

Bemanning og kvalitet i sykehjem

Sykehjemmene har et totalansvar for sine beboere som ofte er tungt belastet når det gjelder sykdom og funksjonssvikt.

Av og til hører vi om sykehjem i kriser, der ansatte og pårørende går ut i offentligheten og forteller om problemer med å opprettholde et omsorgstilbud av den kvaliteten som må kreves for pleietrengende. Er det for mange oppgaver og for få hender? Eller trengs det noe i tillegg? En undersøkelse gjennomført på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet og Legeforeningen (1), tyder på det.

Det ble hentet inn data fra 29 langtids somatiske sykehjemsavdelinger (2). Innsamlingen var basert på spørreskjema til sykepleiere, hjelpepleiere, pleieassistenter, sykehjemsleger og avdelingsledere. I tillegg ble det gjennomført besøk ved ni av sykehjemsavdelingene, der ansatte og ledere ble intervjuet (3). Kvaliteten i tilbudet ble vurdert på grunnlag av en rekke indikatorer, som for eksempel ivaretagelse av grunnleggende medisinsk behandling og pleie, beboernes mulighet til selv å bestemme over egen døgnrytme, og beboernes mulighet til å ha et sosialt aktivt og selvstendig liv. I tillegg ble oppfølging av pasienter med psykiske problemer, samt forhold knyttet til informasjon til pasienter og pårørende vurdert. Disse indikatorene er konstruert for å gi et grunnlag for å si noe om hvordan kvaliteten kan variere.

Høyest bemanning – høyest kvalitet?

Mange ulike forhold vil spille inn og danne rammebetingelser for ivaretagelse av pleie og omsorg i institusjonene. Beboernes tilstand og pleietyngde varierte i undersøkelsen. Ikke alle institusjonene hadde like hensiktsmessig

fysisk struktur. Måten sykehjem er organisert og ledet på varierte også. I noen sykehjem vektlegges systematiske tiltak for kompetanseutvikling, og preges av det vi vil kalle en kompetanseutviklende kultur. På den annen side kan mange av institusjonene ha betydelige arbeidsmiljøproblemer, som noen steder slår ut i høyt sykefravær.

Vår analyse viser en klar sammenheng mellom våre indikatorer på kvalitet og de ansattes egen opplevelse av bemannings-situasjonen. Avdelinger der ansatte mente bemanningen var for dårlig, skåret også lavt på kvalitet. Dette er i tråd med resultater fra andre undersøkelser.

I denne undersøkelsen var vi derimot opptatt av forholdet mellom den faktiske bemanningssituasjonen og kvaliteten i tilbudet. Bemanningen ble målt som det totale antall årsverk per beboer. Vi fant tilnærmet ingen sammenheng mellom faktisk og opplevd bemanning. Det var heller ikke slik at de av våre 29 sykehjemsavdelinger som har høyest bemanning, hadde best kvalitet i tilbudet til beboerne.

Betingelsene for kvalitetsforbedringer ser først og fremst ut til å henge sammen med arbeidsmiljømessige forhold, vektlegging av en kompetanseutviklende kultur, bygningsalder og samarbeid med sykehus, pårørende og andre.

Mer legetid – bedre tilbud

For visse kvalitetsindikatorer – som «mulighet til et aktivt og selvstendig liv» og «informasjon og støtte til beboere og pårørende»

– ut til å være en statistisk negativ sammenheng mellom pleiebemanning og tilbudskvalitet. Resultatene fra den kvantitative analysen støttes av intervjudata fra de ni besøkte avdelingene. Det som her særlig fremstår som avgjørende, er hvordan en har lyktes med samhandling, kommunikasjon, faglig fokus og etablering av en kompetanseutviklende kultur.

Ser vi isolert på legetjenesten i sykehjemmene, ser det imidlertid ut til å være en klar positiv sammenheng mellom variasjoner i legetid per beboer, og variasjoner i visse legerelaterte kvalitetsmål. Jo mer legetid per beboer, jo bedre vurderes opp treningstilbud, tilbud om smertebehandling, og tilbud om medisinsk oppfølging og behandling ved avdelingen.

I vurderingen av dette resultatet er det imidlertid viktig å ha i mente at variasjonen i årsverksinnsatsen per beboer var mange ganger større for legetjenesten enn den var for pleiepersonalet.

