

Seksjon for sykepleievitenskap  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Det medisinske fakultet  
Universitetet i Bergen



# BEHOV FOR HJELP, MULIGHET TIL SELVBESTEMMELSE OG TILFREDSHET MED SYKEHJEMMET

En kartleggingsstudie blant 77 pasienter ved to av sykehjemmene  
tilknyttet Undervisningssykehjemprosjektet i Norge

Hovedfagsoppgave høst 2001  
Helsefag hovedfag  
Studieretning sykepleievitenskap  
Anneline Røssland

## FORORD

Denne studien ble utført blant sykehjemspasienter ved to av sykehjemmene tilknyttet Undervisningssykehjemprosjektet. Jeg er takknemlig for alle som har bidratt til at arbeidet kunne gjennomføres. Mange fortjener takk for hjelp, støtte og bidrag.

Takk til:

- De 46 pasientene ved Fyllingsdalen sykehjem som sa seg villige til å delta i undersøkelsen.
- Ledelsen ved sykehjemmet, avdelingssykepleiere og pleiepersonell ved de forskjellige avdelingene som hjalp til med etablering av kontakt med deltakerne i studien og innhenting av informert samtykke samt praktisk tilrettelegging.
- Undervisningssykehjem - prosjektet i Bergen ved daværende prosjektleder Gørill Hovden Haugesen som bidro med råd og støtte både i forbindelse med utarbeiding av prosjektplan og gjennomføring av intervjuer ved Fyllingsdalen sykehjem. Takk også til prosjektleder i Bergen det siste året, Ingunn Teigen, for positiv innstilling og omtanke.
- Undervisningssykehjemprosjektets nasjonale prosjektleder Marit Kirkevold for tillatelse til å inkludere data fra tilsvarende undersøkelse ved Tåsenhjemmet bo - og rehabiliteringssenter.
- De 31 pasientene ved Tåsenhjemmet bo – og rehabiliteringssenter som deltok her, hovedfagsstudent Lill Eikestad ved Institutt for sykepleievitenskap, UIO, som gjennomførte intervjuene og lot meg ta del i resultatene.
- Kyrre Svarva ved IT- seksjonen, SVT- fakultetet, NTNU, for systematisering av data.

En spesiell takk går til: Min veileder 1. amanuensis dr. polit. Margareth Bondevik for god og verdifull veiledning, innspill og tilbakemeldinger. Tove Aminda Hanssen for ivrige bidrag og konstruktiv kritikk gjennom hele forløpet. Faglig ros og ris og sosial støtte og omtanke var uvurderlig.

Jeg vil også takke mine medstudenter for faglige påfyll, hjelp og sosialt samvær: Berit Båtsvik, Kari Fotland, Bergljot Hovlandsdal, Aslaug Johannesen og Liv Mellesdal. Kollokviegruppene var ”gulroten” i ensomme timer ved PC-en!

Kolleger ved Betanien Sykepleierhøgskole takkes for ”spark bak”. Mine gode venner og nære familie takkes for tålmodighet og god støtte underveis. En særlig takk rettes til Andreas for at du har holdt ut med mine lange jobbe - økter og gitt meg den avkobling jeg har trengt.

## INNHOUDSLISTE

1	INTRODUKSJON.....	1
2	SYKEPLEIEFAGLIG PERSPEKTIV .....	3
3	SYKEHJEM .....	6
3.1	Pasienter i sykehjem .....	6
3.2	Sentrale forskrifter .....	7
3.2.1	Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.....	7
3.2.2	Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene .....	8
4	TEORETISK GRUNNLAG .....	9
4.1	Kvalitet .....	9
4.1.1	Pasienttilfredshet .....	11
4.2	Helse .....	12
4.2.1	Den gode alderdommen.....	13
4.3	Behov.....	14
4.3.1	Maslows behovsteori .....	14
4.3.2	Behovsteori i sykepleiefaget.....	16
4.4	Selvbestemmelse .....	17
4.4.1	Selvbestemmelse og etikk .....	17
4.4.2	Selvbestemmelse og sykepleie .....	18
5	TIDLIGERE FORSKNING .....	19
5.1	Kvalitet. Behov .....	19
5.2	Autonomi .....	23
6	FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	24
7	METODE .....	25
7.1	Design.....	25
7.2	Deltakere i studien.....	26
7.3	Instrumentet.....	28
7.4	Etiske overveielser.....	31
7.5	Praktisk gjennomføring .....	33
7.6	Databehandling og statistiske analyser.....	34
7.6.1	Databehandling.....	34
7.6.2	Statistiske analyser .....	35
7.6.3	Indekskonstruksjon.....	37
8	RESULTATER.....	39
8.1	F1: Bakgrunnsvariabler .....	39
8.2	F2: Behov for hjelp.....	42
8.3	F3: Dekkede/ udekkede behov .....	45

8.4	F4: Selvbestemmelse .....	46
8.5	F5: Tilfredshet med sentrale sider ved tilværelsen på sykehjemmet.....	47
8.6	F6: Tilfredshet med sykehjemmet og tilværelsen .....	49
8.7	F7: Sammenheng mellom behov for hjelp, selvbestemmelse og samlet tilfredshet.....	50
8.8	F8: Bakgrunnsvariablers innvirkning på behov for hjelp.....	51
8.9	F9: Bakgrunnsvariablers innvirkning på mulighet til selvbestemmelse.....	52
8.10	F10: Bakgrunnsvariablers innvirkning på samlet tilfredshet med sykehjemmet.	52
8.11	Tilleggsinformasjon fra respondenter ved Fyllingsdalen sykehjem.....	53
9	DISKUSJON .....	57
9.1	Oppsummering av resultater.....	57
9.2	Bakgrunnsvariabler. Helse .....	58
9.3	Behov for hjelp. Dekkede og udekkede behov.....	60
9.4	Selvbestemmelse .....	65
9.5	Vurdering av sentrale sider ved sykehjemmet. Generell trivsel.....	68
9.6	Sammenhengen mellom behov for hjelp, mulighet til selvbestemmelse og samlet tilfredshet.....	70
9.7	Bakgrunnsvariablers betydning på behov for hjelp, mulighet til selvbestemmelse og samlet tilfredshet .....	71
9.8	Metodedrøfting .....	73
9.8.1	Styrke og begrensning .....	73
9.8.2	Personlig intervju og instrument .....	75
10	IMPLIKASJONER FOR SYKEPLEIEPRAKSIS .....	79
11	VIDERE FORSKNING.....	81
12	AVSLUTNING .....	84
13	REFERANSER.....	86

## VEDLEGG

1. SVAR FRA REGIONAL ETISK KOMITÉ
2. SVAR FRA DATATILSYNET
3. INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA TIL PASIENTEN
4. INFORMASJONSSKRIV TIL AVDELINGENE
5. SPØRRESKJEMA TIL BEBOER (DEL B)
6. SPØRRESKJEMA OM BEBOER (DEL A)
7. OPPRINNELIG PROSJEKTPLAN
8. SØKNAD TIL UNDERVISNINGSSYKEHJEMPROSJEKTET V. PROFESSOR MARIT KIRKEVOLD

## FIGUR- OG TABELLISTE

Tabell I. Statistikk over indeksene .....	39
Tabell II. Bakgrunnsvariabler etter oppholdssted og kjønn. ....	40
Figur 1. Egen vurdering av helse. ....	42
Tabell III. Behov for hjelp. Tid. ....	42
Tabell IV. Behov for hjelp til personlig hygiene og stell. ....	43
Tabell V. Behov for hjelp til å bade eller dusje. ....	43
Tabell VI. Behov for hjelp til innkjøp som klær/toalettsaker. ....	43
Tabell VII. Behov for hjelp til ærender som bank, post, tannlege, frisør. ....	44
Tabell VIII. Behov for hjelp til litt lengre turer/besøk. ....	44
Tabell IX. Ønske om mer hjelp. ....	45
Tabell X. Ønske om mer tid blant personalet. ....	45
Tabell XI. Selvbestemmelse på spesifikke områder. ....	46
Tabell XII. Vurdering av sentrale sider ved sykehjemmet. ....	48
Tabell XIII. Generell tilfredshet med sykehjemmet. ....	49
Tabell XIV. Tilfredshet med tilværelsen. ....	49
Tabell XV. Samlet vurdering av sykehjemmet. ....	49
Tabell XVI. Korrelasjonsmatrise. ....	50
Tabell XVII. Korrelasjonsmatrise over behov for hjelp, selvbestemmelse og samlet tilfredshet. ....	50
Tabell XVIII. T- test. Oppholdsform. Behov for hjelp. ....	51

## **SAMMENDRAG**

God kvalitet på pleie er et mål for pleie og omsorgstjenesten i norske sykehjem. For å bedre eller sikre god kvalitet på pleien, er det nødvendig med kunnskap om brukerne og deres vurdering av sin situasjon. Hensikt med denne studien er å skaffe kunnskap om sykehjempasienters behov for hjelp, mulighet til selvbestemmelse og tilfredshet med sykehjemmet. Studien er en del av Undervisningspsykehjemprosjektets kartleggingsundersøkelse av sykehjempasienters vurdering av behov, og sykehjemmets tilbud.

Studien er en survey basert på intervju med 77 sykehjempasienter i alderen 41 – 100 år ved to sykehjem i Norge. Instrumentet som nyttes, er et strukturert spørreskjema utviklet ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og tidligere brukt i tilsvarende undersøkelser.

Resultatene viser at tre av fire pasienter har behov for hjelp, og får den hjelpen de trenger. Fire av fem mener de får bestemme over hjelpen de får og er tilfreds med sykehjemmet. Samtidig viser resultatene at rundt halvparten har et ønske om at personalet har mer tid til samtale og til å hjelpe dem i det daglige. En majoritet av pasientene får ikke bestemme når de skal stå opp, hva og når de skal spise og når de vil snakke med legen. Pasientene er mest fornøyd med pleie, personalets holdninger, ro og orden i avdelingen, rommet sitt og maten som serveres, men flere rapporterer misnøye med muligheter til opptrening, aktiviteter, privatliv og legetilsyn. Bakgrunnsvariablene oppholdsform og egenvurdert helse har signifikant betydning for behov for hjelp og tilfredshet, men har ingen effekt på vurdering av selvbestemmelse. Pasienter med langtidsopphold rapporterer signifikant større behov for hjelp og en noe lavere grad av tilfredshet enn pasienter med korttidsopphold. De pasientene som sier at helsen er verken god eller dårlig og de som sier om helsen at den er dårlig, har et større ønske om mer tid av personalet og en tendens til å være mindre fornøyd enn de som vurderer helsen som god eller svært dårlig. Alder, kjønn og sykehjemstilørighet har ingen signifikant betydning.

Samlet viser studien at de fleste pasienter har det godt i sykehjem. For å bidra til å bedre kvalitet kan sykepleietiltak i større grad rettes mot ivaretagelse av sykehjempasientenes psykososiale dimensjon og økt mulighet til medbestemmelse i pleien. Dette er viktig med tanke på å utvikle en kvalitativ god sykepleietjeneste som tar hensyn til pasientenes ønsker og behov både når det gjelder deres fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjon.

Nøkkelord: Sykehjem, sykehjempasienter, eldre, behov, selvbestemmelse, tilfredshet, kvalitet.

## SUMMARY

Quality of care is an aim for caring – services in Norwegian nursing homes. To secure or make the care even better, is it necessary with knowledge on how the nursing home residents assess their own situation. The purpose of this study is to gain knowledge about nursing home residents' needs for help, experience of self- determination and satisfaction with the nursing home. The study is part of a larger study under the Teaching Nursing Home project with purpose to describe nursing home residents' needs and the nursing home's offer.

The study is a survey based on interviews of 77 residents age 41 – 100 at two nursing homes in Norway. The measurement used is a questionnaire developed at the Norwegian Institute of Research on Youth, Welfare and Aging (Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)), and has earlier been used in similar studies.

The results show that three of four patients need help, and get the help they need. Four of five have self- determination and are satisfied with the nursing home. But the results also show that approximately half of the patients wish that the staff have more time to spend with them for conversation and for caring through their daily life. The majority reports less or none autonomy when it comes to when they want to stand up in the morning, what and when to eat and when to meet the doctor. The residents are most satisfied with the care, the staff's attitudes, order in the units, their room and the food, but some also say they are not satisfied with the possibilities of rehabilitation, activities, private life and medical examination. The criterion variables form of stay (long term/ short term) and health have significant effect on needs for help and satisfaction, but no effect on self- determination. The results show that long term- residents need significantly more help, and have a little lower satisfaction than short term- patients. The findings also show that those who report health that are not good/ not bad and those who report bad health, wish that the staff have more time, and show a little lower satisfaction than those who report good health or a very bad health. Age, sex and nursing home have no significant effect.

The conclusion of the present study is that the well being of the nursing home residents are reasonable good. It is nevertheless important that nursing interventions in a higher degree should focus on the patients' psychosocial dimension and possibility to participate in the care to secure good quality of care. Nurses should take notice of the residents wishes and needs when it comes to all their physical, psychical, social and spiritual dimensions.

Keywords: Nursing home, nursing home residents, elderly, needs, self- determination, satisfaction, quality.

# 1 INTRODUKSJON

Antall eldre i Norge har økt betydelig de senere år. Økt levealder og store alderskull er årsaker til det. Økt levestandard og medisinsk utvikling har gjort at man lever lenger på tross av sykdom. Dette påvirker behovet for pleie- og omsorgstjenester, og utfordrer samfunnet til å føre en eldrepolitikk som kan gi de eldre en god helse- og omsorgstjeneste (Sosial- og helsedepartementet 1997c (forkortet til SHD videre i oppgaven)). Sykdom og redusert funksjonsevne kan svekke de Eldres uavhengighet, verdighet, følelse av mestring og selvrespekt (Coons & Mace 1996). Eldreomsorgen bør ha som mål å gjøre det mulig for pleietrengende eldre å leve et verdig liv på tross av redusert fysisk og psykisk funksjonsevne.

