

Høgskolen i Gjøviks rapportserie, 2006 nr 6

**Sykehjem i Oslo og Akershus:
indikatorer på svikt -
slik ledere og pleiere ser det**

Prof. Tor Inge Romøren
Senter for omsorgsforskning
Institutt for helse- og sosialfag

Gjøvik 2006
ISSN 0806-3176

Innhold

Sammendrag.....s	3
Bakgrunn.....s	5
Materiale.....s	5
Presentasjon og drøfting av resultater.....s	8
Utenlandske arbeidstakere.....s	14
Betydningen av sykehjemmets driftsform.....s	15
Oppsummering og konklusjon.....s	16
Vedlegg.....s	18

Sammenheng

Rapporten redegjør for en spørreskjemaundersøkelse gjennomført ved Senter for omsorgsforskning, Høgskolen i Gjøvik. Undersøkelsen var et oppdrag for Helsetilsynet i Oslo og Akershus og er foretatt blant ledere og ansatte ved 111 sykehjem i disse to fylkene. 111 av 115 (97 %) av institusjonene deltok, og i alt 1036 respondenter har returnert spørreskjemaer. Formålet med undersøkelsen var å finne fram til aktivitetsområder og institusjoner som Helsetilsynet i Oslo og Akershus bør prioritere i sin tilsynsvirksomhet.

Det aktivitetsområdet som - i følge ledere og ansatte - ansees å ha størst mulighet for svikt er fysioterapitjenesten, dernest den psykososiale stimuleringen og pasientenes behov for aktivitet/mobilitet. Det er en tendens til at områder som har med selve driftsrutinene å gjøre kommer bedre ut i vurderingene enn slike som har med pleien å gjøre. Svarene viser også at pasientene i gjennomsnitt får feil medisiner ca. én gang per måned eller sjeldnere. Det er kun ufaglærte på vakt i avdelingen i gjennomsnitt ca. én gang per måned eller sjeldnere.

En har sammenlignet mulighetene for svikt på hvert enkelt sykehjem på ved å beregne institusjonenes avvik fra gjennomsnittet ("z-skåre") på utvalgte områder: kvaliteten i pleien, driftsrutinene, medikamenthåndteringen og kompetansen til personalet på vakt. Resultatene viser at mange sykehjem ligger nokså "midt på treet", dvs. nær gjennomsnittet. Svært få går igjen som henholdsvis klart over eller klart under gjennomsnittet på de feltene som er undersøkt. Dersom en tar for seg de 10 % "dårligste" og de 10 % "beste" sykehjemmene på hvert av disse områdene, finner en at

- to sykehjem er blant de 10 % dårligste på tre av fire områder
- åtte sykehjem er i samme posisjon på to av fire
- to av disse skårer blant de 10 % beste på ett av de andre
- elleve sykehjem er blant de 10 % dårligste på ett og blant de 10 % beste på ett
- syv institusjoner er blant de 10 % beste på to
- ingen sykehjem befinner seg blant de 10 % beste på tre eller fire områder

Det betyr at institusjonene har sine styrker og svakheter på ulike felt. Det er ikke slik at mange er dårlig på alt og mange gode på alt.

Slik mulighetene for svikt er målt i denne undersøkelsen, avspeiler resultatet både den faktiske situasjonen ved sykehjemmene og skjønnet til de som svarer. En har undersøkt om skjønnet som ligger bak vurderingene til den enkelte respondent varierer med respondentenes kjønn, alder, stilling, hvor lenge de har

arbeidet ved sykehjemmet, og om vedkommende er vokst opp i Norge. Ingen av ulikhetene i skjønn som er påvist langs disse dimensjonene er særlig store. Men alt i alt ser det ut til at respondentenes *stilling* og respondentenes *oppvekstland* betyr mest for hva slags skjønn en benytter. Ledere har en tendens til å bruke et mer romslig skjønn enn de som arbeider i pleien, og ansatte som er oppvokst i Norge ser ut til å være strengere i sitt skjønn enn andre – alt annet likt.

I dette materialet har alt i alt 21 % av de som har svart en utenlandsk bakgrunn. 3 % av institusjonslederne er vokst opp utenfor Norge, det samme gjelder 18 % av avdelingslederne, 37 % av sykepleierne og 14 % av hjelpepleierne/omsorgsarbeiderne med pleiefunksjoner. Land i Asia, Norden og Øst-Europa er hyppigst representert.

26 % av sykehjemsplassene (22 % av institusjonene) i Oslo og Akershus drives av andre organisasjoner enn kommunen. Vi har innhentet tilleggsopplysninger om slike sykehjem og vurdert om kommunal drift, drift ved en ideell organisasjon eller ved et kommersielt firma har betydning for de ansattes vurdering av svikt eller fare for svikt. Både når det gjelder kvalitet i pleien, driftsrutiner, medisinhåndtering og fagkompetansen til personalet på vakt er det slik at ansatte ved kommunalt drevne sykehjem rapporterer om noe dårligere forhold enn ansatte ved sykehjem drevet av andre organisasjoner. Dette gjelder uavhengig av sammensetningen av arbeidstokken i sykehjem med ulike driftsform. Forskjeller i svikt-vurderingene hos ansatte som arbeider under ulike driftsregimer er imidlertid ikke store.

Bakgrunn

På oppdrag fra Helsetilsynet i Oslo og Akershus har Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant ledere og ansatte ved 111 sykehjem i de to fylkene som dette tilsynet har ansvar for. Samtlige 15 bydeler i Oslo og alle de 22 kommunene i Akershus er representert.

Formålet med undersøkelsen har vært å finne fram til hvilke aktivitetsområder i sykehjemmene og hvilke institusjoner Helsetilsynet i Oslo og Akershus skal prioritere i sin rådgivnings- og veiledningsvirksomhet. På denne måten ønsker en å gjøre tilsynet mer målrettet.

Materiale

Spørreskjemaet er utarbeidet i samarbeid med Senter for omsorgsforskning ved professor Tor Inge Romøren. Seniorrådgiver Gudny Fløttum ved Helsetilsynet i Oslo og Akershus stod for utformingen. Under forberedelsene ble det gjennomført samtaler med sykepleiere og hjelpepleiere ved tre ulike institusjoner – altså en fokusgruppe-liknende tilnærming. Skjemaet ligger ved i kopi bakerst i denne rapporten. Skjemaet har fire deler, og de er utformet slik:

1. Første del inneholder ti påstander om at ulike sider ved pleien og rutinene ved sykehjemmet fungerer som de skal. Respondenten skal ta stilling til disse påstandene og si seg helt uenig/delvis uenig/delvis enig/helt enig.
2. Andre del inneholder fire påstander om uheldig medikamenthåndtering og to påstander om utilstrekkelig kompetanse hos personale på vakt. Respondenten skal angi hvor ofte slike hendelser forekommer: aldri/1 gang per måned eller sjeldnere/ca. 2-3 ganger pr måned/ca. 1 gang pr uke/flere ganger per uke.
3. Deretter følger et åpent spørsmål der respondenten blir bedt om å skrive med egne ord om andre forhold ved sykehjemmet som kan representere svikt eller risiko for svikt enn de som er nevnt i del 1 og 2.
4. Til slutt skal respondenten fylle ut noen bakgrunnsopplysninger om seg selv: stilling, grunnutdanning (type/sted/tidspunkt), alder, kjønn, om en er vokst opp i Norge, hvor lenge en har arbeidet ved sykehjemmet, og type avdeling en arbeider ved.

Ved undersøkelsen ønsket Helsetilsynet i Oslo og Akershus å få fram vurderingene til arbeidstakere i ulike posisjoner i sykehjemmet. En ba derfor om

at institusjonsleder, alle avdelingsledere og én sykepleier og én hjelpepleier ved hver avdeling besvarte det samme skjemaet. De to siste skulle trekkes ut ved loddtrekning.