«Mer folk» løser ikke problemet

Vår undersøkelse tyder altså på at en økning i pleiebemanningen i sykehjem ikke automatisk fører til høyere kvalitet. For visse kvalitetsmål – som kanskje stiller særlige krav til personalet – fant vi i vår undersøkelse til og med statistisk negative sammenhenger mellom bemanning og kvalitet. Betyr det at kvaliteten synker når pleiebemanningen økes? Kan det for eksempel tenkes at enkelte avdelinger er så overbemannede at det fører til ineffektivitet? Det er neppe en rimelig tolking. Kan det tenkes at sammenhengen går motsatt vei?

I vår diskusjon har vi tatt utgangspunkt i at sammenhengen mellom bemanning og kvalitet har en bestemt retning: At variasjoner i bemanning fører til variasjoner i kvalitet. Kan det tvert imot tenkes at variasjoner i kvaliteten fører til variasjoner i bemanning? Mer presist: Kan det tenkes at et dårlig tilbud til beboerne ved et sykehjem fører til at bemanningen øker?

Det er kommunene som er ansvarlige for sykehjemmene. Situasjonen ved sykehjemmene har stor offentlig interesse. Dersom ansatte, pårørende eller andre opplever at tilbudet ved et bestemt sykehjem ikke holder mål, kan det bli et betydelig trykk på den kommunale ledelse. Det kan utløse et sterkt behov for handling, som viser at man tar problemet alvorlig. Kommunene har et begrenset sett av virkemidler. Det mest nærliggende er å sette inn mer personell. Vår undersøkelse tyder imidlertid ikke på at «mer folk» uten videre kan forventes å løse problemet.

Nok bemanning er en nødvendig, men ikke uten videre tilstrekkelig betingelse for å yte et godt tilbud. Vår analyse tyder på at en rekke organisatoriske forhold må være



Nok bemanning er en nødvendig, men ikke uten videre tilstrekkelig betingelse for å yte et godt tilbud. Foto Janerik Henriksson/SCANPIX

ivarettatt for at en skal klare å realisere det potensialet som de ansatte representerer. Der disse forutsetningene mangler, vil tilførsel av flere årsverk ikke automatisk føre til økt kvalitet. Dersom nye personalressurser systematisk styres til sykehjem med dårlig kvalitet – uten at kvaliteten dermed bedres – vil vi få en økning i antall sykehjem med god bemanning og dårlig kvalitet.

Mange sykehjem trenger støtte

Hovedfunnet i vår undersøkelse er altså at det ikke er automatiske sammenhenger mellom bemanningen i sykehjem og kvaliteten på tilbudet til beboerne. Noen vil kanskje konkludere i retning av at: «De har jo tilstrekkelig bemanning. Hva syter de for?» Og det kan føre til at sykehjemmene – ikke minst: de ansatte som driver disse viktige institusjonene, blir latt i stikken. Våre undersøkelser viser at det er flere sykehjem som sliter. Blant de sykehjemsansatte i vårt utvalg er det nesten 30 % som sier at de ofte går hjem med dårlig samvittighet, fordi de ikke rakk å gjøre det de hadde planlagt i avdelingen.

Vi har møtt avdelinger preget av ansatte som både er fortvilt og utslitt, og der sykefraværet er på over 20 %. Og viktigst: Det er sykehjem hvor ansatte vurderte brukernes tilbud som utilfredsstillende. Mange steder var lederne muligheter for å ta fatt i problemene svært dårlige. I et handlingsperspektiv er det altså flere sykehjem som trenger støtte.

Vår undersøkelse tyder på at de viktigste virkemidlene for å styrke sykehjem i vanskeligheter dreier seg om å:

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

Bård Paulsen

bard.paulsen@ntnu.no

Trond Harsvik

Thomas Halvorsen

SINTEF Helse

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7465 Trondheim

Lars Nygård

Høgskolen i Sør-Trøndelag
7004 Trondheim

Litteratur

1. Bakke HK. Nye tanker om bemanning i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2807.
2. Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T et al. Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Trondheim: SINTEF Helse, 2004.
3. Nygård L. Driftsvariasjoner ved 9 sykehjem – en kvalitativ tilnærming. Trondheim: SINTEF Helse, 2004.

Hvordan utdanne gode kirurger?

Kan det utdannes gode nok kirurger når stadig flere pasienter opereres privat? Dette var blant spørsmålene som ble reist da ortopedene og kirurgenes spesialforeninger inviterte til debatt under Kirurgisk høstmøte i oktober.