Sykehjem er et lovpålagt tilbud til pleietrengende eldre, til eldre som har sykdom som krever behandling og/ eller har stort behov for overvåkning og tilsyn (Sosialdepartementet 1988). I den senere tid er det fremkommet kritikk av kvaliteten i eldreomsorgen, og da især av aldersinstitusjoner (Slagsvold 1995).

I ett av FNs prinsipper for eldre i verden som ble vedtatt i 1991 står det følgende:

*”Eldre skal ha mulighet for å omfattes av menneskerettigheter og grunnleggende frihet når de bor på institusjon, mottar annen form for omsorg eller får behandling – inkludert full respekt til å motta beslutninger om egen omsorg og kvalitet av eget liv” .*

Det er nødvendig å styrke kvaliteten på sykehjemstjenester slik at de som bor der kan få ivaretatt sine behov for omsorg, pleie og behandling på en god og forsvarlig måte (SHD 1997a, b, c, Kirkevold og Kårikstad 1999).

Spørsmål om kvaliteten i norske sykehjem holder mål, kombinert med at eldreomsorg generelt synes å ha lav prestisje blant fagpersonale, fører til problemer med å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell. Dette har ført til opprettelse av ”Undervisningssykehjem-prosjektet” (Kirkevold et. al 1999). Det er et nasjonalt prosjekt med regionale sentra i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Prosjektet har som formål å



høyne kompetansen blant personell og drive fagutvikling og forskning i norske sykehjem. Det første steget i dette prosjektet er å kartlegge sykehjemstjenesten på tre områder: Kompetanse, arbeidsmiljø og pleie- og omsorgsbehov. Dette gjøres før mulige problemer blir identifisert og aktuelle tiltak iverksatt. Når det gjelder kartleggingsdelen sett i forhold til pleie- og omsorgsbehov er den tredelt: A. personalet skal gi en faglig vurdering av pasientens pleie- og omsorgsbehov, B. pasienten skal selv komme med sin oppfatning av behov og sykehjemmets tilbud og C. man skal forsøke å observere demente pasienters atferd med tanke på psykologisk velvære. Hensikten er å innhente informasjon om pleie- og omsorgstilbudet, samt vurdere effekten sett i forhold til pasientens tilstand og tilfredshet/livskvalitet (Kirkevold, Kolstad og Bjarnadottir 1998). Prosjektet må sies å være et kvalitetsprosjekt med hovedformål å drive kvalitetssikring og – utvikling i norske sykehjem (Kirkevold et al 1999).

Denne hovedfagsoppgaven vil være en del av Undervisningssykehjem- prosjektets kartleggingsundersøkelse del B hvor man har som siktemål å gjøre en vurdering ved bruker (se punkt B over). Fokus for kartleggingsundersøkelsen vil være brukernes egne oppfatninger av pleie- og omsorgstilbudet. Hensikten med denne studien er å fokusere på den del av undersøkelsen som omhandler pasientenes/ beboernes behov for hjelp og selvbestemmelse sett i forhold til tilfredshet med sykehjemmet.

Oppgavens hovedproblemstilling er:

**Hvordan vurderer sykehjemspasienter sine behov for hjelp, sin mulighet til selvbestemmelse og tilfredshet med sykehjemmet?**

Studien er disponert som følger: En starter med redegjørelse for ulike sykepleieteoriens betydning for sykepleie slik den fremstår i dag, samt grunnlag for forskning innen sykepleie. Videre presenteres forhold rundt sykehjem, forskrifter og mål for sykepleie til sykehjemspasienter. Ulike perspektiver på kvalitet redegjøres for. Det redegjøres for forståelse av helsebegrepet samt den gode alderdom slik den forstås av ulike teoretikere. Maslows behovsteori og Hendersons sykepleieteori benyttes som grunnlag for forståelse av behov. Selvbestemmelsesbegrepet redegjøres for med utgangspunkt i biomedisinsk etikk og Watsons sykepleieteori. Videre vil tidligere forskning relevant for studiens problemstilling bli referert. Forsknings spørsmål styrende for studien vil deretter bli presentert. Før resultatene presenteres, vil studiens metodologiske aspekt blir redegjort for.

Sist skrevet ut 13.12.2002 9:19

Til sist vil en diskusjon følge hvor resultatene vurderes opp mot teori, tidligere forskning, metodologiske aspekter, implikasjoner for praksis samt videre forskning.

Studien omfatter to av sykehjemmene som deltar i Undervisningssykehjem- prosjektet; Tåsenhjemmet bo - og rehabiliteringssenter og Fyllingsdalen sykehjem.

Ordet pasient brukes om gruppen som studeres. Med det menes både sykehjemsbeboer, bruker og person som er inne til korttidsopphold i form av avlastning, rehabilitering eller lignende. En del av litteraturen som er brukt, tar utgangspunkt i eldre pasienter (over 67 år). En gjør oppmerksom på at det blant sykehjemspasienter også finnes noen yngre brukere.

## **2 SYKEPLEIEFAGLIG PERSPEKTIV**

Utgangspunkt for sykepleiefaget er et helhetlig menneskesyn, noe som tilsier at man søker å respektere pasienten som person og ivareta hans/hennes fysiske, psykiske, sosiale og åndelig/eksistensielle dimensjon.

Teorier innen sykepleiefaget må ses i lys av den historiske utvikling som preger sykepleie og den tid de er skrevet i, men har også relevans for oss den dag i dag med tanke på hva som preger oss i vår sykepleieutøvelse. Tre hovedretninger har vært sentrale siden 1950 - tallet (Meleis 1997):

1. Behovsteorier siden 1950 – tallet (bl.a. Henderson 1964, 1998, Orem 1995, Watson 1979). Disse er inspirert av Maslows behovsteori (Maslow 1970) og Eriksons psykososiale utviklingsteori (Erikson 1963, 1968), og har vært opptatt av å studere sykepleierens funksjons- og ansvarsområde. Hovedfokus har vært å beskrive *hva* sykepleie er. Teoretikerne ser på pasienten som et menneske i utvikling med behov som han/hun selv ikke klarer å dekke. Sykepleiens mål er å sørge for behovstilfredsstillelse ved å handle for pasienten eller assistere ham i hans/hennes gjøremål.

2. Interaksjonsteorier siden 1960 – årene (bl.a. King 1971, Paterson & Zderad 1988, Travelbee 1971, Wiedenbach 1964). Disse viderefører behovsteoriene, men har som hovedfokus å si noe om *hvordan* sykepleieren handler/samhandler med pasienten. Teoretikerne er inspirert av symbolsk interaksjonisme (Mead 1937), humanistisk og eksistensiell psykologi og filosofi (bl.a. Frankl 1994, Carl Rogers 1967), og ser på pasienten som et aktivt interagerende menneske som er i stand til å uttrykke sine behov og se mening. Målet med sykepleie er at pasient og sykepleier sammen skal enes om et løsningsforslag, og sykepleierens oppgave er å være pasientens samarbeidspartner. Sykepleieren vil i henhold til disse teoriene handle i forhold til pasientens behov, men vektlegge psykologiske aspekter ved relasjonen sykepleier/pasient som atferdsendring og pasientutsagn om velvære og tilfredshet.
3. Resultatteoretikerne siden 1970 – årene (bl.a. Leininger 1988, 1991, Levine 1989, Parse 1992, Rogers 1970, Roy 1984) er opptatt av *hvorfor* sykepleierne handler som de gjør. George (1995) deler denne retningen i to kategorier: De systemorienterte (blant annet Leininger) og energifelt- teoretikerne (med Rogers og Parse i spissen). Resultatet av sykepleie blir hovedfokus. Resultatteoretikerne ser på pasienten som et enhetlig åpent system i relasjon med sine omgivelser. Målet med sykepleie blir å skape balanse, harmoni og likevekt, og sykepleierens rolle blir å være tilrettelegger for de tilhelende krefter. Pasientens opplevelse blir det sentrale. Resultat kan være livskvalitet og tilfredshet. I følge Meleis (1997) har det vært vanskelig å overføre disse teoriene til praksis på grunn av et abstrakt språk.
4. Fra begynnelsen av 1990 – tallet har ytterligere en kategori av sykepleieteorier, omsorgsteoriene, kommet til: Mange sykepleieteoretikere ser på omsorg som selve essensen i sykepleie; blant annet Leininger (1981, 1988), Watson (1979, 1988), Martinsen (1981, 1992, 1993) og Benner og Wrubel (1989). Martinsen sier om omsorg at det er noe vi er og noe vi gjør og at omsorg har med vårt forhold til andre å gjøre. Livet selv, også omsorgen, er grunnleggende moralsk. Dette gjør sykepleie og moral til en enhet. Morse (1990, 1991) sier at de ulike omsorgsteoriene ser på omsorg som (enten/eller eller både/og) et menneskelig trekk, et moralsk ideal, en affekttilstand, en mellommenneskelig relasjon og en terapeutisk intervensjon. Resultatet av omsorgen kan man se i form av en subjektiv erfaring hos pasienten og/eller en fysisk respons.

Hovedretningene utelukker ikke hverandre. Deler av en teori kan også høre inn under en annen kategori. Watson for eksempel, må sies å være både en behovs - og en omsorgsteoretiker i henhold til denne inndelingen. Leininger kan både ses på som en systemorientert teoretiker og en omsorgsteoretiker.

Sykepleiefagets fire hovedbegreper er person, helse, miljø og sykepleie (Fawcett 1980, George 1995). Sykepleiefunksjonen er både pleiende, behandlende, lindrende, forebyggende, helsefremmende, rehabiliterende, undervisende og administrerende (Karoliussen & Smebye 1981, 1997). Man kan derfor si at sykepleie er en vidt sammensatt disiplin som krever både kognitive, emosjonelle og praktiske ferdigheter av sykepleieutøveren - både hode, hjerte og hender (Henderson 1998).

I 1996 gav European Health Committee under Europarådet ut en rapport om sykepleieforskning (Nord og Fagermoen 1998). Her presiseres sykepleieforskningens overordnede mål: Man skal bedre kvaliteten av den sykepleie som ytes til pasientene og man skal utvikle en høy standard på tjenestene. Sykepleieforskning bør omfatte hele sykepleiedisiplinens område: Klinisk praksis, undervisning, administrasjon. Først og fremst bør det være sykepleiepraksis som skal ses på som sykepleieforskningens kjerneområde.

Yrkesetiske retningslinjer står særdeles sterkt i sykepleieprofesjonen. International Council of Nursing sin kodeks for sykepleiere som ble vedtatt i 1973, sier blant annet følgende (Norsk Sykepleierforbund (NSF 1992):

*"Sykepleierens fundamentale ansvar er firefoldig: Fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelser."* (s. 21)

og videre:

*"Innebygget i all sykepleie er respekt for menneskets liv, rettigheter og verdighet, uavhengig av nasjonalitet, rase, tro, farge, alder, kjønn, politiske synspunkter eller sosial status."* (s. 21)

I denne oppgaven vektlegges videre Hendersons sykepleieteori om pasientens behov (Henderson 1960, 1964, 1998) og Watsons sykepleieteori om omsorg for pasienten og

pasientens autonomi (Watson 1979) i forbindelse med redegjøring for begrepene behov og selvbestemmelse.

### **3 SYKEHJEM**

I dette kapitlet redegjøres det for sykehjemmenes mål og funksjon, pasienter i sykehjem og forskrifter for sykehjem.

#### **3.1 Pasienter i sykehjem**

Sykehjem er kommunale institusjoner for de mest hjelpetruende og er hjemlet i ”Lov om helsetjenester i kommunene” (SHD 1995) og regulert etter ”Forskrift for sykehjem og boform i heldøgns pleie og omsorg” (SHD 1988). Sykehjem skal tilby en eller flere av de nevnte oppgavene: Rehabilitering, avlastning, permanent opphold, skjermet enhet for aldersdemente, dagopphold, nattopphold, terminalpleie, boenhet for barn/ungdom og funksjonshemmede.

I 1997 var cirka 184 400 av befolkningen i Norge over 80 år, dette utgjør 4 % (SHD, Statistisk sentralbyrå (SSB) og Statens helsetilsyn 1999, SSB 2000). I 1998 fantes det 34 784 sykehjemsplasser. Ut fra disse tallene vil det si at dekningsgraden for eldre over 80 år er 19 % (sett i forhold til det totale antall eldre over 80 år i Norge). Tallene fra 1998 viser dessuten at cirka 11 % av sykehjemsplassene ble benyttet til korttidsopphold for avlastning og rehabilitering, og at 27 % av plassene ble benyttet av personer under 80 år (SHD 1999). I følge Statistisk Sentralbyrås *Framskrivning av folkemengden 1996 – 2050* (1996) kan man forvente en sterk økning i antall eldre over 80 år (248 000 i år 2025, 310 000 i år 2050). Det er derfor naturlig å tenke seg at behovet for pleie- og omsorgstjenester i kommunene vil øke sterkt. Sosial- og helsedepartementet (1997c) mener at tilfredsstillende dekningsgrad på institusjonsplasser for eldre bør utgjøre 25 % av antall eldre over 80 år i Norge. Femten prosent av plassene bør utgjøre korttidsplasser.

Sykdom kan endre ens livssituasjon. Blant de aller eldste eldre og de som bor på sykehjem finner man de med dårligst helse og høyest forbruk av pleie- og omsorgstjenester. Hovedgrunnene til betydelig hjelpebehov i høy alder er aldersdemens, skjelettsykdommer, skader, hjerneslag, men ofte kan man se en kombinasjon av disse og andre; såkalt multifunksjonssvikt (SHD 1997c).

