kompetanse og bemanning. Kan dere beskrive hvilket ansvar dere har for kompetanse og bemanning i deres avdeling?

Hvis jeg sier: «Kvaliteten på helse- og omsorgshjelpa avhenger mer av hvilken erfaring personalet har enn av hvilken yrkesutdanning de har» – hva tenker dere da?

Vi tar to påstander om ansvar som vi gjerne vil legge frem for dere.

- Den første påstanden er: «Ansvaret for at pasientene får den helse- og omsorgshjelpa de har behov for ligger hos de ansatte som møter dem i det daglige.»
- Den andre påstanden er: «Ansvaret for at pasientene får den helse- og omsorgshjelpa de har behov for ligger hos lederne og politikerne i kommunen.»

Hvilken av disse to påstandene er mest dekkende for hva dere selv mener?

Prioriteringskriterier

Det siste vi ønsker å ta opp er såkalte prioriteringskriterier. Helsemyndighetene har sagt (jf. Meld. St. 34 «Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering») at vurderinger av situasjonens alvorlighet, tiltakets forventede nytte og den totale ressursbruken skal være avgjørende for om tiltak og gjøremål skal prioriteres.

Vi vil gjerne ha dere til å reflektere over disse tre prioriteringskriteriene når det gjelder pasientene på deres avdelinger.

- I hvor stor grad legges disse kriteriene til grunn for prioritering ved deres avdelinger?
- Hvilken betydning har prioriteringskriteriene (altså alvorlighetsgrad, forventet nytte og total ressursbruk) for det å gi ufullstendig helsehjelp?

VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE INDIVIDUELLE INTERVJU

Hvordan ser sykehjemstjenesten ut med dine øyne?

Hovedspørsmål til individuelle intervju med ledere i sykehjem

Kompetanse og ressurser

Om du tenker på en vanlig arbeidsdag eller arbeidsuke, kan du beskrive hvilke oppgaver du gjør knyttet til bemanning og kompetanse i avdelinga?

Har avdelingen / sykehjemmet etter ditt syn tilstrekkelig med ressurser til å gi god helse- og omsorgshjelp til beboerne?

Opplever du at du som leder har innflytelse på kompetansesituasjonen og bemanningssituasjonen i din avdeling?

Har dere utarbeidet en kompetanseplan i din institusjon?

Ufullstendig helse- og omsorgshjelp

Kan du fortelle om en situasjon hvor du opplevde / fikk høre om at pasienter ikke fikk den helse- og omsorgshjelpa de hadde behov for? (Bruk gjerne eksempler, men ikke nevne navn etc.)

Etter din erfaring, hvilke oppgaver overser, utelater eller setter de ansatte på din avdeling på vent?

Dersom det er noe du tenker du ville ha gjort annerledes i din avdeling og du skulle fått frie hender til å gjøre det, hvordan ser du for deg at dere på en best mulig måte kunne ha møtt pasientenes behov for helse- og omsorgshjelp?



Senter for
omsorgsforskning

www.omsorgsforskning.no