Det ble purret én gang. Fire sykehjem (to i Oslo og to i Akershus) sendte ikke inn svarskjemaer. Grunnen til dette er ikke kjent. Det er en viss variasjon mellom sykehjemmene når det gjelder antallet svar som er kommet inn, først og fremst fordi antallet avdelinger i sykehjemmene varierer. Minimum antall svar er tre og maksimum 24. Gjennomsnittet er ni svar. Ut fra hva en vet om sykehjemmene, er det åpenbart at ikke alle institusjoner har sendt inn svar fra alle avdelinger. Grunnen til dette er heller ikke kjent, og en har ikke hatt anledning til å undersøke det nærmere.

Alt i alt kom det inn 1036 utfylte spørreskjemaer. Hver respondent la sitt skjema i en lukket konvolutt. Disse ble samlet inn av institusjonsleder og oversendt Helsetilsynet i Oslo og Akershus. 11 % av skjemaene er besvart av institusjonsledere, 26 % av avdelingsledere, 31 % av sykepleiere og 32 % av hjelpepleiere i kliniske stillinger.

Vi har utarbeidet såkalte ”*sumindekser*” der de 16 spørsmålene/påstandene fra spørreskjemaets to første deler er gruppert avhengig av om de primært gjelder

- Kvaliteten i pleien
- Driftsrutinene
- Medikamenthåndteringen
- Kompetansen hos personalet på vakt¹

”*Kvalitet i pleien*” omfatter svarene på påstandene 3, 4, 6, 7 og 8. De lyder:

- Pasientenes behov for fysisk aktivitet/mobilisering blir dekket
- Pasientenes behov for psykososial stimulering blir dekket
- Det er tilstrekkelig fagkompetanse til å ivareta pasientenes behov for medisinsk behandling, inklusive observasjon av symptomer og oppfølging av behandlingen
- Fysioterapitjenesten dekker pasientenes behov for opptrening av funksjoner
- Pasientene får daglig munnstell

¹ Disse indeksene er utviklet med utgangspunkt i en såkalt ”faktoranalyse”. Denne viste – ikke overraskende – at det er to underliggende hoveddimensjoner i de 16 spørsmålene; disse er knyttet til henholdsvis spørsmål 1-10 og spørsmål 11-16. Hver av disse to spørsmålsgruppene er deretter ut fra en skjønnsmessig vurdering igjen delt i to ved konstruksjonen av indeksene som er brukt i det følgende.

Fellesnevneren for disse fem påstandene er at de angår direkte pasientrettede forhold.

”*Driftsrutiner*” omfatter svarene på påstandene 1, 5, 8 og 10. De lyder:

- Pasientenes grunnleggende behov blir dokumentert i pleie/tiltaksplan
- Det finnes tydelige rutiner i avdelingene som viser hvordan oppgaver skal utføres
- Personellet tilpasser hjelpemidler (rullestoler og lignende) til pasientenes funksjonssvikt
- Jeg skriver avviksmelding når oppgaver ikke blir utført som de skal

Fellesnevneren her kan kalles formalisering av personalets arbeidsmåter. Spørsmålet om tilpasning av hjelpemidler (kulepunkt tre) kan tolkes på to måter: enten at institusjonen selv utfører oppgaven istedenfor å overlate den til en annen instans, eller at tilpasningen gjøres riktig, slik at pasientene sitter bekvemt. Vi antar at det er den første tolkningen som respondentene vanligvis har lagt til grunn for svarene sine; derfor er spørsmålet gruppert under ”*Driftsrutiner*”. Omplasseres spørsmålet til ”*Kvalitet i pleien*”, viser tester vi har gjort at resultatene i det følgende likevel ikke endres vesentlig.

Påstand/spørsmål nummer to i spørreskjemaet: ”Det elektroniske dokumentasjonssystemet er lett å bruke i behandling, pleie og omsorg” er ikke benyttet i sumindeksene, selv om det naturlig hører med til emnet ”*Driftsrutiner*”. Grunnen er at 234 respondenter (23 %) ikke har svart på spørsmålet, sannsynligvis fordi institusjonen de arbeider ved enda ikke har tatt i bruk et slikt hjelpemiddel.

”*Medikamenthåndtering*” omfatter svarene på påstandene 11-14. De lyder

- Andre enn sykepleier/vernepleier deler ut medisiner fra medisinskapet
- Personell uten fullmakt deler ut medisiner fra dosett
- Pasienter får feil medisiner
- Det blir delt ut eventuelt-medisiner uten å klarere med sykepleier/vernepleier

”*Kompetansen til personalet på vakt*” omfatter svarene på påstandene 15 og 16. De lyder:

- Det er kun ufaglærte på vakt på avdelingen

- Det er ikke sykepleier på vakt i avdelingen (gjelder bare dagvakt: mandag-fredag)

Inndelingen av de i alt 16 spørsmålene i fire grupper gjør det lettere å holde oversikten over materialet. Ved å slå sammen spørsmål som belyser likeartede emner fra flere sider, oppnår man også mer stabile resultater - spesielt i sykehjem som har levert få svar. For eksempel vil et sykehjem med bare tre respondenter ha 15 svar om kvalitet i pleien, tolv om driftsrutiner osv. istedenfor tre og tre svar for hvert enkelt spørsmål.

Presentasjon og drøfting av resultater

I det følgende skal vi redegjøre for undersøkelsens viktigste resultater i form av beskrivende statistikk. Først belyses gjennomsnittverdier og spredningsmål for hvert enkelt av de områdene som er belyst gjennom de 16 spørsmålene/påstandene med lukkede svarkategorier.

”Sumindeksene” benyttes i resten av analysen. Vi undersøker først forskjeller mellom hver enkelt institusjon. Er det noen som skiller seg ut på én eller flere av områdene ”Kvaliteten i pleien”, ”Driftsrutiner”, ”Medikamenthåndtering” og ”Kompetansen til personalet på vakt”? Eller er situasjonen nokså lik fra sted til sted?

Deretter undersøker vi noen faktorer som kan tenkes å bidra til variasjoner i svarene fra den enkelte respondent. I denne undersøkelsen er det jo ikke benyttet noe ”objektivt” mål på svikt eller fare for svikt. Resultatene avspeiler både de faktiske forholdene i hvert sykehjem og skjønnet til hver og en som har svart. Det er flere måter å vurdere svikt eller fare for svikt på. Kan man se noe mønster her, avhengig av respondentens kjønn, alder, ansettelsestid ved sykehjemmet, svarerens stilling (leder/pleier), eller om vedkommende er vokst opp i Norge eller i utlandet? Influencer slike forhold systematisk på de normene respondenten bruker når en bedømmer svikt/fare for svikt?

Vi har også gjennomført en foreløpig analyse av svarene på det åpne spørsmålet om andre forhold ved sykehjemmet som kan representere svikt eller risiko for svikt. 498 respondenter (48 %) har skrevet til dels omfattende kommentarer. Disse svarene representerer et verdifullt tilleggsmateriale som vil bli analysert av Senter for omsorgsforskning i løpet av høsten 2006. Den foreløpige analysen viser imidlertid at to ”risikofaktorer” svært ofte går igjen – slik både ledere og pleiere ser det:

1. Generelt for lav grunnbemanning
2. For få sykepleiere og for mange ufaglærte arbeidstakere

Andre forhold som også nevnes, er bl.a.

- mangelfulle dokumentasjonssystemer
- språk- og kommunikasjonsproblemer
- dårlige rutiner vedr. mat og hygiene

En oversikt som viser hvor ofte ulike temaer er nevnt i denne delen av spørreskjemaet er gjengitt i Tabell 8 i vedlegget.

Gjennomsnittverdier og spredningsmål for de enkelte spørsmålene

Dersom en tar for seg hvert enkelt spørsmål som er stilt, kan en identifisere de *aktivitetsområdene* der personalet mener det er større eller mindre sannsynlighet for svikt. Tabell 1 under viser dette.