Mål for sykepleien vil variere etter pasientenes behov. Korttidsopphold kan stille andre krav enn permanent opphold. Sykepleie til sykehjemspasienter kan derfor ha mål som går fra å søke å gjenopprette funksjonsevne, til opprettholdelse av aktuell funksjonsevne eller til å bidra til en fredfull død (Bondevik og Nygaard 1999, Henderson 1998, NSF 1992, Karoliussen & Smebye 1997). Man må innhente opplysninger av både objektiv og subjektiv karakter. Tilfredsstillende sykepleie bør i tillegg til de ovennevnte områdene være å søke å bedre livskvaliteten, øke velvære, trøste og lindre. Man bør tilstrebe at den gamle har det godt på tross av aldring og sviktende helse. Det overordnede målet må være at den gamle har det godt så lenge han/ hun lever (Karoliussen & Smebye 1997). Sykepleie må planlegges ut fra et helhetlig menneskesyn, hvor både fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov ivaretas.

### **3.2 Sentrale forskrifter**

Forskrifter er juridisk bindende etter lov. Det vil si at kun en lov som sier noe annet enn hva forskriften gjør, står over forskriften. Dette betyr at forskrifter er forpliktende og skal følges uten reservasjoner.

#### **3.2.1 Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie**

I "Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie" gjør Sosial- og helsedepartementet (1988, 1990) rede for de plikter som institusjoner som gir heldøgns omsorg og pleie har, og beboernes rettigheter. Utdrag av forskriften blir presentert under.

*"Det bør legges spesielt vekt på å skape trivsel på avdelinger hvor beboerne har permanent opphold (§ 2-1). Rommene skal i utgangspunktet være enerom, men de som*

*ønsker det kan få tilbud om to - sengersrom. Rommene bør gjøres så hjemlige som mulig. Rommene bør ha uttak for telefon. Hvert rom skal ha tilhørende WC, eller felles WC for flere rom med felles forgang. Beboerne bør ha tilgang på hage, kokemuligheter, spise- og oppholdsarealer (§ 4-1). Beboere med permanent plass skal kunne ta med seg egne møbler og gjenstander (§ 4-3). I den grad det er forenlig med medisinsk behandling, drift og hensyn til andre beboere skal beboerne ha mulighet til individuell frihet, herunder en viss frihet til å velge egen døgnrytme og mulighet til å fortsette sin tidligere livsførsel (§ 4-4). Beboerne skal fritt kunne motta besøk (§ 4-5), ha frihet til å leve i samsvar med sitt livssyn og behandles med respekt og verdighet (§ 4-6). Beboerne skal orienteres om endringer av betydning for dem, gis anledning til å uttale seg (§ 4-9) og ha en talsrepresentant i styret (§ 4-10). Beboerne som har permanent plass kan flytte om han/ hun selv ønsker det dersom han er mentalt frisk og har evne til å ta vare på seg selv, mens de som er inne av kortere varighet, reiser til avtalt tid (§ 4-11). Beboerne eller pårørende har klagemuligheter til Fylkeslegen over forhold ved boformens drift som de finner urimelige (§- 5-1)”.*

### 3.2.2 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

Kvalitet i primærhelsetjenesten er formalisert gjennom forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene etter lov av 19.november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (SHD 1997a). Denne forskriften trådte i kraft 1. mai 1997. Kvalitetskriteriene i denne forskriften gir en oversikt over hva myndighetene definerer som et minimum og som et grunnlag for livskvalitet hos brukerne i kommunehelsetjenesten (Jakobsen 1999). Forskriften ”skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets egenverd og livsførsel” (§ 1). Videre sier forskriften at kommunen skal etablere tiltak og system av prosedyrer som sikrer at den enkelte får de tjenester han har behov for til rett tid. Tjenestetilbudet skal bære preg av å ivareta kontinuitet i tjenesten og brukerne skal tas med på råd ved utforming eller endring av tilbudet. Det skal dessuten utarbeides skriftlige prosedyrer som sikrer at brukerne får dekket sine grunnleggende behov. Forskriften redegjør for hva som ”blant annet” menes med grunnleggende behov (§3):

- trygghet, forutsigbarhet og respekt

- mulighet til å ivareta egenomsorg
- grunnleggende fysiologiske behov som tilstrekkelig ernæring, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- hjelp ved måltider, tid og ro til å spise
- ivaretatt sin personlige hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- hjelp ved av - og påkledning
- normal døgnrytme, unngå uønsket og unødig sengeopphold – mulighet for ro og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv
- mulighet for sosial kontakt og tilbud om aktiviteter både ute og inne
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg
- nødvendig tannbehandling og munnhygiene
- verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser.

Intern-kontroll som følge av helselovgivning (tilsynsloven) vil si oppfyllelse av rettslige, faglige og etiske krav på helsevesenets område (Strengenhagen - utvalget 1994). Fylkeslegens systemrevisjon av sykehjem har i flere tilfeller avdekket mangler hos institusjonene når det gjelder internkontroll, særlig med tanke på manglende utarbeiding av skriftlige prosedyrer (Statens helsetilsyn 1999, 2000). I 35 % av tilsynene ved sykehjem og hjemmesykepleie var ikke grunnleggende behov som normal døgnrytme (ønsket), personlig hygiene og naturlige funksjoner tilfredsstillende ivaretatt.

## **4 TEORETISK GRUNNLAG**

Det er nødvendig med en klargjøring av sentrale begreper. I dette kapitlet gjøres det rede for følgende begreper: Kvalitet, helse, behov, selvbestemmelse. Presentasjonen underbygger den forståelse som legges til grunn i denne studien.

### **4.1 Kvalitet**

Kvalitetsbegrepet forbindes med noe positivt og ønskelig og er dermed verdiladet, selv om det teoretisk sett kan sies å være et nøytralt begrep. Norsk Standard 8402 gir følgende definisjon på kvalitet:



*”Kvalitet er helheten av egenskaper og kjennetegn et produkt eller tjeneste har, og som vedrører dets/dens evne til å tilfredsstille fastsatte behov eller krav som antydnet”  
(Norges Standardiseringsforbund 1988).*

Kvalitet kan oppfattes å være et relativt begrep som sier noe om i hvilken grad våre forventninger blir innfridd på et objektivt eller subjektivt grunnlag (Sletvold, Solbu, Hofstad 1999). Sentrale begreper innen kvalitetsterminologien er indikator, standard og kriterium (Campbell, Roland, Buetow 2000, Donabedian 1988, Jakobsen 1999, Sletvold et al 1999).

Indikator er kjennetegn eller representativt delområde man bruker for å uttrykke, beskrive eller evaluere en kvalitetsegenskap. Indikatorer kan deles inn i tre grupper: 1. Struktur (organisasjonsfaktorer som personell, kompetanse, økonomi, utstyr), 2. Prosess (interaksjoner som forebyggende tjenester, utredning, behandling og pleie, rehabilitering) og 3. Resultat (konsekvenser av helsetjenesten som helsestatus og brukerevaluering, for eksempel dødelighet, sykkelighet, smertelindring, funksjonsevne, tilfredshet, livskvalitet). I den senere tiden har det i økende grad fremkommet et ønske om å vektlegge prosess- og resultatindikatorer da det har vært mest fokusering på strukturelle indikatorer, også innen sykepleie (Kane 1998, Marek 1989).

Kriterium kan i henhold til Norsk Standardiseringsforbund forstås som det vi mener uttrykker god kvalitet ved den indikatoren vi vurderer. I noen tilfeller kan et kriterium oppfattes synonymt med begrepet indikator (Sletvold et al 1999).

Standard er det nivået man krever at kvaliteten skal ligge på (Norges Standardiseringsforbund 1988). Standarden bør kunne beskrives på en kvantitativ måte slik at man har mulighet til å si om man fraviker en standard. Standard bør definere grensen mellom akseptabel og ikke akseptabel kvalitet og være realistisk og oppnåelig. En standard kan være en minimumsstandard (for eksempel forskrifter og retningslinjer som er bestemt av offentlige myndigheter), en målsetting eller en absolutt standard (som kriterier for god medisinsk praksis) (Sletvold et al 1999). Williams (1996) hevder at i eldreomsorgen må man tilstrebe høy kvalitet på helsetjenesten fremfor å bare tilfredsstille minimumsstandard dersom man ønsker å sikre en persons livskvalitet. Han knytter dette til opprettholdelse av en persons integritet, uavhengighet og autonomi. Høy kvalitet blir her definert som

*”care that is desired by the informed patient or client (and family); is based on the sound judgment of the professionals involved, from scientific studies and/or experience; and is agreed upon and carried out in a relationship of mutual trust and respect”* (Williams 1988, ref. i Williams 1996, s. 805).

For å drive kvalitetsarbeid trenger man kompetanse i form av kunnskap og ferdigheter, helst fra forskning, og et konsist og spesifikt fagspråk. Deskriptive standarder foreligger som forskrifter, retningslinjer eller kliniske anbefalinger (Sosial – og helsedepartementet 1997a, b, c). Dessuten eksisterer ekstern revisjon i form av Fylkeslegens tilsynsarbeid (Lov om statlig tilsyn § 2, Sosialdepartementet 1984).

Handlingsplan for eldreomsorgen (SHD 1997c) kommer med anbefalinger og tiltak vedrørende grunnleggende behov som er av avgjørende betydning for helse og trivsel. Med grunnleggende behov menes fysiologiske behov, helse, trygghet, selvstendighet og styring av eget liv, respekt, individualitet, privatliv, fellesskap/samhørighet, aktivitet og valgmuligheter/fleksibilitet. Disse sammenfaller med de som beskrives i kvalitetsforskriften (SHD 1997a) og kan dermed ikke gjøres til gjenstand for prioriteringer. Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (SHD 1997b) gir utfyllende og forklarende kommentarer på kvalitetsforskriften.

#### 4.1.1 Pasienttilfredshet

Pasienttilfredshet blir i økende grad benyttet som en indikator på helsetjenestens kvalitet. En undersøkelse av pasienters tilfredshet med tilbudet har stor verdi dersom man ønsker å finne ut om tilbudet holder kvalitativt mål, men vil bare beskrive noen av mange faktorer innen kvalitetsarbeidet (Campbell et al 2000, Jakobsen 1999, Sletvold et al 1999). Brukerundersøkelser kan gi oss et bilde av brukernes erfaringer og opplevelser i møte med helsetjenesten og kan danne grunnlag for endringer og standardutvikling. Donabedian (1980) har formet en modell der pasientens ønsker kan inndeles i tre gjensidig avhengige domener: 1. En god teknisk helsetjeneste, 2. en god mellommenneskelig helsetjeneste og 3. tilfredsstillende bekvemmeligheter i miljøet. Pasienttilfredshet kan både ses på som en vurdering av kvalitet på tjenesten og som et resultat av tjenesten. Høy pasienttilfredshet er et ønskelig mål, men kan også ses på som et middel da det kan synes som at tilfredse

pasienter i større grad følger de profesjonelles råd og anvisninger. Pasientene vil dessuten i større grad føle seg delaktig i pleien av seg selv (Wilde, Larsson, Larsson og Starrin 1996). Calnan (1988) sier at grad av pasienttilfredshet har betydning av tre grunner: 1. Helsetjenesten skal i tillegg til å være klinisk og økonomisk effektiv ta hensyn til samfunnets oppfatninger, 2. politiske forandringer som demokratisering av helsetjenesten og økende pasientinnflytelse og 3. etiske og humanitære aspekter – et fundamentalt prinsipp bør være å ta hensyn til pasientens ønsker og behov.

Strengenhagen - utvalget, en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund, ga i 1994 ut en rapport om kvaliteten i eldreomsorgen. De uttrykker at kvalitet i eldreomsorg først og fremst er begrunnet i brukerens livskvalitet, at livskvalitet er resultatet av eldreomsorgen. De sier videre at med livskvalitet menes individets egen opplevelse av sin velferd. Hvor tilfreds pasienten er med sin situasjon avhenger i tillegg til vurdering av egen situasjon, også av hvordan de man sammenligner seg med har det. Ulike undersøkelser kommer til ulike resultater. Dette kan skyldes at man ikke måler kvalitet på samme måte. Strengenhagen - utvalget frykter at usikkerhet omkring kvalitetsmål kan dreie praksis i retning av det som er enkelt å måle. Dette kan føre til økt profesjonalisering og byråkratisering, og at man utelater andre viktige sider som er vel så viktige for pasienten. Et eksempel kan være de hjemlige sidene ved en institusjon.

## **4.2 Helse**

Ulike teorier på helse finnes. Helse kan oppfattes som fravær av sykdom, som en egenskap (dvs. evne til å motstå sykdom) og som en likevekt (dvs. en tilstand av balanse og velvære) (Mæland 1993). I følge Nordenfelt (1991) kan en dele helseteorier inn i to perspektiver: 1. Et analytisk perspektiv som fokuserer på sykdom, og hvor helse ses på som fravær av sykdom. 2. Et holistisk perspektiv som fokuserer på hele mennesket, og hvor helse ses på som velvære og tilpasning. Det holistiske perspektivet er det mest fundamentale, men de to må likevel ses på som komplementære (op.cit.). Antonovskys salutogene perspektiv (Antonovsky 1987) er et helsefremmende perspektiv med fokus på hvordan helse opprettholdes og skapes (i motsetning til det analytiske perspektiv, det sykdomsfremkallende perspektiv (Nordenfelt 1991, 1995, Solbakk 1995)). ”Sense of coherence” (SOC) – følelse av sammenheng – kan forstås som den viktigste faktor bak

oppretholdelse av personens posisjon på helse- uhelse kontinuet og for bevegelse mot den friske side. SOC viser til i hvilken grad en kan mobilisere sine ressurser og håndtere eller mestre de utfordringer en står overfor. SOC består av tre aspekter: 1. Begripelighet - som kan forstås som i hvilken utstrekning man opplever indre og ytre stimuli som begripbar, en kognitiv komponent. 2. Håndterbarhet – i hvilken grad man kan møte de krav som stilles, kan også kalles for en instrumentell komponent. 3. Meningsfullhet viser til i hvilken grad en opplever at livet har innhold og mening, en motivasjonell og emosjonell komponent. Vellykket mestring avhenger av hele SOC. Ulike stressfaktorer vil få ulik betydning for mennesket avhengig av de ressurser mennesket har. Mange ressurser vil bidra til motstand mot patologisk stress.