– Vi må være forberedt på at privat kirurgi bare vil øke i årene som kommer, sa John Alvheim, stortingsrepresentant fra Framskrittspartiet og leder av sosialkomiteen.

– Reduksjonen i den kirurgiske ventelisten skyldes i stor grad private tilbud. Økningen og omfanget av privat kirurgi vil være avhengig av hvordan det offentlige helsevesenet utvikler seg, mente han. – Med utgangspunkt i de regionale helseforetakenes økonomi, er jeg redd for at mer og mer av spesialkirurgien og den generelle kirurgien vil bli overtatt av private tilbydere. Brukerne vil kreve raskere og bedre behandling. I den grad det offentlige ikke kan tilby dette, vil det bli en økning av private aktører på markedet. Ingen ønsker denne utviklingen, men et solid offentlig helsevesen hvor de private skal være et godt supplement; et incitament til en bedre behandling og bedre faglig kvalitet, sa Alvheim.

Et av spørsmålene som ble stilt under debatten var om man bør få til et samarbeid mellom offentlige og private aktører når det gjelder utdanning innen kirurgi. Gunnleiv Birkeland, overlege ved Helgelandssykehuset HF Mosjøen, påpekte viktigheten av en god grunnutdanning. Selv har han valgt å bli ved et lite sykehus – en løsning svært få velger. – De små sykehusene foretar mange mindre

inngrep og for det meste elektiv kirurgi. Dette gir en meget god grunnleggende utdanning, mente Birkeland. Han oppfordret unge leger til å komme seg ut til de små sykehusene for å få grunnutdanningen der.

Representanter for de private aktørene, Trygve Kase ved Ringvoll Klinikken og Knut Skolleborg ved Colosseumklinikken gav begge uttrykk for at det er viktig å trekke private aktører inn i utdanningen av helsepersonell. – Det offentlige må være bærebjelken som tar seg av den store tunge kirurgien som de er best på, mens vi private er best på volum, sa Kase.

– Det er også viktig å sørge for utviklingen av den medisinske forskningen. De private har ofte store og homogene pasientgrupper som egner seg svært godt for klinisk forskning, sa Skolleborg.

Lars Engebretsen, direktør ved Ortopedisk senter ved Ullevål universitetssykehus, opplyste at sykehuset allerede har innledet et samarbeid med Norsk Idrettsmedisinsk Institutt (NIMI) om utdanning av spesialister – og at dette fungerer bra.

Lisbet T. Kongsvik

lisbet.kongsvik@legeforeningen.no

Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Ny styresammensetning

Hvordan bør styret i Norsk kirurgisk forening (NKF) settes sammen? Dette temaet opptok medlemmene på spesialforeningens generalforsamling.

På vegne av styret la NKF-leder Lars Vasli frem et forslag til ny modell for styresammensetning. Denne innebærer at lederne for spesialforeningene innen de kirurgiske fag danner styret i «paraplyen» NKF. Bakgrunnen for forslaget var at det har vært vanskelig å finne styremedlemmer og at det er liten aktivitet i foreningen (1).

– Foreningen har strevd og vi har ønsket å lage en sterkere forening. Vi har stilt oss spørsmålet: Hvilken nytte har kirurgene av NKF, og hvilken nytte har spesialforeningene, helsemyndighetene, helseforetakene og Legeforeningen sentralt av oss? Også foreningene selv må se et behov for en spesialforening, understreket Vasli.

– Foreningens sterke side er at vi er et felles talerør som gir mer innflytelse enn tidligere. Det er et unikt forum hvor helhetlig tenkning er mulig, sa han. Han gav uttrykk for at han samlet sett trodde at felles koordinering vil gi en stor gevinst. Mange spesialforeninger trenger sekretærbistand og styret har foreslått at det avsettes midler til en slik

stilling med plassering i Legeforeningens sekretariat.

Etter en konstruktiv debatt vedtok generalforsamlingen følgende endring i lovenes § 3: Foreningens styre består av leder, lederne for spesialforeningene innen de kirurgiske fag (hovedspesialiteter og grenspesialiteter) med nestleder som vararepresentant, en lege i kirurgisk utdanning og en representant for generell kirurgi. Resten av paragrafen blir uendret.

Det vil også bli foreslått justeringer i de øvrige organisasjonsleddenes vedtekter, slik at endringen kan bli iverksatt etter neste årsmøte.

Ellen Juul Andersen

ellen.juul.andersen@legeforeningen.no

Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Litteratur

1. Johannessen LB. En paraply for alle kirurgiske foreninger. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2673.