Tabell 1 Aktivitetsområder i sykehjemmene satt opp i rekkefølge etter gjennomsnittsverdi for respondentenes svar.

AKTIVITETSOMRÅDE	GJENNOM- SNITT	MINI- MUM	MAKSI- MUM	STANDARD- AVVIK
Tydelige rutiner i avdelingen	3,55	1	4	0,614
Grunnleggende behov dokumentert i pleieplan	3,53	1	4	0,629
Daglig munnstell gis	3,44	1	4	0,643
Medisinsk behandling ivaretatt	3,40	1	4	0,709
Hjelpemidler tilpasses	3,40	1	4	0,767
Avviksmelding skrives	3,21	1	4	0,814
Behov for fysisk aktivitet/mobilitet dekket	2,90	1	4	0,758
Elektronisk dokumentasjonssystem lett å bruke	2,81	1	4	0,961
Psykososial stimulering dekket	2,80	1	4	0,733
Fysioterapi/opptreningsbehov dekket	2,53	1	4	1,003

De ti første spørsmålene er som nevnt utformet som påstander der respondenten skal uttrykke grad av enighet. Skalaen går fra 1 (helt uenig) til 4 (helt enig). I Tabell 1 er stikkord for disse spørsmålene satt opp i rekkefølge. Spørsmål med svar som har høy gjennomsnittsverdi kommer først. En høy verdi betyr altså

personalet er ganske enig i at det står bra til. ”Standardavviket” (kolonnen helt til høyre i tabellen) er et uttrykk for spredningen i svarene, altså hvor sterkt de varierer respondentene imellom.

En ser at området som ansees å ha størst svikt er fysioterapitjenesten. En gjennomsnittsverdi på 2,53 svarer likevel til en vurdering midt mellom ”delvis uenig” og ”delvis enig” i at denne tjenesten dekker pasientens behov for opptrening. Altså ”gjennomsnittlig sett” ingen krise, men likevel et område der 18 % av de som har svart er helt uenig og 30 % delvis uenig (tabell ikke vist her). Tilsvarende tall for psykososial stimulering er 5 % og 25 %, og for elektronisk dokumentasjonssystem 14 % og 16 %.

En ser også at det er en tendens til at områder som har med driftsrutinene å gjøre i gjennomsnitt kommer bedre ut enn de som har med kvaliteten i pleien å gjøre.

Neste tabell gir en oversikt over svarene på spørsmålene om medikament-håndtering og om kompetansen til personalet på vakt. Her skulle respondentene tilkjenne på hvor ofte ulike antatt negative hendelser forekommer. Skalaen går her fra ”Aldri” (1) til ”Flere ganger per uke” (5). Her betyr altså en høy verdi at problemet er stort, og omvendt. Merk at dette er *motsatt* av opplegget i forrige avsnitt. Dette er gjort av metodiske grunner, for å få den som svarer til å tenke seg om.

Tabell 2 Negative hendelser satt opp i rekkefølge etter gjennomsnittsverdi for respondentenes svar.

OMRÅDE	GJENNOM- SNITT	MINI- MUM	MAKSI- MUM	STANDARD- AVVIK
Medisin fra dosett uten fullmakt	1,22	1	5	0,524
Eventuelt-medisinere ikke klarert med sykepleier	1,44	1	5	0,790
Andre enn sykepl./vernepl. deler ut medisin fra medisinskap	1,76	1	5	1,324
Ikke sykepleier på vakt i avdelingen	1,77	1	5	0,941
Pasienter får feil medisinere	1,84	1	5	0,475
Kun ufaglærte på vakt i avdelingen	2,09	1	5	1,197

Ut fra en ”gjennomsnittsbetraktning” kan en si at det – i følge de ulike personalgruppene som har svart - kun er ufaglærte på vakt i avdelingen ca. én

gang per måned eller sjeldnere i de sykehjemmene som er undersøkt her. Men 14 % svarer at dette hender én eller flere ganger per uke (tabell ikke vist). På den annen side mener 41 % at dette aldri hender på deres arbeidsplass. At pasienter får feil medisiner skjer også ut fra en "gjennomsnittsbetraktning" ca. én gang per måned eller sjeldnere. 4 % rapporterer at det skjer to til tre ganger per måned, mens 20 % sier at det aldri skjer.

Forskjeller mellom hver enkelt institusjon

Er det noen institusjoner som skiller seg ut i sin rapportering, eller er situasjonen nokså lik fra sted til sted? For å svare på dette spørsmålet benytter vi oss av de såkalte "sumindeksene" for områdene "Kvalitet i pleien", "Driftsrutiner", "Medikamenthåndtering" og "Kompetansen til personalet på vakt".

En nærmere analyse av tallene viser at det er en del variasjon. Tar en for seg svarene fra *den enkelte respondent*, kan hver av samleindeksene variere fra et minimumstall til et maksimumstall. "Kvalitet i pleien" kan minimalt være 5 ("Helt uenig" i all fem påstander i indeksen) og maksimalt 20 ("Helt enig" i alle). "Driftsrutiner" kan tilsvarende være minimum 4 og maksimum 16, "Medikamenthåndtering" minimum 4 og maksimum 20, og "Kompetansen til personale på vakt" minimum 2 og maksimum 10. Denne spredningen finner en også igjen i materialet. Det er respondenter som har gitt henholdsvis laveste eller høyeste verdi på *alle* de forholdene en indeks omfatter. De fleste har likevel mer nyanserte svar. Alle de 1036 svarene har et gjennomsnitt for "Kvalitet i pleien" på 15,1; for "Driftsrutiner" på 13,7; for "Medikamenthåndtering" på 6,3 og for "Kompetansen til personalet på vakt" på 3,9.

Det er viktig her å huske på at ingen av de fire indeksene er direkte sammenlignbare, for de består av ulike antall ledd (henholdsvis fem, fire, fire og to) og ulike skalaer (fra 1 ("dårlig") til 4 ("bra") og 1 ("bra") til 5 ("dårlig")). Gjennomsnittverdien for hver av dem kan altså ikke sammenlignes direkte, men gjennomsnittverdiene for respondentene og for de ulike *sykehjemmene* kan selvsagt sammenlignes². Og da viser det seg at "beste" sykehjemmet skårer 18,8 for "Kvalitet i pleien", det "dårligste" 11,3; det "beste" i "Driftsrutiner" skårer 15,8 og det "dårligste" 10,5. "Beste" i "Medikamenthåndtering" skårer 4,0 (NB: her er skalaen altså snudd!), "dårligste" 10,7. Og tilsvarende for "Kompetansen til personalet på vakt": 2,0 og 7,0 (OBS: skalaen er snudd også her!).

En praktisk måte å sammenligne hvert enkelt sykehjem på, er å beregne institusjonenes *avvik fra gjennomsnittet for alle* (i statistikken kalles dette "z-skåre"). Dette tallet viser altså direkte hvor langt unna hver institusjon ligger

² For å sammenligne sykehjemmene er det laget en ny datafil med sykehjem som enhet, der respondentenes svar aggregeres etter institusjonstilhørighet.

gjennomsnittet for alle sykehjem – enten i den ene eller den andre retningen. Er det dårligere, blir tallet negativt; er det bedre, blir tallet positivt. En slik beregning er dokumentert i figurene 1-4 i vedlegget. Her er avviket fra gjennomsnittet for det enkelte sykehjem (z-skåren) framstilt som liggende søyler. Tallene langs midtlinjen henviser til sykehjemets nummer i datamaterialet. Figurene viser at mange sykehjem ligger nokså ”midt på treet”. Bare en håndfull institusjoner avviker to enheter eller mer fra gjennomsnittet på hver av de fire indeksene.