#### 4.2.1 Den gode alderdommen

I følge aldringsteorier har både gener, omgivelser og livsstil betydning for aldring og livslengde (Høgseth 1999, Nordhus 1999, Sletvold 1999, Dehlin og Hagberg 2000). Den eldres helse er et viktig aspekt for den gode aldring (Dehlin og Hagberg 2000). En god alderdom kan i følge Dehlin og Hagberg (2000) forstås som en tilpasning. De mener at sentrale momenter for å oppnå en god alderdom er livstilfredstillelse, velbefinnende og livskvalitet. Livstilfredstillelse kan bety i hvilken grad psykologiske og sosiale behov blir ivarettatt. Velbefinnende relateres til selvoppfatning, positive relasjoner til betydningsfulle andre, autonomi og kontroll, evne til å mestre hverdagen, oppnådde livsmål og personlig modning. Livskvalitet dreier seg om personens subjektive vurdering av sitt livsinnhold.

”Selektiv optimering med kompensasjon” er en tilpasningsmodell og er basert på antakelsen om at aldring innebærer en økt variabilitet ved de fleste forhold og kan oppfattes som å være en individuell opplevelse (Dehlin & Hagberg 2000). Eldres selvoppfatning relateres til i hvilken grad man lykkes med håndtering av aldersforandringer. Med seleksjon forstår man prioritering og konsentrasjon slik at man tilpasser seg de aktiviteter som fungerer best og gir høyest tilfredsstillelse. Optimering innebærer engasjement i visse aktiviteter som opprettholdes eller forbedres med økende alder. Kompensasjon betyr at begrensninger i én aktivitet kompenseres for med en kompletterende teknikk; her eksemplifisert ved læring av minneteknikker ved dårlig hukommelse. Evnen til å håndtere endringer i alderdommen kan også forklares ved

ordtaket ”ikke hvordan man har det, men hvordan man tar det”. Mestringsstrategier kan forklare evnen til å leve med forandringer eller trusler om forandringer. Opprettholdelse av egen identitet vil være av stor betydning. Selvbilde og selvfølelse har langt på vei røtter i personens livshistorie og egen vurdering av denne. Tilbakeblikk på sin livshistorie kan bidra til utvikling av visdom og bevissthet om sitt eget unike liv, og dermed øke velbefinnende og livskvalitet (op.cit.).

### **4.3 Behov**

Strengenhagen – utvalget (1994) påpeker at et sentralt punkt for kvalitet er behovstilfredsstillelse. God kvalitet betyr at uttalte krav eller underforståtte behov tilfredsstilles. Pasientens behov må til enhver tid stå i fokus for helsetjenesten.

#### **4.3.1 Maslows behovsteori**

Maslows behovsteori hører inn under motivasjonsteoriene i psykologifaget. Motivasjonsteorier fokuserer på de dynamiske faktorene bak vår atferd. Motiv kan defineres som ”*en relativt permanent indre faktor som både setter i gang, holder oppe og dirigerer atferd*” (Teigen sitert i Underlid 1997, s. 88). Behov brukes ofte synonymt med motiv, og man kan skille mellom et subjektivt behovsbegrep forstått som noe vi har lyst på og mener vi har bruk for, og et objektivt behovsbegrep som går på hva et menneske faktisk trenger (Underlid 1997). Sistnevnte er det som best beskriver de behov Maslow ser på som sentrale for menneskets liv.

I følge Maslow (1970) tilfredsstiller mennesket til å begynne med de fysiologiske behovene som opprettholder livet. Det følger prinsippet om homeostase (likevekt). Etter hvert vokser det frem nye behov som krever tilfredsstillelse. Teorien kan beskrives på følgende måte: Mennesket har ulike behov, og disse kan plasseres i et behovshierarki.

1. Fysiologiske behov - som mat, søvn, vann, luft, seksualitet – knyttet til overlevelse, men ikke overlevelse alene.
2. Trygghetsbehov - som sikkerhet, beskyttelse, frihet fra farer, frihet fra usikkerhet og kaos, behov for struktur, orden, lover og grenser.

3. Behov for kjærlighet og sosialt fellesskap - det å gi og få kjærlighet, ha venner og nære fortrolige, det å høre hjemme et sted.
4. Behov for anerkjennelse - selvrespekt, det å utrette noe, behov for andres verdsetting.
5. Selvaktualisering - det å vite og forstå, realisere sine muligheter, selvoppfyllelse.

Nært knyttet til disse grunnleggende behovene finnes også kognitive behov (behov for å vite, forstå og utforske) og estetiske behov (behov for skjønnhet).

Det er det bare de utilfredsstilte behovene som virker motiverende og som aktiviserer mennesket (op.cit.). Behovhierarkiet må ikke forstås som en rigid modell hvor de mest grunnleggende behovene må tilfredsstilles fullt ut før man kan bevege seg videre. Maslow sier at i virkeligheten vil de fleste medlemmene i vårt samfunn være delvis tilfredsstilt/utilfredsstilt i alle sine grunnleggende behov.

Maslow er blitt kritisert for at han ikke spesifiserer hvordan en skal handle for å få dekket sine grunnleggende behov (DiCaprio 1974). Det er også påpekt at det finnes utallige eksempler på mennesker som har oppnådd mye i livet på tross av at de ikke har fått tilfredsstilt sine mer grunnleggende behov. Eksperimentell anvendelse av hans behovshierarki har ikke vist entydige resultater: Marrow (i DiCaprio 1974) har vist at dersom man legger forholdene til rette for behovstilfredsstillelse av høyere behov, oppnår man positive resultater. I andre undersøkelser har det ikke vært mulig å påvise dette (Hall & Nongaim i DiCaprio 1974).

Strengenhagen- utvalgets anbefalinger for eldreomsorgen (1994) tar utgangspunkt i Maslows motivasjonsteori. De grunnleggende behov man må søke å tilfredsstille, er livsnødvendige eller basale, og er av avgjørende betydning for helse og trivsel. Sentrale behov for de fleste menneskers velferd og livskvalitet er: Grunnleggende fysiologiske behov, helse, trygghet, selvstendighet, styring av eget liv, respekt, individualitet og privatliv, fellesskap/samhørighet, aktiviteter og valgmuligheter. Behovene kan variere avhengig av boform, alder, kjønn, økonomi og livssituasjon, verdssystem og livsstil.

#### 4.3.2 Behovsteori i sykepleiefaget

Henderson (1964, 1998) er inspirert av Maslows behovsteori. Hun har vært opptatt av å beskrive sykepleierens funksjon. Hennes definisjon av sykepleie, som må sies å være klassisk, lyder som følger:

*”Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig.” (1998 s. 45)*

I følge Henderson (1960, 1998) er sykepleierne autoriteter når det gjelder utøvelse av generell sykepleie som består i hjelpe pasienten med hans grunnleggende behov eller å sørge for forhold som gjør ham i stand til å klare dette selv. Disse grunnleggende behov gjør Henderson videre rede for: 1. Puste normalt, 2. Spise og drikke tilstrekkelig, 3. Kvitte seg med avfallsstoffer, 4. Bevege seg og innta behagelige kroppsstillinger, 5. Sove og hvile, 6. Velge passende klær – kle på og av seg, 7. Opprettholde normal kroppstemperatur ved å velge passende klær og regulere omgivelsene, 8. Holde kroppen ren og velpleid og beskytte hudoverflaten, 9. Unngå farer i miljøet og å skade andre, 10. Kommunisere med andre ved å uttrykke følelser, behov, frykt eller oppfatninger, 11. Dyrke sin tro, 12. Arbeide på en måte som styrker selvfølelsen, 13. Koble av eller delta i ulike former for rekreasjon og 14. Lære, oppdage eller tilfredsstille den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og helse, og benytte de helsetjenester som finnes. Disse omfatter både fysiske, psykososiale og åndelige behov. Når hjelpeløshet og død regnes som uunngåelig, som ved kronisk eller uhelbredelig sykdom hos blant annet eldre mennesker, endrer målet med sykepleie seg. Da blir målet å hindre tap av verdighet. Henderson vektlegger individualistisk sykepleie, men sier også at forhold ved institusjon og familieliv samt hensyn til andre mennesker kan sette begrensninger for dette.

## **4.4 Selvbestemmelse**

### 4.4.1 Selvbestemmelse og etikk

Biomedisinsk etikk brukes både om pasientrettet etikk og medisinsk forskningsetikk, og omhandler normer, verdier og prinsipper som har å gjøre med det medisinske området (Tranøy 1999). Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper (World Medical Association Assembly 2000) omhandler i tillegg til etiske krav til medisinsk forskning, etiske prinsipper som blir lagt til grunn for all pleie- og behandlingsvirksomhet. Disse dreier seg om å vise respekt for pasienters rett til informert samtykke, pasienters rett til autonomi (selvbestemmelse/ medbestemmelse) og deres rett til respekt for sin personlige integritet. Det essensielle med disse er at de står sentralt når det diskuteres hva det betyr å vise respekt for pasienten som person (Frost, 1993). I følge Tranøy (1999) inngår autonomi, integritet og informert samtykke i den samme medisinske- etiske pakke. Det mest grunnleggende er likevel integritet. Ivaretagelse av en persons integritet tilsier respekt for det enkelte menneskes verdighet.

Tranøy (op.cit.) sier at et karakteristisk trekk ved den medisinske etikken er spenningen mellom pliktetikk og konsekvensetikk. Dette er de to hovedtypene innen etisk teori. Pliktetikk er etikk som gjør moralske plikter til det grunnleggende og hvor det moralske gode er å gjøre det som plikten pålegger oss. Sentrale begreper er norm, rett, urett, plikt, rettighet. Konsekvensetikk gjør de gode handlingene sentrale, et annet ord for denne formen er nytteetikk. Plikten i denne formen ligger i å utrette så mye godt som mulig. Sentrale begreper er verdi, god, ond, bedre enn. Etiske problemer innen medisinsk etikk knytter seg først og fremst til hvilke konsekvenser ens virksomhet får for andre, men også rettigheter og plikter er av betydning.

Ordet autonomi har både en etisk betydning (Beauchamp & Childress 1994, Tranøy 1999) og en utviklingsmessig betydning (Erikson 1968, 1997) og kan forstås som selvstyre, selvbestemmelse og individualitet. I denne sammenheng er det selvbestemmelse som er det sentrale. Retten til autonomi tilkommer alle voksne og moralsk myndige personer, men er ikke absolutt. Andre har krav på å bli tatt hensyn til. Det skal likevel være slik at *"den som berøres av en beslutning og må leve med konsekvensene av den, bør også være med og ta*



*beslutningen*” (Tranøy 1999, s. 32). Tranøy sier videre at i situasjoner hvor flere parter berøres, kan det være mer riktig å bruke begrepet ”rett til medbestemmelse”. I eldreomsorgen vil dette komme tydelig frem; som for eksempel hvor man skal bo, når man skal stå opp/ legge seg, toalettbesøk etc. Dersom en person blir fratatt muligheten til å bestemme eller være med og bestemme, vil hans integritet forstått som verdighet bli krenket. Dette er, i følge Tranøy en allmenngyldig påstand. Beslutninger som må tas på vegne av en person for kortere eller lengre tid, skal alltid ta hensyn til pasientens integritet (Andersson 1996). Respekt for den autonome pasientens selvbestemmelse vil i følge Andersson innebære at:

*”patienten, i den mån detta inte inkräktar på andra människors rättigheter, har rätt att fatta beslut och handla i enlighet med sina personliga värderingar och önskemål. I de situationer där andra människors rättigheter berörs har patienten rätt till medbestämmande” (s.51).*

Informert samtykke er sentral i medisinsk forskning på mennesker, men er også et nødvendig middel dersom man ønsker å unngå å krenke en annen persons integritet og autonomi (Tranøy 1999).

#### 4.4.2 Selvbestemmelse og sykepleie

Utøvelse av sykepleie har med respekt for pasienten som person å gjøre. Dette gjør moral og etikk til et sentralt emne. Innen sykepleieprofesjonen, som i andre fag hvor man arbeider med mennesker, finner man konflikter mellom normer og verdier; forpliktelser overfor de mange (samfunnet) versus idealer om barmhjertighet og medmenneskelighet (hensynet til den enkelte). På grunn av knappe ressurser i helsevesenet er man nødt til å prioritere også når det gjelder pleie og omsorg for pasienter. Likevel kan det sies at sykepleieren har et særlig moralsk ansvar overfor den enkelte pasient. Både rent allmennmenneskelig og i sin yrkesutøvelse er det derfor viktig for sykepleieren å inneha etisk innsikt og holdning (Johnstone 1999).

Mange sykepleieteoretikere vektlegger sykepleier- pasientrelasjonen; at pasienten skal tas med i planlegging og gjennomføring av sykepleie (jfr. kap. 2). Også Watson (1979) er spesifikk på dette området. Sykepleie er, slik hun ser det, opptatt av å fremme og gjenopprette helse, forebygge sykdom og å ha omsorg for de syke. Hun legger Verdens

Helseorganisasjons (WHO 1948) definisjon av helse til grunn for sitt syn på helse som en positiv tilstand av fysisk, psykisk og sosial velvære, men hun legger til ytterligere tre elementer: 1. Et høyt nivå av fysisk, mental og sosial fungering, 2. Et nivå hvor man evner å fungere i dagliglivet og 3. Fravær av sykdom, eller tilstedeværelse av krefter som fører til dette.