Svært få sykehjem går igjen som henholdsvis klart over eller klart under gjennomsnittet på *flere* av de fire indeksene. Og dersom vi tar for oss de 10 % ”dårligste” og de 10 % ”beste” sykehjemmene for hver av de fire indeksene, finner vi følgende mønster:

- To sykehjem er blant de 10 % dårligste på tre av fire indekser
- Åtte sykehjem er i samme posisjon på to av fire
- To av disse skårer blant de 10 % beste på en av de andre indeksene
- Elleve sykehjem som er blant de 10 % dårligste på én og blant de 10 % beste på en annen
- Syv institusjoner er blant de 10 % beste på to
- Ingen sykehjem befinner seg blant de 10 % beste på tre eller fire indekser

Dette betyr at institusjonene har sine styrker og svakheter på ulike områder. Det er ikke slik at mange er dårlige på alt og mange gode på alt. Ja, det er altså faktisk slik at noen sykehjem kan befinne seg blant de beste på ett av de fire områdene og blant de dårligste på ett av de andre.

Resultatene på de fire ulike ”kvalitetsområdene” disse indeksene representerer er imidlertid ikke helt uavhengige av hverandre. En såkalt ”korrelasjonsanalyse” (se Tabell 1 i vedlegget) viser at det generelt sett er en sterk sammenheng mellom gode driftsrutiner og god kvalitet i pleien. Det er også en klar, men ikke fullt så sterk sammenheng mellom kompetansen til personalet på vakt og medikamenthåndteringen. Er det problemer med kompetansen, så øker også sannsynligheten for svikt i medikamenthåndteringen.

Faktorer som kan tenkes å påvirke svarene fra den enkelte respondent

Slik omfanget av svikt eller fare for svikt er målt i denne undersøkelsen, avspeiler resultatet både den faktiske situasjonen ved sykehjemmene og skjønnet til de som svarer. Noen ”objektiv” målestokk er ikke benyttet - og finnes antakelig heller ikke - selv om svarene om medikamenthåndtering og fagkompetansen til personalet på vakt er av en mindre skjønnsmessig karakter enn svarene på de øvrige spørsmålene. Er det mulig å finne et mønster i dette?

Er det noen grupper som har en tendens til å svare mer positivt eller mer negativt enn andre? Med andre ord: varierer skjønnet som ligger bak den enkelte vurdering på en systematisk måte, og i tilfelle – hvor mye?

Dette lar seg undersøke i en såkalt ”multivariat” analyse, der en studerer effekten av faktorer som kan bidra til at respondenten har en tendens til å svare enten i den ene eller den andre retningen. I det følgende har vi undersøkt effekten av noen slike faktorer på respondentenes skjønn. I en ”multivariat” analyse kan en isolere betydningen av den enkelte faktor, selv om det i mange tilfeller er slik at to eller flere av dem henger sammen. Vi har undersøkt følgende kjennetegn ved respondentene:

- kjønn (er for eksempel kvinner mer kritiske [har et ”strengere” skjønn] enn menn?)
- alder (blir man mindre kritisk [har et mer ”romslig” skjønn] med årene?)
- stilling (institusjonsleder, avdelingsleder, pleiepersonale (sykepleier eller hjelpepleier) (er lederne eller de ansatte mest kritiske?)
- hvor lenge hun eller han har arbeidet ved sykehjemmet (sløves man i sitt skjønn etter som tiden går?)
- om vedkommende er vokst opp i Norge eller utlandet (har forskjeller i kulturell bakgrunn noe å si?)

Tabellene 2-5 i vedlegget viser resultatet av denne analysen (en såkalt GLM-analyse). Tabellene er relativt tekniske når det gjelder de statistiske opplysningene, men fortolkningen av resultatene lar seg likevel beskrive med enkle ord. De er oppsummert i Tabell 3 på neste side. I dette oppsettet betyr et minustegn at den egenskapen som er undersøkt (kjønn, alder osv.) er korrelert med et strengere, mer kritisk skjønn – og omvendt: pluss betyr at man er mindre ”streng”.

Når det gjelder vurderinger av *kvaliteten i pleien*, er avdelingsledere og institusjonsledere noe mindre kritiske (altså mer positive i sitt skjønn) enn de som arbeider direkte med pleieoppgaver. Respondenter med norsk bakgrunn er mer kritiske enn andre - alt annet likt. *Driftsrutinene* vurderes litt mer positivt av avdelingslederne enn andre, og en tanke mer kritisk av kvinnelige enn av mannlige ansatte – alt annet likt. *Medikamenthåndteringen* uttaler personale som er vokst opp i Norge seg mer noe mer kritisk om, sammenliknet med andre ansatte – også her alt annet likt. Når det gjelder vurderinger av *kompetansen til personalet på vakt*, er eldre arbeidstakere, institusjonsledere (men ikke avdelingsledere) og sykepleiere som arbeider i pleien noe mer positive i sitt skjønn enn andre – alt annet likt.

Tabell 3 Sammenhengen mellom ulike egenskaper ved respondentene og skjønnnet i deres vurderinger slik det kommer til uttrykk i de fire indeksene. Oppsummering av resultater fra en GLM-analyse.

VARIA-BEL	KVALITET I PLEIEN	DRIFTS-RUTINER	MEDIKAMENT-HÅNDTERING	PERSONALE PÅ VAKT
Kjønn	Ingen betydning	(Kvinner -)	Ingen betydning	Ingen betydning
Alder	Ingen betydning	Ingen betydning	Ingen betydning	Eldre +
Tid ansatt	Ingen betydning	Ingen betydning	Ingen betydning	Ingen betydning.
Stilling ³	Alle ledere +	Avd. ledere +	Ingen betydning	Inst.ledere + Sykepleiere +
Oppvekst	Norsk -	Ingen betydning	Norsk -	Ingen betydning

Ingen av de ulikhetene i skjønn som er påvist mellom de forskjellige gruppene er særlig store. Men de forskjellene som er påvist, er systematiske og ”signifikante”. De ikke beror på statistiske tilfeldigheter. Alt i alt ser det ut til at respondentenes *stilling* og respondentenes *oppvekstland* betyr mest for hva slags skjønn en benytter. Ledere har en tendens til å bruke et mer romslig skjønn enn de som arbeider i pleien, og ansatte som er oppvokst i Norge ser ut til å være strengere enn andre.

Utenlandske arbeidstakere

Det er kjent at sykehjemmene i Oslo og i Akershus har mange arbeidstakere med utenlandsk bakgrunn. I dette materialet gjelder det alt i alt 21 % av de som har svart. 3 % av institusjonslederne er vokst opp utenfor Norge (Oslo 2 %; Akershus 4 %). Det samme gjelder 18 % av avdelingslederne (Oslo 24 %; Akershus 9 %), 37 % av sykepleierne i pleien (Oslo 45 %; Akershus 26 %) og 14 % av hjelpepleierne/omsorgsarbeiderne (Oslo 19 %; Akershus 7 %).

Andelen utenlandske arbeidstakere blant de som *ikke* har fagutdanning kan vi ikke uttale oss om på grunnlag av denne undersøkelsen.

I alt er 26 nasjonaliteter representert blant ledere og syke- eller hjelpepleier-utdannede i kliniske stillinger. Land i Asia (i alt 21 %; oftest representert ved Filippinene og India), Norden (i alt 19 %; oftest Sverige og Finland) og Øst-Europa (i alt 18 %; oftest Polen) er hyppigst representert.

³ Det kan være av interesse for Helsetilsynet å se direkte hvordan institusjonsledere, avdelingsledere og syke- og hjelpepleiere i avdelingene skiller seg fra hverandre i sine vurderinger. Det er derfor laget en analyse som er gjengitt som Tabell 8 i vedlegget som viser dette.

78 % av de utenlandske arbeidstakerne blant våre respondenter har grunnutdanning som sykepleiere, 20 % er hjelpeleiere/omsorgsarbeidere og 2 % har annen utdanning. Andelen sykepleiere er høyest blant utenlandske arbeidstakere fra Asia, Øst-Europa og Vest-Europa.

Betydningen av sykehjemmets driftsform

Sykehjemmene i Oslo og Akershus skiller seg ikke bare fra sykehjem i andre fylker når det gjelder andelen utenlandske arbeidstakere i arbeidsstokken. I gjennomsnitt er institusjonene større (83 plasser per enhet (Oslo: 94 og Akershus: 67). Gjennomsnittet for landet er for tiden 41). Det er også en del vakanse i stillingene (dobbelte så høy som landsgjennomsnittet), og andelen ufaglærte er høyere enn i andre fylker⁴.

Et annet trekk er at sykehjemsdriften i flere bydeler i Oslo og i enkelte kommuner i Akershus er overlatt andre organisasjoner enn den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, i de fleste tilfeller etter en konkurranseutsetting. Til sammen 26 % av plassene (22 % av institusjonene) er drevet enten av ideelle organisasjoner som Kirkens Bymisjon, Frelsesarméen eller lokale menigheter (20 % av plassene i Oslo, ingen i Akershus), eller av kommersielle firmaer - inkludert kommunale konkurranseselskaper (16 % av plassene i Oslo, 11 % i Akershus).

Vi har innhentet tilleggsopplysninger om dette, og sammen med materialet fra spørreskjemaene har vi grunnlag for å vurdere om kommunal drift, drift ved en ideell organisasjon eller ved et kommersielt firma har betydning for de ansattes vurdering av svikt eller fare for svikt.

Resultatene er gjengitt i Tabell 6 i vedlegget. Den viser at det er en systematisk sammenheng mellom driftsform og vurdering av svikt/fare for svikt. Sammenhengen gjelder alle de fire "sumindeksene". Både når det gjelder "Kvalitet i pleien", "Driftsrutiner", "Medisinbehandling" og "Fagkompetanse på vakt" er det slik at ansatte ved kommunalt drevne sykehjem rapporterer om noe dårligere forhold enn ansatte ved konkurranseutsatte sykehjem. Og blant de konkurranseutsatte institusjonene er det slik at der et kommersielt firma står får driften, gir respondentene systematisk enn noe mer positiv vurdering enn når driften er overlatt en ideell organisasjon.

⁴ *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud.* Rapport fra Helsetilsynet 10/2003. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003 – se Del II, kapittel 6. En egen gjennomgang av tall for beboernes funksjonsnivå gjort i forbindelse med undersøkelsen her, viser at dette i begge fylker ligger nær gjennomsnittet for landet (disse tallene er altså fra 2003).

Vi har også gjennomført en såkalt GLM-analyse (tall ikke vist) for å se om disse ulikhetene kan tilskrives systematiske forskjeller når det gjelder de ansattes kjønn, alder, ansettelsestid, oppvekststed osv. Resultatene fra denne analysen avkrefter at slike forhold kan ha betydning. Forskjellene mellom institusjoner med ulik driftsform som er referert over består uavhengig av sammensetningen av arbeidstokken langs de dimensjonene som er undersøkt her.

Det må presiseres at ulikhetene mellom svikt-vurderingene hos ansatte som arbeider under ulike driftsregimer ikke er store, bare ett til to poeng ved gjennomsnittet for hver indeks. I hvilken grad forskjellene avspeiler ulike kulturer (for eksempel en tendens til å klage i kommunale eller til å skjønne male konkurranseutsatte sykehjem), eller om dette primært avspeiler reelle, faktiske forhold er vanskelig å avgjøre. Trolig dreier det seg om en blanding.

Oppsummering og konklusjon

Denne rapporten er hovedsakelig av rent beskrivende karakter. Det henger sammen med oppdragets art. Høgskolen i Gjøvik vil – etter avtale med oppdragsgiver – etter hvert arbeide videre med det store materialet som er samlet inn. Målet er å kunne gi mer differensierte analyser og forklaringer av de funn som er gjort.

Men så langt gir beskrivelsene som er presentert forholdsvis klare svar på de spørsmålene undersøkelsen skulle belyse, nemlig hvilke områder og hvilke institusjoner Helsetilsynet i Oslo og Akershus bør prioritere i sin rådgivnings- og veiledningsvirksomhet. Det ut til at

- fysioterapi/opptreningsbehov
- psykososial stimulering
- behov for fysisk aktivitet/mobilitet
- medikamenthåndtering og
- kompetansen til personalet på vakt

er de feltene i det daglige arbeidet der personalet selv mener faren for svikt er størst. Det må likevel presiseres at disse områdene skiller seg ut innenfor en helhet som alt i alt blir vurdert som ganske tilfredsstillende. Ut fra en gjennomsnittsbetraktning snakker vi om forskjeller på bare én enhet mellom ”beste” og ”dårligste” område på en skala fra én til fire eller én til fem. For de tre øverste områdene over betyr dette at respondentene ”i gjennomsnitt” er ”delvis enig” i at pasientene behov blir dekket. For de to nederste betyr det at de ulike formene for svikt i medikamenthåndteringen det er spurt om forekommer ”i gjennomsnitt” ca. én gang per måned eller sjeldnere, og at kun ufaglært

personale på vakt eller mangel på sykepleier på vakt forekommer tilsvarende sjelden.

Når det gjelder faren for svikt i det enkelte sykehjem, er det klare forskjeller mellom institusjonene – men også her er de relativt små. Og bare noen ganske få institusjoner rapporterer om svikt eller fare for svikt på flere felt samtidig. Flere institusjoner skårer på én og samme tid godt på ett og dårlig på ett annet.

Svarene på det åpne spørsmålet ”Hvilke andre forhold ved sykehjemmet mener du kan representere en risiko for svikt?” er interessante og utdypende. To forhold peker seg spesielt tydelig ut:

- lav grunnbemanning
- for mange ufaglærte

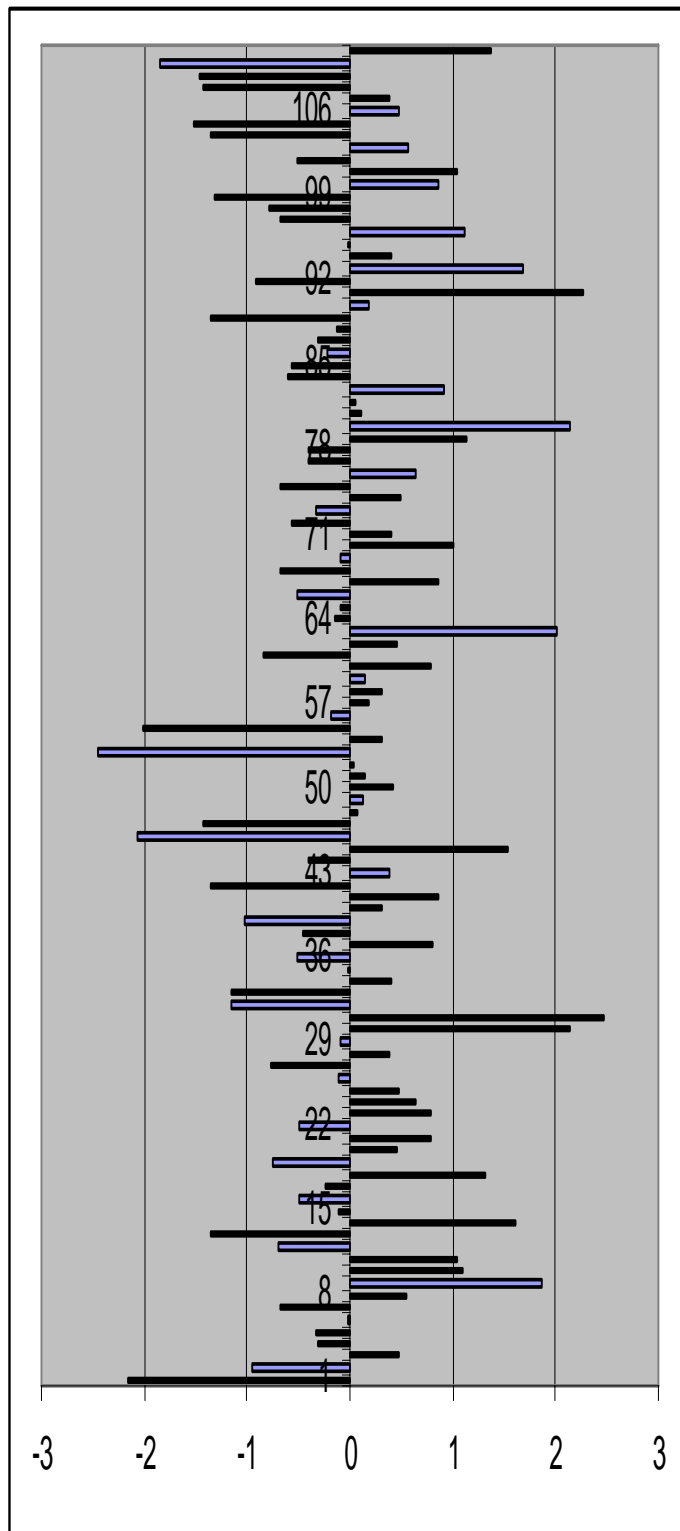
Hyppig forekommende svar er også

- lav sykepleierdekning
- mangelfulle dokumentasjonssystemer
- språk- og kommunikasjonsproblemer

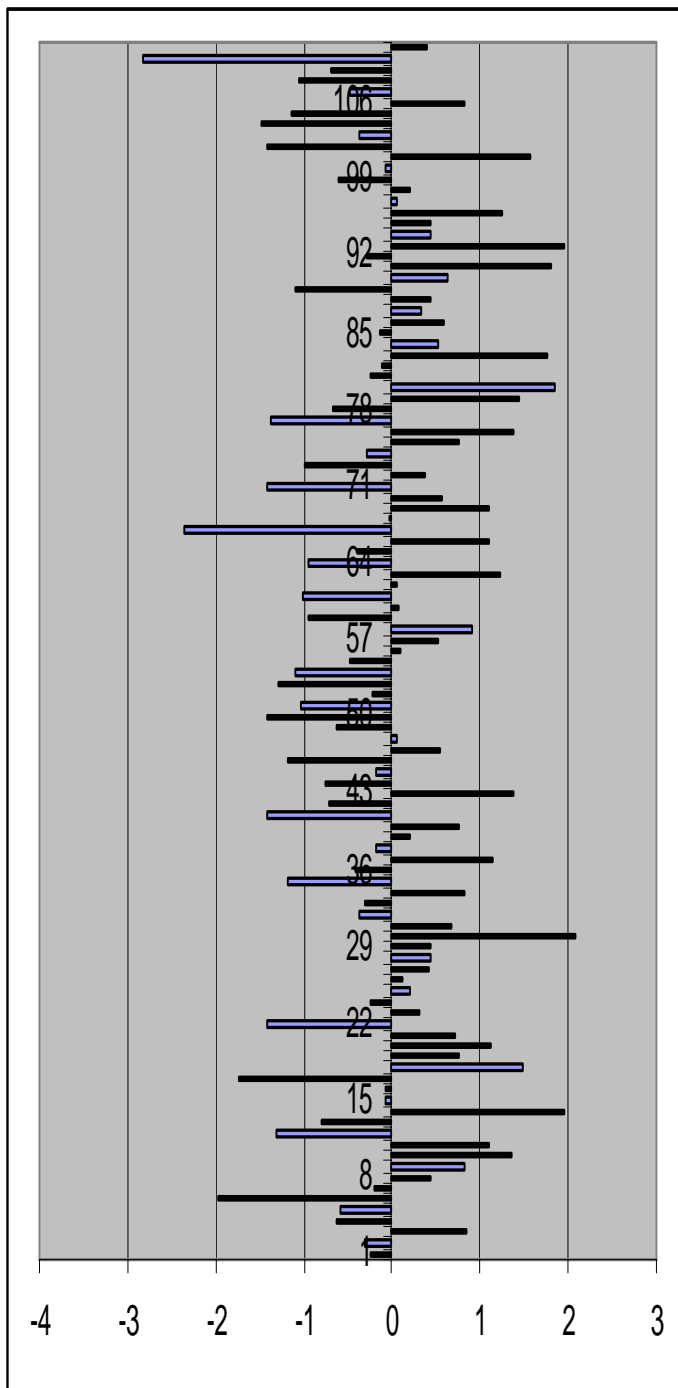
I tillegg til det sviktpotensialet som er dokumentert gjennom ”sumindeksene” i det foregående peker altså personalet først og fremst på *bemanningsforholdene* som et betydelig sviktpotensiale.

Metoden som er benyttet i denne undersøkelsen har sine svakheter. Selv om bare fire av 115 sykehjem ikke har sendt inn svar, er antallet svar per sykehjem varierende, også når en tar hensyn til sykehjemmets størrelse og antallet avdelinger. Dette har vi ikke hatt anledning til å gå nærmere inn på. At vurderingene hviler på ulike ansattegrupperes subjektive skjønn er også et problem. Men analysene i det foregående har likevel vist at normene som dette skjønnnet hviler på er relativt stabile - på tvers av alder, kjønn, stilling osv. Vi finner ingen *store* avvik som systematisk er assosiert med slike egenskaper hos respondentene. Slik sett ser det altså ut til de ansattes rapportering av svikt eller fare for svikt er til å stole på. Men analysen viser også at det er viktig at ansatte på ulike nivåer og med varierende utdanning og bakgrunn kommer til orde, og at en veier vurderingene deres opp mot hverandre.

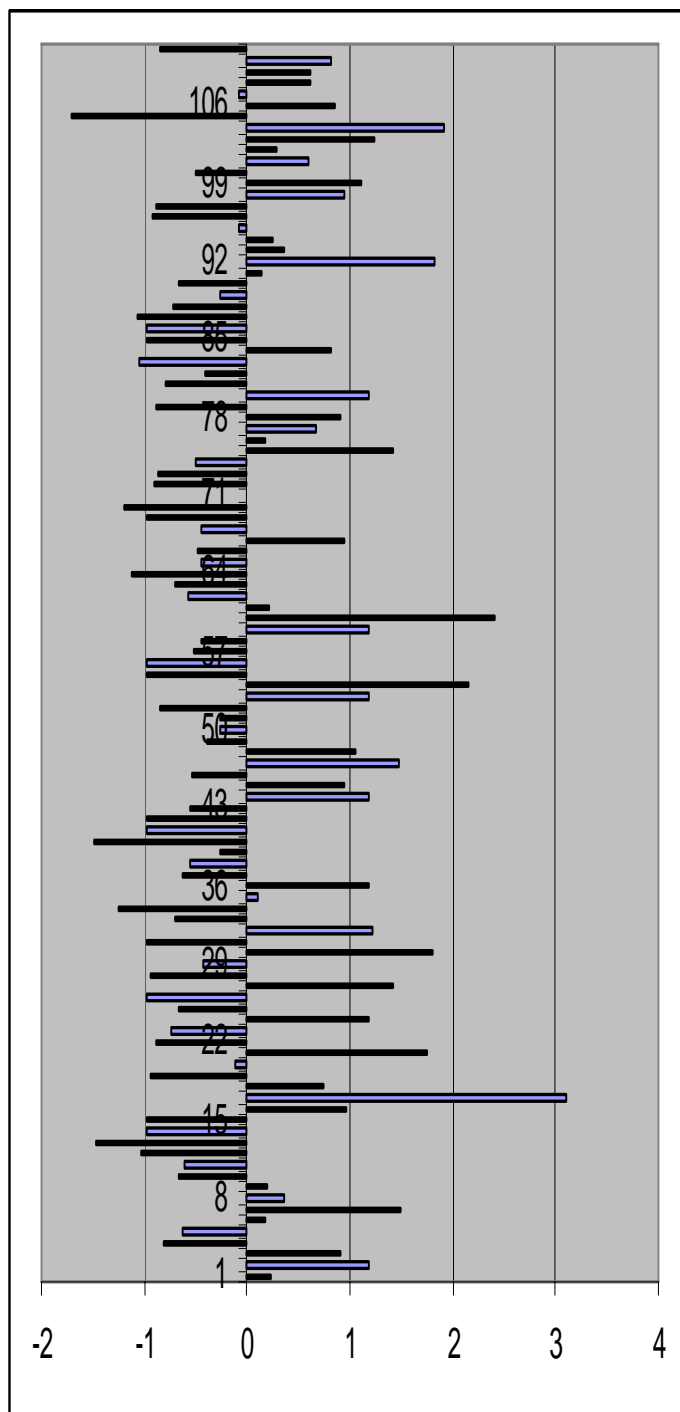
Et tilsyn med sykehjemmene i Oslo og Akershus basert på resultatene her må også utføres med et visst skjønn. Det kan foreligge feilkilder som ikke er oppdaget. Og på institusjoner det få personer har svart, kan resultatene i noen grad være preget av tilfeldigheter knyttet til avvikende skjønn hos enkeltpersoner.