I tråd med Watsons humanistiske verdisyn vektlegger hun respekt for menneskets autonomi og frihet til å gjøre valg. Omsorg, selve essensen i sykepleie, kan bare bli demonstrert og praktisert i mellommenneskelige relasjoner. Denne omsorgen ansvarliggjør både sykepleier og pasient. For å være en human, omsorgsfull praktiker må man ha syn for den enkelte pasientens verdighet og verdi som menneske. Omsorgsgiveren må akseptere en person for det han er og kommer til å bli. Watson uttrykker at mennesket best kan ses i rammen av en utviklingsmessig konflikt. Her baserer hun seg på Eriksons teori om menneskets psykososiale utvikling (1968). Konfliktene er primært psykososiale og representerer kriser og naturlige vendepunkter i et menneskes livssyklus. Enhver forandring her kan føre til stress som igjen kan påvirke helsen. Samfunnet setter de verdier som er bestemmende for hvordan en skal opptre og hvilke mål man skal strebe etter. Forandring i disse kan igjen føre til stress. Det å gi omsorg resulterer i tilfredsstillelse av visse menneskelige behov hos omsorgsmottakeren. Effektiv omsorg fremmer helse og vekst hos individ og samfunn. Et omsorgsfullt miljø tilbyr utvikling av potensiale, og tillater personen til å velge den beste løsning for ham selv. Omsorg er helseorientert, og integrerer kunnskaper fra alle områder som angår menneskelig atferd for å kunne opprettholde eller fremme helse og gi omsorg og pleie til de syke.

## **5 TIDLIGERE FORSKNING**

### **5.1 Kvalitet. Behov**

I USA har kvalitet på pleie og omsorg i sykehjem lenge vært et tema. Dette har resultert i flere forskjellige instrumenter som kan benyttes dersom man ønsker å måle kvalitet (Davis, Sebastian, Tschetter 1997, Hawes, Morris, Phillips, Fries, Murphy, Mor 1997, Mørch

Jørgensen, El Kholy, Damskjær, Deis, Schroll 1997, Ljunggren 1998, Rantz et al 1999, 2000, Vibe 1995). De studiene som tar utgangspunkt i sykehjemspasientenes vurdering av kvalitet viser følgende faktorer av betydning (Davis et al 1997)): Mulighet til selvbestemmelse. Avhengighet og tillit. Personlig kontroll. Sykehjemsmiljø. Måltidsrelaterte tilbud og ressurser. Verdig behandling. Høflige, ansvarsfulle og teknisk kompetente fagpersoner.

I Norge har kvalitetsundersøkelser i helsesektoren primært vært rettet mot sykehus og sykehuspasienter (Pettersen, Kolstad, Krogstad, Guldvog, Hofoss 1996, Enehaug, Ommundsen, Aslaksen 1995, Torsteinson 2000).

Ved seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen har det i den senere tid vært avlagt to hovedfagsoppgaver på kvalitet og pasienttilfredshet: Enehaug (1997) har oversatt og validert the Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS), et instrument som måler pasienters erfaringer og grad av tilfredshet med sykepleie, i den hensikt å fremskaffe et instrument beregnet for norske forhold. I forbindelse med psykometrisk testing av instrumentet ble det gjort en survey studie på 87 sykehuspasienter. Forventede variasjoner var relatert til alder, utdanningsnivå og primærsykepleie. Ingen signifikante sammenhenger kunne påvises mellom de ovennevnte variablene og grad av tilfredshet. NSNS er utviklet med tanke på bruk i sykehus. Torsteinsons hovedfagsoppgave (2000) er en undersøkelse av pasienters kvalitetsvurdering av pleie, omsorg og behandling etter et sykehusopphold hvor instrumentet KUPP ble benyttet (Kvalitet Utfra Pasienters Perspektiv). Instrumentet favner både pasientens vurdering av sykehusopphold og hvordan han/hun ønsker tilbudet skal være. Hun fant at pasienter er tilfreds med sykehusoppholdet på tross av stor variasjon i svarene. Tilfredshet er særlig knyttet til mellommenneskelige forhold, men pasientene gir også uttrykk for at de ønsker større mulighet for delaktighet, mer informasjon og færre personer å forholde seg til. I denne undersøkelsen ble det antydnet at alder, utdanningsnivå og tidligere sykehuserfaring kunne ha betydning for pasientenes vurdering av kvalitet. Aldersgruppene over 60 år ga en høyere kvalitetsvurdering enn de under 60 år. Pasientene mellom 70 – 79 var mest tilfreds.

Men det har også vært foretatt en rekke ulike spørreundersøkelser som går på kvalitet og brukertilfredshet i sykehjem hvor både brukere, pårørende og fagpersonell har vært spurt. Både kvalitative og kvantitative metoder har vært benyttet. Disse undersøkelsene har tatt

ulike perspektiver; grunnleggende studier i forhold til kvalitetsmål i institusjoner, rene personellundersøkelser, rene pårørendeundersøkelser, rene brukerundersøkelser eller en kombinasjon av disse (Egeland & Gjerberg 1996, Gjerberg 1995, Houg 1996, Pedersen & Jensen 1995, SHD 1997c, Slagsvold 1995, 2000, Sletvold et al 1999). Tendensen går i retning av tilfredshet med pleien, personlig hjelp og medisinsk tilbud, men mindre tilfredshet når det gjelder psykososiale og kulturelle behov, aktivisering og informasjon.

I det følgende presenteres resultater fra norske sykehjem som er basert på pasienterfaringer.

Pedersen og Jensen (1995) hadde som et av sine mål å kartlegge brukererfaringer med og forventninger til sykehjemmet. Undersøkelsen var todelt: Kvalitative intervjuer med 17 sykehjemsbeboere og spørreskjema til fastboende sykehjemsbeboere, ventelisteklienter og dagpasienter. Beboere fra 7 ulike sykehjem deltok (svarprosent 62, 5 %). Sentrale funn fra svarene til sykehjemsbeboerne viser tilfredshet med pleie, høflighet, trygghet og den medisinske og daglige pleien, men misnøye med legetilsynet. Beboerne oppgir tap av autonomi, tilpasning til sykehjemmets rutiner og at de ofte må vente på hjelp, men har tillit til personalet. De er fornøyd med maten som serveres, men synes tidspunktene for måltidene er uvante. Pasientene rapporterer misnøye som følge av manglende informasjon. Her er menn mer misfornøyd enn kvinner og nye beboere (mindre enn ett år) mer misfornøyd enn de som har bodd lenger i sykehjemmet. Noen opplever sykehjemmet som et hjem, mens andre ikke finner seg til rette. Beboerne synes tiden kan falle lang, er ensomme og savner flere aktiviteter. De er tilfredse med pleiepersonalet, men synes de har det travelt og velger å ikke ta kontakt av den grunn. Kvinner ønsker tilbud om flere aktiviteter og mer kontakt med personalet enn hva menn gjør. Forskerne ser på sykehjemmet ut fra tre dimensjoner: Pleie/omsorgs-, behandler- og dagliglivs-dimensjonen. De konkluderer med at de to førstnevnte prioriteres på bekostning av dagliglivs- dimensjonen.

Sletvold, Solbu og Hofstad (1999) hadde som mål å kartlegge kvalitet på tilbud ved sykehjem i Trondheim kommune som en følge av påstander om kritikkverdige forhold ved kvaliteten fra media og politikere. Undersøkelsen er kvantitativ, og datainnsamlingsmetoder er intervju ved hjelp av spørreskjema til bruker, og selvutfyllende spørreskjema til fagpersoner og pårørende. Åtte hundre beboere i sykehjem ble intervjuet.

Som indikatorer satte de ulike helsefaglige delområder som ernæring, eliminasjon, bevegelse, og psykososiale delområder som respekt, trygghet, tid, privatliv og sosial aktivisering. Som standarder satte de krav om 100 % oppfyllelse når det gjaldt helsefaglige delområder vurdert av fagteamet og 90 % av bruker og pårørende. Dette forklarer de med at faglig sett bør det være grunnlag for 100 % innsats mens man må ta høyde for subjektive opplevelser når det gjelder brukere. De tar høyde for at 90 % grensen kanskje ikke er realistisk og kan diskuteres. Når det gjelder psykososiale delområder, setter de standarden til 80 %. Også denne er diskutabel, sier de, men her vil den subjektive oppfatningen bli enda mer framtrædende. Total kvaliteten ved institusjonen setter de til 80 %. Både bruker, pårørende og fagteam skal vurdere kvaliteten til ”meget bra” eller ”bra” i minst 80 % av tilfellene. De viktigste resultatene når det gjelder brukernes svar presenteres videre: Hovedtendensen går mot tilfredshet med tjenestekvaliteten med unntak av medbestemmelse, hvor mer enn 1/3 sier de aldri eller bare delvis får være med å bestemme, og sosiale aktiviteter, hvor 1/3 oppgir at de sjelden får være med på aktiviteter av interesse. To av tre sier de trenger hjelp til personlig hygiene. Hver sjettede bruker med behov for hjelp til dette er ikke fornøyd. 25 % av brukerne oppgir at personalet ikke gir de nok tid til å tilfredsstille grunnleggende behov. De som opplever dårlig tjenestekvalitet er i sum noe yngre enn gjennomsnittet og har noe lettere pleietyngde enn gjennomsnittet. Sletvold et al uttrykker i sin avslutning at det har vært vanskelig å sette standard for tjenestekvalitet og at politikere bør være med i drøftinger når dette skal gjøres. Når det gjelder den individuelle bruker, vil man faglig sett ha problemer med mindre enn 100 % tilfredshet. I drøfting av resultatene tar de høyde for at brukerne kan være redde for å kritisere, og sier at det man må fokusere på er ”tendenser” i svarene.

Slagsvold ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) har gjort en velferds- og levekårsundersøkelse blant sterkt hjelpeavhengige eldre tjenestebrukere (2000). Hennes studie er en sammenlignende studie av de som bor på sykehjem, aldershjem, tilrettelagt bolig og de skrøpeligste hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. Totalt deltok 1692 hjelpetrengende eldre hvorav 824 ble intervjuet. Av de som ble intervjuet var 220 fra sykehjem. Over ¾ deler av pasientene sier de får tilstrekkelig hjelp i sykehjemmet, men en stor prosentdel ønsker likevel mer hjelp til å komme ut på turer og få gjort ærender. Ganske mange ønsker også at personalet har mer tid til å hjelpe dem. Nærmere 70 % sier de får bestemme nok over den hjelpen de får. Slagsvolds funn når det gjelder beboere på sykehjem viser at de jevnt over er tilfreds med

sykehjemmet de bor i. De er mest fornøyd med stell og pleie, ro og orden, personalets holdninger, rommet sitt og maten. De er mindre fornøyd med muligheter for opptrening og aktiviteter.

Bath og Morgan (1998) påviser at tidligere grad av livstilfredstillelse, sosialt engasjement og helsetilstand forklarer det meste av varians i livstilfredstillelse. Grad av fysisk aktivitet bidrar moderat, men signifikant til livstilfredstillelse. Andre studier viser en stor grad av samvariasjon mellom følelse av sammenheng (SOC), velbefinnende og helse (Rennemark og Hagberg 1999).

## **5.2 Autonomi**

Everett (1993) tar opp problemet autonomi – paternalisme i omsorgen for eldre. Eldre kan ha opplevd multiple tap i livet; jobb, status, rolle, venner, familiemedlemmer, bolig, inntekt og helse. I tillegg kan institusjonalisering føre til tap av identitet og autonomi, som privatliv, frihet, uavhengighet og retten til å velge. Man kan blant annet oppleve å bli fortalt når man skal spise, hva man skal spise, når man skal stå opp, når man skal legge seg. Også fritidsaktiviteter styres av institusjonen. Regler og retningslinjer i institusjonen gir lite rom for fleksibilitet og frihet til å velge. Ofte kan den eldre som er institusjonalisert oppleve at beslutninger som angår han/henne, tas av personale og/eller pårørende. Personalet bør derfor være særdeles sensitiv og oppfinnsom med tanke på å opprettholde en pasients mulighet til autonomi som er konsistent med hans/hennes kapasitet. Et bevisst personale på dette område vil sørge for å gi informasjon til pasient og pårørende slik at de kan delta i beslutninger som angår behandling, pleie og levevilkår.

Paternalisme kan forstås som et motiv eller en hensikt til å handle eller ikke handle for å oppnå et mål som strider i mot et annet menneskes ønsker eller behov (op.cit.). Paternalistisk atferd tar fra et menneske kontroll over eget liv og erstatter det med avhengighet av andre. I en institusjon kan et eldre menneske oppleve å bli fratatt sin frihet til å velge. Sykepleiere har et ansvar i å sørge for at retten til autonomi ivaretas. Ved å fremme informert samtykke og mulighet til valg vil man også fremme pasientens verdighet og autonomi (op.cit.).

Opplevelse av kontroll over sitt liv er grunnleggende for en persons fysiske og psykiske helse. Carboni (i Everett 1993) har observert at tap av autonomi kan føre til hjelpeløshet og redusert evne til å ta beslutninger som angår ens liv. Andre mener at det fortsatt er uklart om individet bruker tilpasningsteknikk i den hensikt å verne om sin autonomi eller om tap av kontroll fører til lært hjelpeløshet (Le Sage et al i Everett 1993). Man må være klar over at pleiepersonell kan bidra til avhengighet og apati på bekostning av autonomi og velvære (Everett 1993). Eldre mennesker er unike personer med livserfaring, livsstil og mestringsstrategier, og kan ikke behandles som en homogen gruppe. Det å vise forståelse og respekt for den eldre som en person med problemer snarere enn se på han/henne som et problem, vil bidra til at den eldre lettere kan svare på utfordringen som ligger i aldring og institusjonalisering.

## 6 FORSKNINGSSPØRSMÅL

Med utgangspunkt i studiens problemstilling, teori og tidligere forskning vil studiens forskningsspørsmål her bli presentert:

### Forskningsspørsmål (F):

F1: Hvordan er fordelingen i utvalget av de uavhengige variablene kjønn, alder, oppholdsform, oppholdets varighet og egen vurdert helsetilstand, og er det noen forskjell mellom de to sykehjemmene med hensyn til disse?

F2: Hvordan er fordelingen i utvalget når det gjelder behov for hjelp uttrykt ved hvor stor del av døgnet de trenger hjelp og hva de trenger hjelp til når det gjelder personlig hygiene, bad/dusj, innkjøp, ærender og turer?

F3: Hvordan er svarfordelingen med hensyn til hva de ønsker mer hjelp til og hva de ønsker personalet har mer tid til?

F4: Hvordan uttrykker respondentene sin mulighet for selvbestemmelse på sykehjemmet?