VEDLEGG**Figur 1. Avvik fra gjennomsnittet – Kvalitet i pleien.
Z-skårer for 111 institusjoner.**

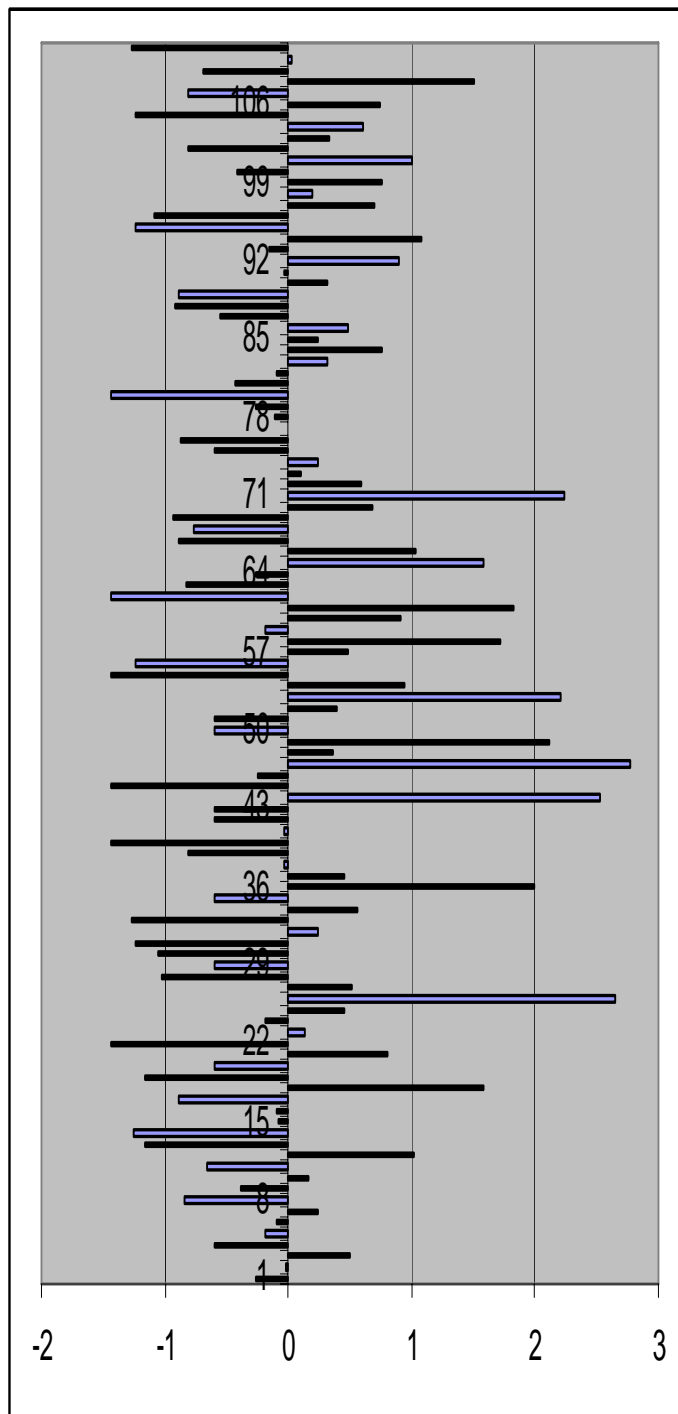
**Figur 2. Avvik fra gjennomsnittet – Driftsrutiner.
Z-skårer for 111 institusjoner.**



**Figur 3. Avvik fra gjennomsnittet – Medikamenthåndtering.
Z-skårer for 111 institusjoner.**



**Figur 4. Avvik fra gjennomsnittet – Kompetansen til personalet på vakt.
Z-skårer for 111 institusjoner.**



Tabell 1: Korrelasjon mellom sumindeksene

		Pleiekvalitet	Driftsrutiner	Medhåndt	Vaktkomp
Pleiekvalitet	Pearsons korrelasjonskoeffisient	1	,562(**)	-,082	-,177
	p-verdi		,000	,393	,063
	N	111	111	111	111
Driftsrutiner	Pearsons korrelasjonskoeffisient	,562(**)	1	-,170	-,076
	p-verdi	,000		,074	,429
	N	111	111	111	111
Medhåndt	Pearsons korrelasjonskoeffisient	-,082	-,170	1	,307(**)
	p-verdi	,393	,074		,001
	N	111	111	111	111
Vaktkomp	Pearsons korrelasjonskoeffisient	-,177	-,076	,307(**)	1
	p-verdi	,063	,429	,001	
	N	111	111	111	111

(**) = Korrelasjonen er signifikant på 0.01-nivå. Dersom det ikke er knyttet stjerner til koeffisientene, er de *ikke* signifikante.

Tabell 2: Sumindeks for kvalitet i pleien – GLM-analyse

Parameter	B	Std. feil	t	p-verdi	95% Konfidensintervall	
					Nedre grense	Øvre grense
Intercept	16,464	,515	31,975	,000	15,453	17,474
[Stilling=1]	,671	,302	2,218	,027	,077	1,264
[Stilling=2]	,467	,225	2,080	,038	,026	,908
[Stilling=3]	-,374	,227	-1,644	,100	-,820	,072
[Stilling=4]	0(a)	.	.	.	.	.
[Vokstopp=1]	-,768	,220	-3,495	,000	-1,199	-,337
[Vokstopp=2]	0(a)	.	.	.	.	.
[Kjønn=1]	-,599	,331	-1,807	,071	-1,249	,051
[Kjønn=2]	0(a)	.	.	.	.	.
Alder	-,004	,009	-,472	,637	-,022	,014
Årarbeid	-,015	,014	-1,116	,265	-,042	,011

"Stilling" → 1 = Institusjonsleder, 2 = Avdelingssykepleier, 3 = Sykepleier i pleien, 3 =Hjelpepleier

"Vokst opp" → 1 = i Norge, 2 = i utlandet

"Kjønn" → 1 = kvinne, 2 = mann

Tabell 3: Sumindeks for driftsrutiner – GLM-analyse

Parameter	B	Std. feil	t	p-verdi	95% Konfidensinterval	
					Nedre grense	Øvre grense
Intercept	13,758	,385	35,702	,000	13,002	14,515
[Stilling=1]	,320	,229	1,396	,163	-,130	,770
[Stilling=2]	,499	,167	2,986	,003	,171	,827
[Stilling=3]	-,153	,170	-,900	,368	-,487	,181
[Stilling=4]	0(a)	.	.	.	.	.
[Vokstopp=1]	-,252	,163	-1,545	,123	-,572	,068
[Vokstopp=2]	0(a)	.	.	.	.	.
[Kjønn=1]	-,473	,247	-1,919	,055	-,957	,011
[Kjønn=2]	0(a)	.	.	.	.	.
Alder	,012	,007	1,673	,095	-,002	,025
Årarbeid	-,007	,010	-,703	,482	-,027	,013

"Stilling" → 1 = Institusjonsleder, 2 = Avdelingssykepleier, 3 = Sykepleier i pleien, 3 =Hjelpepleier

"Vokst opp" → 1 = i Norge, 2 = i utlandet

"Kjønn" → 1 = kvinne, 2 = mann

Tabell 4: Sumindeks for medikamenthåndtering – GLM-analyse

Parameter	B	Std. feil	t	p-verdi	95% Konfidensinterval	
					Nedre grense	Øvre grense
Intercept	6,502	,403	16,148	,000	5,712	7,293
[Stilling=1]	,008	,235	,033	,974	-,454	,470
[Stilling=2]	,079	,176	,450	,653	-,266	,425
[Stilling=3]	,278	,178	1,562	,119	-,071	,628
[Stilling=4]	0(a)	.	.	.	.	.
[Vokstopp=1]	,454	,170	2,667	,008	,120	,787
[Vokstopp=2]	0(a)	.	.	.	.	.
[Kjønn=1]	-,212	,256	-,826	,409	-,715	,292
[Kjønn=2]	0(a)	.	.	.	.	.
Alder	-,013	,007	-1,846	,065	-,027	,001
Årarbeid	,007	,011	,679	,497	-,014	,028

"Stilling" → 1 = Institusjonsleder, 2 = Avdelingssykepleier, 3 = Sykepleier i pleien, 3 =Hjelpepleier

"Vokst opp" → 1 = i Norge, 2 = i utlandet

"Kjønn" → 1 = kvinne, 2 = mann

Tabell 5: Sumindeks for kompetansen til personalet på vakt – GLM-analyse

Parameter	B	Std. feil	t	p-verdi	95% Konfidensintervall	
					Nedre grense	Øvre grense
Intercept	4,914	,334	14,703	,000	4,258	5,570
[Stilling=1]	-,541	,195	-2,772	,006	-,924	-,158
[Stilling=2]	-,231	,144	-1,602	,109	-,515	,052
[Stilling=3]	-,302	,146	-2,069	,039	-,588	-,016
[Stilling=4]	0(a)	.	.	.	.	.
[Vokstopp=1]	,074	,141	,526	,599	-,203	,352
[Vokstopp=2]	0(a)	.	.	.	.	.
[Kjønn=1]	-,274	,214	-1,279	,201	-,695	,147
[Kjønn=2]	0(a)	.	.	.	.	.
Alder	-,015	,006	-2,436	,015	-,026	-,003
Årarbeid	-,007	,009	-,843	,399	-,024	,010

"Stilling" → 1 = Institusjonsleder, 2 = Avdelingssykepleier, 3 = Sykepleier i pleien, 3 =Hjelpepleier

"Vokst opp" → 1 = i Norge, 2 = i utlandet

"Kjønn" → 1 = kvinne, 2 = mann

Tabell 6: Gjennomsnittlige sumindekser for sykehjem med ulike driftsformer

Driftsansvarlig, gruppert i tre		Sumindeks for kvalitet i pleien	Sumindeks for driftsrutiner	Sumindeks for medisin håndtering	Sumindeks for fagkompetanse på vakt
Kommunen	Gjennomsnitt	14,56	13,33	6,41	3,98
	N	757	743	741	759
	Standardavvik	2,60	1,99	2,05	1,77
Ideell organisasjon	Gjennomsnitt	16,31	14,59	5,84	3,82
	N	120	115	110	120
	Standardavvik	2,08	1,41	1,71	1,33
Kommersielt firma	Gjennomsnitt	16,69	14,77	5,75	3,17
	N	143	144	142	140
	Standardavvik	2,43	1,41	1,81	1,50
Alle	Gjennomsnitt	15,07	13,68	6,26	3,85
	N	1020	1002	993	1019
	Standardavvik	2,66	1,95	2,00	1,71

p=0,000

Tabell 7: Gjennomsnittsverdi for sumindekser etter respondentens stilling

Respon- ten- s nåværende stilling		Sumindeks for kvalitet i pleien*)	Sumindeks for driftsrutiner**)	Sumindeks for medisin- håndtering ***)	Sumindeks for fagkompetan se på vakt****)
Institusjons- leder/virksom hetsleder	Gjennomsnitt	15,52	14,00	6,16	3,41
	N	119	114	118	118
Avdelings- leder	Gjennomsnitt	15,31	14,02	6,23	3,86
	N	267	268	263	268
Sykepleier	Gjennomsnitt	14,79	13,38	6,41	3,83
	N	309	302	308	311
Hjelpepleier	Gjennomsnitt	14,96	13,57	6,16	4,01
	N	325	318	304	322
Total	Gjennomsnitt	15,07	13,68	6,26	3,85
	N	1020	1002	993	1019

*) $p=0,022$

***) $p=0,000$

****) $p=0,419$

*****) $p=0,014$

Tabell 8: Andre forhold ved sykehjemmet som kan representere svikt eller risiko for svikt

Tema	Antall svar som gjelder dette temaet
Lav grunnbemanning	174
For mange ufaglærte	101
Lav sykepleiedekning	75
Mangelfulle dokumentasjonssystemer	74
Språk- og kommunikasjonsproblemer	59
Rutiner som mat, hygiene, tvang, demente, renhold osv. fungerer ikke	43
Flere tyngre pasienter / sykere pasienter / urolige pasienter / utagering	42
Bygningsmessige svakheter: små vaktrom, store avd., mangler medisinrom	41
For mange vikarer / vanskelig å skaffe faglærte vikarer	26
Mangelfull fysioterapi og ergoterapi, dårlig rehabilitering	22
Dårlig med hjelpemidler/utstyr (teknisk, pasientheiser, vaskekluter osv.)	22
Rutiner vedr. medikamenter fungerer ikke	20
For få erfarne sykepleiere og hjelpepleiere	20
Vanskelig å få tak i lege, dårlig legedekning/tilsynslegeordning	20
Dårlig opplæring og informasjon til ansatte	17
Høyt sykefravær	17
For dårlig spesialkompetanse (f.eks. psykiatri, geriatri)	14
Økonomi	13
Ikke vikarer ved sykefravær	12
Vikarer som ikke er kjent	11
Kvalitetssystemet / endringer blir ikke fulgt opp	11
Omorganisering, stadig nye rutiner, nedbemanning etter omorganisering	7
Dårlig ledelse og personaladministrasjon	7
Små stillingsprosenter og korte vakter	6
Dårlige holdninger knyttet til arbeid med eldre	4
Pleiepersonalet må gjøre andre oppgaver som klesvask og gulvvask	4
Dårlige holdninger knyttet til arbeid med eldre	4
Pleiepersonalet må gjøre andre oppgaver som klesvask og gulvvask	4
Overbelegg	3
For mye ekstrajobbing	2
Røyking på beboerrom uten tilsyn	2
Pasienter som skader andre pasienter	1
Arbeid som ikke blir utført (vask av rullestoler)	1
Overføringer av kompliserte tilfeller fra første- til andrelinjetjenesten	1

For å markere temagrupper med ulik frekvens, har vi satt inn ekstra skiller mellom radene.