Sist skrevet ut 13.12.2002 9:19

F5: I hvilken grad uttrykkes tilfredshet med sentrale sider ved tilværelsen på sykehjemmet?

F6: I hvilken grad uttrykkes tilfredshet med sykehjemmet og tilværelsen?

F7: Er det sammenheng mellom behov for hjelp, mulighet til selvbestemmelse og samlet tilfredshet?

Det vil være av interesse å undersøke om aktuelle bakgrunnsvariabler forklarer variasjon i resultatene. Av den grunn formes derfor følgende forskningsspørsmål:

F8: Har kjønn, alder, egen vurdert helsetilstand, oppholdssted og oppholdsform innvirkning på behov for hjelp?

F9: Har kjønn, alder, egen vurdert helsetilstand, oppholdssted og oppholdsform innvirkning på mulighet til selvbestemmelse?

F10: Har kjønn, alder, egen vurdert helsetilstand, oppholdssted og oppholdsform innvirkning på samlet tilfredshet med sykehjemmet?

## **7 METODE**

I dette kapitlet redegjøres det for metodiske aspekter ved denne studien og instrumentet som er benyttet. Dessuten presenteres den praktiske gjennomføringen og de etiske overveielser som ligger til grunn. Til sist vil de statistiske analyser som er benyttet bli beskrevet.

### **7.1 Design**

I denne studien er survey design benyttet. Survey – design forklares av Polit & Hungler (1995) som en form for ikke- eksperimentell forskning som fokuserer på å samle



informasjon fra en populasjon om kunnskaper, meninger, holdninger og verdier som respondentene måtte ha vedrørende forskningsområdet. Variablene undersøkes som de forekommer i sitt naturlige miljø med fokus på prevalens, distribusjon og sammenheng. Survey- design baserer seg hovedsakelig på kvantitative data fra store utvalg, selv om det også kan forekomme kvalitative data i tillegg til disse. Data kan samles inn ved hjelp av personlig intervju, telefonintervju eller postenquête. Styrke ved survey- design er at det er sterk på ekstern validitet (generaliserbarhet, overførbarhet) og at det er fleksibelt og kan nå mange (dette gjelder særlig ved bruk av postenquête). Begrensning ved survey er svakhet på intern validitet (gyldighet). Dessuten kan man oppleve de innsamlede data som noe overfladiske, dataene er mer ekstensive enn intensive (op.cit.).

Tre varianter av survey- design er beskrevet, disse lar seg benytte i samme studie: I en deskriptiv survey blir det gjort en nøyaktig beskrivelse av utvalget (Nord 1998). Ved bruk av korrelasjonssurvey er det mulig å undersøke om det finnes noen sammenheng mellom variablene uten å ha noen klar formening om hva som er uavhengig/avhengig variabel; variablene måles uten noen form for manipulasjon. Ved å benytte et komparativt survey lar det seg gjøre å predikere en årsak- virkning sammenheng mellom variabler, og sammenligne eller sette opp mot hverandre ulike undergrupper i utvalget sett i forhold til disse utvalgte variablene (Brink & Wood 1989, Nord 1998).

Denne studien er en del av en kartleggingsundersøkelse hvor det samles informasjon om sykehjemspasienters oppfatning av behov og tilbud når det gjelder pleie og omsorg. I denne studien benyttes både deskriptivt surveydesign, korrelasjonssurvey og komparativt survey. Utvalget og dets oppfatning av sentrale sider ved sykehjemmet beskrives. Dessuten undersøkes sammenhengen mellom ulike variabler slik at problemstillingen lar seg belyse. Komparativt design nyttes når man sammenligner ulike undergrupper i utvalget med tanke på om det finnes noen forskjeller i funnene. Her vil uavhengig variabel være: kjønn, alder, oppholdssted, oppholdsform og egen vurdert helse.

## **7.2 Deltakere i studien**

Populasjon er alle tilfeller som tilfredsstillter gitte kriterier. Tilgjengelig populasjon vil være de som oppfyller inklusjonskriteriene og som forsker har tilgjengelighet til, mens

Sist skrevet ut 13.12.2002 9:19

målpopulasjon vil være de man ønsker å generalisere funnene til (Polit & Hungler 1995). I denne undersøkelsen vil tilgjengelig populasjon være synonym med målpopulasjon.

Tilgjengelig populasjon er i denne studien alle mentalt kompetente beboere på de sykehjem som omfattes av Undervisningssykehjem-prosjektet og som er ferdig med sin beboerundersøkelse tidlig høst 2000.

Følgende inklusjonskriterier benyttes:

Menn og kvinner som er innlagt på sykehjem og som er mentalt kompetente. Pasientene må være fysisk og psykisk i stand til å delta i et intervju av cirka en times varighet. Dette avgjøres av sykepleier/lege.

Det settes ikke noen aldersbegrensning. Frivillig informert samtykke innhentes av pasientene (vedlegg 3). I henhold til søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste skal samtykket være skriftlig der dette er mulig å oppnå. I tilfeller hvor beboeren har vanskelig med dette, aksepteres muntlig samtykke gitt til ansvarlig sykepleier.

Utvalget er den gruppen innen den tilgjengelige populasjonen som forsker undersøker. I denne studien utgjør utvalget hele den tilgjengelige populasjonen.

Skriftlig søknad ble sendt til nasjonal prosjektleder Marit Kirkevold ved Institutt for Sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo om tilgang til data fra beboerundersøkelsen ved Tåsenhjemmet bo – og rehabiliteringssenter (heretter kalt Tåsenhjemmet) i Oslo, Søbstad sykehjem i Trondheim og Kroken sykehjem i Tromsø (se vedlegg 8) i tillegg til de aktuelle data forsker har samlet inn ved Fyllingsdalen sykehjem. Tidligere undersøkelser antyder at ca. 30 % av sykehjemmets pasienter fyller inklusjonskriteriene (Kirkevold et. al 1998). Sett ut fra denne antakelsen ville da cirka 90 pasienter i tillegg til cirka 50 ved Fyllingsdalen være fysisk og mentalt i stand til å delta i denne studien dersom alle fire sykehjemmene var ferdige med sine brukerundersøkelser. Det viste seg at kun Tåsenhjemmet foruten Fyllingsdalen var ferdig med sin undersøkelse på det aktuelle tidspunktet. På grunn av tidsbegrensninger for hovedfagsstudiet lot det seg ikke gjøre å vente til de andre sykehjemmene var ferdige. Derfor begrenser tilgjengelig populasjon og utvalg seg i denne studien til de pasienter som oppfyller inklusjonskriteriene ved Fyllingsdalen sykehjem og Tåsenhjemmet.

Fyllingsdalen sykehjem i Bergen er Norges største kommunale sykehjem og har 177 plasser. Av disse er 141 til langtidsopphold og 36 til korttidsopphold. Utvalget på Fyllingsdalen sykehjem ble oppnådd på følgende måte: Ansvarlig sykepleier foretok en vurdering sammen med øvrig pleiepersonell, ved behov i samråd med sykehjemets lege, av hvilke pasienter som oppfylte kriteriene. 54 pasienter på Fyllingsdalen sykehjem ble forespurt, 7 av disse takket nei. Et intervju ble ekskludert etter at intervjuet var gjennomført på grunn av mental uklarhet. Denne pasienten var sykehjemspersonalet på forhånd noe usikker på. Det endelige utvalget på Fyllingsdalen sykehjem er 46 respondenter. Dette gir en svarprosent på 85 %. Av sykehjemets totale antall plasser utgjør deltakerne i undersøkelsen 26 %.

Tåsenhjemmet har 96 institusjonsplasser fordelt på 82 langtidsplasser og 14 korttidsplasser. Trettito pasienter deltok i tilsvarende undersøkelse på Tåsenhjemmet. To pasienter takket nei til å delta. Et av intervjuene ble avsluttet på grunn av at pasienten var for syk, og dette intervjuet ble ekskludert fra studien, slik at det endelige tallet ble 31. Svarprosent er her 91 %. Av sykehjemets totale antall plasser utgjør deltakerne i undersøkelsen 32 %.

Totalt utgjør utvalget 77 respondenter.

### **7.3 Instrumentet**

Instrumentet som Undervisningssykehjemets nasjonale prosjektledelse har valgt å bruke i dette prosjektet, er et strukturert intervjueskjema utarbeidet av Slagsvold ved Norsk Institutt for forskning om Oppvekst, Velferd og Aldring (NOVA) på grunnlag av studier om måling av kvalitet i sykehjem (Kirkevold et al 1998). Spørreskjemaet er utviklet for norske forhold og benyttet i tidligere undersøkelser i regi av NOVA (Slagsvold 2000) og heter **NOVAs kartleggingsskjema** – intervju med bruker (gjengitt i Kirkevold et al 1998) (vedlegg 5). Spørreskjemaet bygger på Maslows kategorisering av behov og disponerer informasjon om velferd etter en inndeling av behov (livsopprettende behov som stell, pleie

og behandling, trygghet, aktivitet, sosial kontakt, selvbestemmelse) og skiller mellom basale behov og psykososiale behov.

Spørreskjemaet består av totalt 78 spørsmål, 64 direkte til beboer. De 64 spørsmålene utgjør 144 variabler. Spørreskjemaet omfatter følgende dataområder:

1. Bakgrunnsopplysninger
2. Om sykehjemmet
3. Helse
4. Hjelp og mottatte tjenester
5. Økonomi
6. Aktiviteter
7. Sosial kontakt - ensomhet
8. Trygghet
9. Livskvalitet
10. Selvbestemmelse
11. Generelle vurderinger
12. Grunnlag for utfylling (besvares av intervjuer)

Det er ikke utarbeidet noen manual for spørreskjemaet, men Slagsvolds rapport "Velferd og levekår for sterkt hjelpeavhengige eldre tjenestebrukere" (2000) vil bli brukt som referanse med tanke på forståelse av spørreskjemaet. Instrumentet har så vidt hovedfagstudent er kjent med, ikke vært testet for validitet og reliabilitet. Dette vil heller ikke bli gjort i denne studien grunnet hovedfagsoppgavens rammer.

I denne hovedfagsoppgaven drøftes kun de dataene som fremkommer i spørreskjemaet som kan relateres til hovedfagsoppgavens problemstilling. I spørreskjemaet fremkommer dette under følgende dataområder: Bakgrunnsopplysninger, om sykehjemmet, helse, hjelp, selvbestemmelse og generelle vurderinger (vedlegg 5).

#### Aktuelle bakgrunnsdata:

Bakgrunnsvariablene som er aktuelle for denne studien er kjønn, fødselsår, oppholdssted, oppholdsform, oppholdets varighet og egen vurdert helsetilstand. Kjønn, fødselsår, oppholdets varighet og egen vurdert helse finnes i første del av spørreskjemaet under områdene bakgrunnsopplysninger, om sykehjemmet og helse. I tillegg er det behov for å

kjenne til pasientens oppholdsform. Denne opplysningen finnes i beboerundersøkelse del A (gjort av personalet på de respektive sykehjemmene) (vedlegg 6). Også spørreskjemaet brukt i delundersøkelse A er utarbeidet av Slagsvold, NOVA. På grunn av mangler i spørreskjemaet til beboer når det gjelder oppholdets varighet (ikke gjensidig utelukkende svarkategorier), har man valgt å bruke data fra beboerundersøkelse A når det gjelder dette spørsmålet (spørsmål nr. 12), og ser dermed bort fra det aktuelle spørsmålet i del B.

#### Om sykehjemmet.

I spørreskjemaet blir respondentene spurt om hvor fornøyd de er med sykehjemmet, hvor lenge de har bodd i sykehjemmet, hvordan de opplever sykehjemmet som bolig og som hjem, hvem det var som bestemte at de skulle flytte til sykehjemmet. Dessuten blir de spurt om hvordan de liker å dele rom og WC. Til sist i denne delen blir de spurt om hvor de ville bodd dersom de kunne velge helt fritt. I denne undersøkelsen drøftes kun spørsmålet som går på hvor fornøyd de er med sykehjemmet.

#### Helse

Respondentene blir bedt om å gi en vurdering av sin egen helse fra svært god til svært dårlig. De blir dessuten spurt om konkrete forhold som i hvilken grad de har opplevd angst, nervøsitet, rastløshet, depresjon og smerter det siste halve året. I denne studien drøftes kun det generelle spørsmålet om helse.

#### Om hjelp.

Respondentene blir bedt om å svare på hvor stor del av døgnet de trenger hjelp, hva de trenger hjelp til og hvem som hjelper dem med dette. Dessuten blir de spurt om det finnes noe som de skulle ønske mer hjelp til og at personalet hadde mer tid til. Dette går på dekkede og udekkede behov. De blir også spurt om de må vente på hjelp når de trenger det, hvor ofte og lenge de må vente og om de mener de får tilstrekkelig hjelp. Til sist i denne delen av spørreskjemaet blir respondentene spurt om forholdet til personalet; hvor mange de har å forholde seg til og om det er for mange. Spørsmålene som vil bli omhandlet i hovedfagsoppgaven, er del av døgnet de trenger hjelp, hva de trenger hjelp til, hva de ønsker mer hjelp til, hva de ønsker at personalet har mer tid til og om de mener de får nok hjelp i sykehjemmet.

### Om selvbestemmelse.

Det blir stilt spørsmål om selvbestemmelse når det gjelder sentrale sider ved hverdagslivet på sykehjemmet. Dessuten får respondentene et mer overordnet spørsmål om de synes de får bestemme nok i sykehjemmet.

### Vurderinger

Respondentene blir til sist i spørreskjemaet bedt om å si noe om hvor fornøyd de er med sentrale sider ved sykehjemmet som pleie, opptrening, medisinsk behandling, lege, aktiviteter, sosial kontakt, selvbestemmelse, privatliv, personalets holdninger, rommet, maten og ro og orden før de gir en samlet vurdering av sykehjemmet.

Slagsvold (2000) grunngir at respondentene blir spurt tre ganger på forskjellige steder om generell trivsel, med at disse kan sammen bidra til å si noe om hvordan pasientene har det i det daglige. Man finner et spørsmål under emnet ”om sykehjem”, et under ”livskvalitet” og et til sist under ”vurderinger”. Respondentene blir bedt om å gi en vurdering av hvor fornøyd de er med sykehjemmet eller tilværelsen generelt med svaralternativ fra svært fornøyd til svært misfornøyd. I studien presenteres resultatene fra disse, men kun spørsmålet om den samlede vurdering av sykehjemmet (spørsmål 64), vil bli benyttet som avhengig variabel i de statistiske analysene.

Helt til sist i spørreskjemaet er det 1 ½ side med plass til opplysninger som intervjuer mener det er vesentlig å få fram, og som dekkes dårlig av spørsmålene. Opplysninger om respondentene ved Fyllingsdalen sykehjem vil bli presentert i resultatdelen under ”informasjon som er kommet fram i forbindelse med intervjuet”, kapittel 8.12 . Kommentarene kan gi bakgrunn for forståelse av spørsmålene.

## **7.4 Ethiske overveielser**

I det følgende beskrives kun undersøkelsen ved Fyllingsdalen sykehjem da det er denne hovedfagsstudenten har gjennomført. De godkjente søknadene til Regional komité for medisinsk forskningsetikk, helseregion 1 (vedlegg 1), og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg 2) er fulgt. Disse var også styrende for tilsvarende undersøkelse ved

Tåsenhjemmet. Det vises for øvrig til prosjektplan for undersøkelsen ved Tåsenhjemmet (vedlegg 7).

Etiske regler i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association Assembly 2000) er styrende for all medisinsk forskning og omfatter også annen forskning hvor mennesker er berørt. Etiske vurderinger er gjort i forhold til den metodiske gjennomføring og i forhold til respondentene. Følgende prinsipper ble lagt til grunn: 1. I hovedsak ikke forårsake skade. 2. Rett til frivillig informert samtykke. 3. Rett til privatliv og personvern (Helsinkideklarasjonen 2000). Det redegjøres videre for hvordan man har tilstrebet å ivareta disse prinsippene i denne studien.

Normen om sannhet er selve grunnverdien for vitenskapelig virksomhet (Solbakk 1995) og handler om plikt til å være sannferdig både når det gjelder forskningsarbeidet og egne verdier gjennom hele sitt forskningsarbeid (Hauge 1998). Forskningsprotokoll ble utarbeidet og godkjent av veileder ved seksjon for sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen og av Undervisningssykehjem- prosjektets nasjonale leder Marit Kirkevold. Undervisningssykehjem- prosjektet som helhet er godkjent av Regional komité for medisinsk forskning, Helseregion 1 (vedlegg 1) og av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (vedlegg 2). Undersøkelsen var en del av dette prosjektet og ble gjennomført i samsvar med søknad til og retningslinjer fra disse, og i samarbeid med administrasjon og prosjektledelse på Fyllingsdalen sykehjem.

Identifisering og forespørring av aktuelle pasienter ble gjort av sykehjemmets personale. Skjema for frivillig informert samtykke ble utarbeidet og fulgte nøyaktig samme mal som det opprinnelige (vedlegg 3). Skjemaet fikk pasientene av personalet, i tillegg til nødvendig muntlig informasjon ved forespørring om deltakelse, alt i henhold til NSDs retningslinjer. Pasientene ble forsikret om at deltakelse var frivillig og basert på konfidensialitet og at de kunne trekke seg når som helst i løpet av undersøkelsen uten at dette fikk noen konsekvenser for de med tanke på videre behandling og pleie. Sykehjemsbeboerne kan føle seg presset til å delta i undersøkelser fordi de er avhengige av hjelp og redde for sanksjoner. Det var derfor viktig å informere de som skulle innhente samtykke om ikke å presse eller overtale pasientene til å delta. Hovedfagsstudent tilstrebet hele tiden å ivareta pasientenes interesser. De ble også informert om at dataene ville bli anonymisert i det videre arbeidet. Frivillig informert samtykke ble oppnådd skriftlig, eller muntlig dersom de

ikke var i stand til å skrive under. Samtykke- skjemaene ble overlevert institusjonssjef etter at undersøkelsen var gjennomført for oppbevaring sammen med navneliste. Intervjuene ble gjennomført på en tid og et sted som passet deltakerne. Under intervjuet var intervjuer svært observant for om intervjupersonene opplevde ubehag av fysisk eller psykisk art.

Sykehjemmets leder er pålagt registeransvar av NSD, og er den som oppbevarer personregisteret. Institusjonssjefen har også kontroll og sikringsansvar. Det var ikke nødvendig for hovedfagsstudent å ha tilgang til navneliste etter at datainnsamling var utført, selv om Undervisningssykehjem- prosjektets hensikt tilsier at det er nødvendig med personregister i hele prosjektperioden (vedlegg 2). Hvert enkelt spørreskjema ble påført et nummer som korrelerer med tilsvarende nummer på beboerundersøkelse A (personalets besvarelse) og navnelisten. Sykehjemmets personale hadde ikke tilgang til rådata. De ble oppbevart av hovedfagsstudent skjernet for innsyn inntil de ble bearbeidet.

### **7.5 Praktisk gjennomføring**

Intervjuene med pasientene på Fyllingsdalen sykehjem foregikk i perioden medio februar år 2000 frem til påske samme år parallelt med at beboerundersøkelse A (personalets utfylling av skjema om pasienten) ble gjennomført på Fyllingsdalen sykehjem. På forhånd var frivillig skriftlig/ muntlig informert samtykke innhentet av sykehjemmets personale (se vedlegg 3 og 4). Hovedfagsstudent i sykepleievitenskap intervjuet alle pasientene her. Intervjuene foregikk på et uforstyrret sted, enten på pasientens rom eller i et ledig lokale. Hovedfagsstudent hadde på forhånd presentert seg for pasienten og avtalt tid for intervju. Intervjuene foregikk hovedsakelig på dagtid mellom klokken 09.30 og 13.30, men noen ble også intervjuet om ettermiddag og helg.

Data fra Tåsenhjemmet i Oslo har hovedfagsstudent fått tilgang til etter søknad til prosjektledelsen for Undervisningssykehjem- prosjektet. Hovedfagsstudent ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, intervjuet de 31 pasientene som deltok i undersøkelsen på Tåsenhjemmet høsten 1999.



## **7.6 Databehandling og statistiske analyser**

Datamaterialet må systematiseres, bearbeides, analyseres og tolkes for at man skal kunne svare på problemstillingen i oppgaven. Formålet med dataanalysen vil være å beskrive utvalget best mulig samtidig som det er ønskelig å utforske dataene med tanke på om det kan påvises tendenser. Dette kapitlet redegjør for fremgangsmåte når det gjelder databehandling og statistiske analyser.

### **7.6.1 Databehandling**

Spørreskjemaet som ble benyttet i undersøkelsen, var på forhånd kodet og ble sendt til IT-seksjonen, SVT- fakultetet, NTNU, ved Kyrre Svarva for scanning, og deretter lagt inn i SPSS (Statistical Packages for Social Sciences) for videre analyse. SPSS inkluderer de mest brukte statistiske prosedyrer, og er forholdsvis enkel å sette seg inn i (Polit & Hungler 1995). Forsker fikk tilsendt dataene fra Fyllingsdalen sykehjem og Tåsenhjemmet i en datafil for videre bearbeiding. SPSS for Windows 9.0. og brukermanual for SPSS (George & Mallery 2000) ble benyttet i denne forbindelse.

Det ble sett etter inkonsistenser i materialet. Det manglet data fra beboerundersøkelse del A på 8 av respondentene fra Fyllingsdalen sykehjem. I og med at variabelen oppholdsform var av betydning for komparativ analyse, valgte man å etterlyse disse verdiene ved sykehjemmet. De andre ble kodet og definert som ”vet ikke”. En av respondentene på Tåsenhjemmet ble oppgitt å være født i 1986 på tross av å være gift og ha barn. Dette ble rettet opp.

For mange manglende svar er ikke ønskelige da de får negativ betydning for den videre dataanalyse. Det finnes ulike måter å forholde seg til ”missing values” på. Når det gjelder kategoriske data, det er data med dikotome og distinkte verdier, kan man lage en ny verdi for disse, og kalle den ”ukjent” eller ”manglende svar”. For kontinuerlige data, i. e. data man kan plassere langs et kontinuum (som f. eks. alder), kan man erstatte ”missing values” med gjennomsnitt (aritmetisk gjennomsnitt eller median). I dette spørreskjemaet har alle spørsmål en svarkategori som kalles ”pasienten svarer ikke”. Denne er definert som ”missing” i analysene. Datafilen inneholdt ingen store mengder av ”system missing

values”, blanke celler. Disse er derfor slått sammen med ”user -missing” – verdien ”pasienten svarer ikke”. Dette tilsvarer kategorien ”manglende svar” i resultatdelen. Denne fremgangsmåte er valgt av hensyn til leservennlighet.

Prosenttall er avrundet til nærmeste hele tall slik at sluttsummen i noen tilfeller kan avvike fra 100 %. Andel ubesvarte er med i deskriptiv statistikk da dette vil være av interesse i og med at datamaterialet bygger på personer med svekket helse (Slagsvold 2000). Dermed vil den eksakte prosentueringen være lavere enn dersom disse hadde vært utelatt. I avansert statistikk inngår imidlertid kun de besvarte.

### 7.6.2 Statistiske analyser

I statistiske analyser skiller man mellom deskriptiv statistikk og statistisk inferens (Polit og Hungler 1995). Deskriptiv statistikk benyttes for å redusere, summere og beskrive data fra målingene, mens statistisk inferens benyttes når man ønsker å trekke slutninger om en populasjon fra et utvalg basert på sannsynlighet.

Når det gjelder statistiske analyser basert på statistisk inferens bør disse strengt sett være basert på et randomisert utvalg fra en gitt populasjon. Parametriske tester er å foretrekke da disse regnes for å være de beste og mest fleksible, men tre forhold bør i følge statistikere være oppfylt for å kunne bruke disse: 1. at de involverer estimering av minst et parameter, 2. at målingene er på minimum intervall nivå og 3. at variablene er normalfordelte i populasjonen (Polit og Hungler 1995). Ikke – parametriske tester kan nyttes når variablene er på nominal- eller ordinal- nivå. Disse er ikke baserte på de samme antakelsene som parametriske tester, men de er heller ikke så sensitive. De mer konservative innen statistiske miljø insisterer på at kravene må overholdes. Andre statistikere har vist at det ikke får særlig stor betydning dersom man overskrider disse kravene. Ved usikkerhet lar det seg gjøre å utføre begge analysene og sammenligne (George & Mallery 2000), men det har vist seg å ha svært lite utslag på analysen dersom man bryter prinsippet om minimum intervalldata og gjør ordinaldata om til intervallnivå (Ilstad 1987, Polit & Hungler 1995, Wang, Yu, Wang og Huang 1999). En forutsetning å gjøre dette er at datadistribusjonen er tilnærmet normalfordelt. I denne studien følges det sistnevnte standpunktet.

I denne studien er begge typer statistikk anvendt ved bruk av følgende analyser:

- Frekvensfordeling beskriver utvalgets svarfordeling og uttrykkes i tabeller eller grafikk. Krysstabeller viser frekvensfordeling når to variabler krysses og er mest nyttig for nominal eller ordinaldata med få verdier (Polit og Hungler 1995).
- Median og aritmetisk gjennomsnitt (mean) brukes som mål på sentraltendens, og variasjonsbredde og standardavvik (SD) som mål på spredning
- Kji- kvadrat test nyttes i kontingenstabeller for å studere om det forekommer signifikante forskjeller mellom grupper når også den avhengige variabelen er på nominalnivå. Man sammenligner observert frekvens med forventet frekvens. Testen uttrykkes som Chi og signifikans (p).
- To halet T – test nyttes for å teste om gjennomsnittsskår/- verdi mellom to grupper er statistisk signifikant forskjellig. Testen uttrykkes som t og signifikans (p).
- En - veis variansanalyse (ANOVA) benyttes for å teste om det er signifikante forskjeller mellom tre eller flere gruppegjennomsnitt. F – ratio er den statistiske testen som benyttes for å teste om variasjon mellom grupper sammenlignet med variasjon innen hver enkelt gruppe er signifikant. Post hoc test nyttes for å sammenligne gruppene med tanke på hvor man finner den signifikante forskjellen. I denne studien gjør man bruk av ”least significant difference” (LSD) som kan beskrives som en rekke med t- tester (George et al 2000).
- Korrelasjonsanalyse. Relasjonen mellom to variabler uttrykkes ved hjelp av en korrelasjonskoeffisient med verdier fra – 1 (perfekt negativ korrelasjon) til 0 (ingen sammenheng) til + 1 (perfekt positiv korrelasjon). Jo høyere/lavere verdi, jo sterkere er sammenhengen. Når man studerer sammenhenger mellom variabler av psykososial karakter, vil en korrelasjonskoeffisient på .70 være veldig høy. Mer typisk finner man verdier mellom .10 og .40 (Polit et al 1995). Pearsons r er den korrelasjonskoeffisient som brukes når variablene er minimum på intervallnivå. For gode ordinaldata kan man likevel bruke denne (Ilstad 1987). På nominalvariabler bruker man Phi for relasjon mellom to variabler, og Kramers V når krysstabellen er større enn 2 x 2 celler. Disse er

basert på Kji- kvadrat testen. Verdien man får her er mellom 0.00 og 1.00, høyere verdi indikerer en større sammenheng (Hellevik 1991, Polit og Hungler 1995).

- Signifikansnivå. En nullhypotese er en påstand om ingen forskjell mellom grupper eller ingen sammenheng mellom variabler. Denne hypotesen er arbeidshypotesen i statistiske analyser. Signifikansnivået settes som grense for de statistiske analysene, bestemmer om resultatet er signifikant eller ikke. Dersom signifikansnivå ( $p$ ) settes til .05, er muligheten til å begå type 1 feil, som er risiko for å forkaste en sann nullhypotese, 5 av 100 ganger. Settes  $p \leq .01$ , er risikoen 1 av 100 ganger, altså lavere. Da er også sjansen for å begå type 2 feil større, som er å akseptere en falsk nullhypotese. I denne studien settes signifikansnivå til .05 eller lavere.

### 7.6.3 Indekskonstruksjon

Variabler som måler samme begrep, kan slås sammen til et sammensatt mål (Hellevik 1991, Ilstad 1987, Polit & Hungler 1995). Fordeler med å lage en slik indeks er blant annet at det gir en effektiv datareduksjon da det vil være et summert mål og mer følsomt. Det gir en større reliabilitet enn hvert enkeltspørsmål gir og større korrelasjon mellom indeks og sammenlignende variabel enn dersom enkeltspørsmål og variabel korreleres. Indekser kan planlegges i forbindelse med utforming av spørreskjema, men det lar seg også gjøre å konstruere meningsfulle indekser i ettertid, hvilket gjøres i denne studien. Krav til variablene som skal summeres, er at de skal høre sammen innholdsmessig, har like mange verdier, er positivt korrelert med hverandre, og er positivt korrelert med totalskår (kan ifølge Ilstad godta visse unntak fra krav om korrelasjon) (Ilstad 1987).

Behov for hjelp: I denne studien lages det indekser for ”trenger hjelp” (spørsmål 17, 18, 20, 22, 24 og 26), ”ønsker mer hjelp” (spørsmål 28) og ”ønsker at personalet har mer tid til å hjelpe” (spørsmål 29). Disse sammen med spørsmål 33 (”får du nok hjelp?”) kan gi uttrykk for pasientenes behov for hjelp med tanke på hva de trenger hjelp til, dekkede og udekkede behov og vurdering om de får nok hjelp. Alle disse spørsmålene hører inn under delområdet ”Hjelp” i spørreskjemaet. Spørsmål 17 blir rekodet for å tilpasse verdiene til de andre variablene som skal være med i denne indeksen: 1. en halv dag til hele døgnet, 2. mindre enn to timer per dag til  $\frac{1}{4}$  av dagen og 3. trenger hjelp, men ikke daglig.

Selvbestemmelse: Det lages en indeks for selvbestemmelse hvor itemene i spørsmål 61 (kan du bestemme selv ...?) og 62 (får du bestemme nok over hjelpen du får?) inngår. Disse hører til delområdet "Selvbestemmelse" i spørreskjemaet. I følge Ilstad skal antall verdier gjøres likt, da de med flest verdier ellers vil vektes mest. Derfor rekodes spørsmål 62 slik at "nei" får verdien 5, tilsvarende "aldri" på spørsmål 61 om hva de får bestemme.

Samlet tilfredshet: Tilfredshet med sider ved sykehjemmet (spørsmål 63) og den samlede vurdering av sykehjemmet (spørsmål 64) slås sammen til en indeks kalt "samlet tilfredshet" og hører inn under delområdet "Vurderinger".

Indeks "trenger hjelp" er kodet slik at jo høyere verdi, jo mindre hjelp trenger en. Indeks "ønsker mer hjelp" og "ønsker mer tid" er kodet slik at høyere verdi tilsier mindre behov. Indeks "selvbestemmelse" er kodet slik at lave verdier tilsier selvbestemmelse, mens høye verdier tilsier liten selvbestemmelse. Indeks "samlet tilfredshet" er kodet slik at lave verdier indikerer at pasientene er fornøyd, mens høye verdier viser mer misfornøyde pasienter

Reliabilitet indikerer grad av pålitelighet eller konsistens (Ilstad 1987, Polit & Hungler 1995). For summerte indekser benyttes reliabilitetstesting for å undersøke intern konsistens. Intern konsistens refererer til om itemene i en indeks måler det underliggende begrepet. Ved hjelp av Cronbachs Alpha måler man interkorrelasjonen mellom itemene i indeksen. Denne kan ha verdi fra null til en hvor en viser total interkorrelasjon og null ingen korrelasjon. Det finnes ikke gode fortolkninger på hva som er akseptabel Alpha (George & Mallery 2000, Polit & Hungler 1995). George & Mallery mener likevel at man kan tolke Cronbachs Alpha som følger: Alpha  $>$  ,8 er bra, Alpha  $>$  ,7 er akseptabelt, Alpha  $>$  ,6 kan man sette spørsmål ved, Alpha  $>$  ,5 er dårlig og Alpha  $<$  ,5 er ikke akseptabel. Andre måter å beregne reliabilitet på er å gjøre en test- retest for å undersøke instrumentets stabilitet, eller ekvivalens hvor to forskere bruker samme instrument på samme utvalg, hvilket er vanskelig å gjennomføre ved intervjuer som denne studien (Hellevik 1991, Ilstad 1987, Polit & Hungler 1995). Disse vil derfor ikke bli benyttet. Validitet refererer til om instrumentet måler det som det skal måle (op.cit.). Leddanalyse av itemene i en indeks kan bidra til en diskusjon om indekssers innholdsvaliditet (Ilstad 1987).

Statistikk for indeksene som ble laget i forbindelse med denne studien, viser følgende:

Tabell I. Statistikk over indeksene

	Mean	Varians	Standard- avvik	Min- maks.	Variabler	N	Cronbachs Alpha
<b>Trenger hjelp</b>	9,000	10,862	3,296	6 – 17	6	66	,8687
<b>Ønsker mer hjelp</b>	12,822	1,787	1,337	9 – 14	7	73	,5506
<b>Ønsker at personalet har mer tid</b>	8,48	2,145	1,465	5 – 10	5	75	,6606
<b>Selvbestemmelse</b>	26,177	42,116	6,490	10 – 50	10	62	,6307
<b>Samlet tilfredshet</b>	32,92	46,687	6,833	15 - 50	14	50	,7927

All den tid indeks- konstruksjon er gjort i ettertid, gjøres det ikke noen endringer med tanke på inklusjon/eksklusjon av items.

## 8 RESULTATER

I presentasjon av data er både resultater fra Fyllingsdalen og Tåsenhjemmet vist hver for seg i tillegg til de samlede resultatene. Dette begrunnes med at det kan være av interesse for representanter fra disse sykehjemmene å lese hvordan svarene fordeler seg blant respondentene fra det aktuelle sykehjemmet.

### 8.1 F1: Bakgrunnsvariabler

Av utvalget var 60 % (46 pasienter) fra Fyllingsdalen sykehjem og 40 % (31 pasienter) fra Tåsenhjemmet. I tabell II, s. 44 fremkommer frekvensfordelingen mellom sykehjemmene når det gjelder kjønn, alder, oppholdsform og oppholdets varighet.

Tabell II. Bakgrunnsvariabler etter oppholdssted og kjønn. Prosent. (N = 77)

	Fyllingsdalen % (n)		Tåsenhjemmet % (n)		Totalt	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	%	Antall
<b>Kjønn</b>	70 (32)	30 (14)	77 (24)	23 (7)	K:73 M:27	56 21
Total	100 (46)		100 (31)		100	77
<b>Aldersgruppe</b>						
90 – 100 år (1)	11 (5)		23 (7)	3 (1)	17	13
85 – 89 år (2)	20 (9)	7 (3)	26 (8)	7 (2)	29	22
80 – 84 år (3)	28 (13)	20 (9)	29 (9)	13 (4)	46	35
75 – 79 år (4)						
67 – 74 år (5)	7 (3)				4	3
Under 67 år (6)	4 (2)	4 (2)			5	4
Total	101 (46)		101 (31)		101	77
<b>Oppholdsform</b>						
Langtid/varig opphold (1)	37 (17)	15 (7)	52 (16)	19 (6)	60	46
Korttidsopphold (2)	33 (15)	15 (7)	26 (8)	3 (1)	41	31
Total	100 (46)		100 (31)		101	77
<b>Oppholdets varighet</b>						
Mindre enn 2 mnd (1)	22 (10)	7 (3)	29	7 (9)	31	24
2 – 6 mnd (2)	13 (6)	2 (1)	3 (1)	3 (1)	12	9
6 – 12 mnd (3)	9 (4)	2 (1)	10 (3)		10	8
1 – 2 år (4)	4 (2)	7(3)	13 (4)	3 (1)	13	10
2 – 4 år (5)	4 (2)	4(2)	16 (5)	3 (1)	13	10
4 – 10 år (6)	7 (3)		7 (2)	3 (1)	8	6
10 år eller mer (7)	2 (1)			3 (1)	3	2
Manglende svar	9 (4)	9 (4)			10	8
Total	101 (46)		100 (31)		100	77

Forskjellen mellom sykehjemmene er ikke signifikant når det gjelder kjønnsfordeling.

Gjennomsnittsalder var 83 år. Hyppigst forekommende alder var 88 år. Eldste var 100 år, yngste 41 år. 78 % var 80 år eller eldre. 70 % fra Fyllingsdalen er 80 år eller eldre (Mean = fødselsår 1919. SD 10, 31. Minimum 1905, maksimum 1959). På Tåsenhjemmet er 90 % over 80 år (Mean = fødselsår 1913. SD 6, 41. Minimum 1900, maksimum 1927). Pasientene på Tåsenhjemmet er signifikant eldre enn pasientene på Fyllingsdalen ( $t = 2, 9$ ,  $p < ,005$ ).

I spørreskjemaet hadde variabelen verdiene fødselsår. I forbindelse med forskningsspørsmålene F8 – F11 om alder har betydning for behov for hjelp, selvbestemmelse og samlet tilfredshet, vil respondentene fordeles i aldersgrupper som det fremgår av tabell II, dette etter Statistisk Sentralbyrås inndeling (2000).

Opprinnelig var spørsmålet om oppholdsform delt inn i 6 kategorier: langtidsopphold/varig opphold, avlastningsopphold (korttid), rehabiliteringsopphold (korttid), observasjon/utredning (korttid), annet korttidsopphold, under vurdering/ubestemt. På Fyllingsdalen har 9 % av deltakerne i studien avlastningsopphold, 37 % rehabilitering og 2 % annet korttidsopphold. På Tåsenhjemmet har 13 % avlastning, 16 % rehabilitering og 3 % annet korttidsopphold. Dette utgjør totalt 60 % (46 pasienter) på langtidsopphold, 12 % (9 pasienter) på avlastningsopphold og 29 % (22 pasienter) på rehabiliteringsopphold. De ulike korttidsopphold har man som vist i tabell II valgt å slå sammen til en kategori kalt ”korttid”.

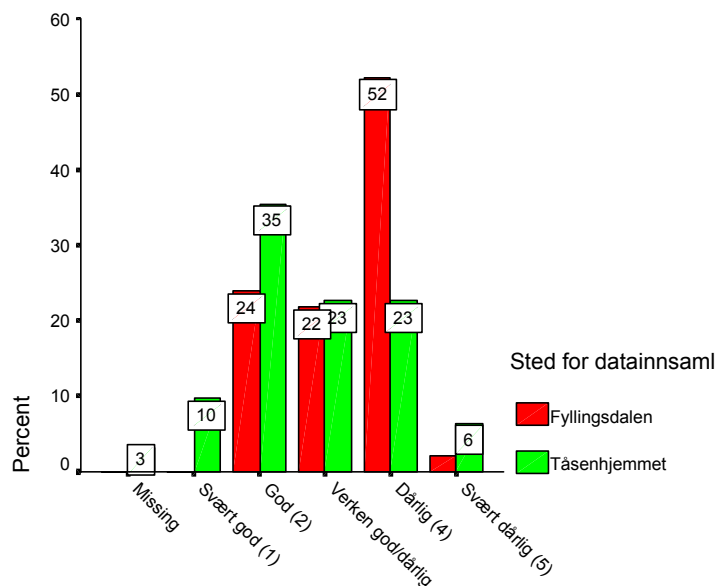
Forskjellen mellom sykehjemmene er ikke signifikant når det gjelder oppholdsformene langtid/korttid.

Ut fra tabell II finner man at 53 % har vært i sykehjemmet i mindre enn ett år og de resterende mer enn ett år. T- test viser ingen signifikant forskjell mellom sykehjemmene når det gjelder variabelen oppholdets varighet.

Respondentene ble bedt om å gi en vurdering av sin egen helse. Nærmere 45 % av hele utvalget mener at helsen er dårlig eller svært dårlig. Tretti - tre prosent svarer at helsen er god/svært god og 22 % svarer verken god eller dårlig. En pasient har unnlatt å svare. Mean = 3.12. SD =1,01. Median =3.

Figur 1, s. 46 gir en grafisk fremstilling slik svarene prosentvis fordeler seg på de to sykehjemmene. Nærmere 30 % flere av pasientene på Fyllingsdalen oppgir sin helse som dårlig enn pasientene på Tåsenhjemmet. Forskjellen mellom sykehjemmene er signifikant når det gjelder egen vurdert helse ( $t = 2, 29$ .  $p = ,025$ ).





Figur 1. Egen vurdering av helse. Oppholdssted. Prosent. (N = 77).

## 8.2 F2: Behov for hjelp

Respondentene blir bedt om å gi en omtrentlig vurdering av hvor stor del av døgnet de har behov for hjelp. Tabell III viser at 59 % av pasientene på Fyllingsdalen mener de har behov for hjelp tilnærmet hele døgnet mot 13 % på Tåsenhjemmet. Ved å studere det totale tallet, vil man finne at 46 % mener de trenger hjelp fra minimum en halv dag til hele døgnet, 36 % mindre enn to timer per dag til ¼ av dagen og 12 % som sier de trenger hjelp, men ikke daglig.

Tabell III. Behov for hjelp. Tid. Oppholdssted. Prosent. N = 77.

	Fyllingsdalen % (n)	Tåsenhjemmet % (n)	Total % (N)
Hele døgnet (1)	50	10	34 (26)
Hele dagen, og visse tider om natten (2)	9	3	7 (5)
Hele dagen (3)	2	3	3 (2)
Omtrent halve dagen (4)		7	3 (2)
Omtrent ¼ av dagen (5)	4	19	10 (8)
Et par timer om dagen (6)	4	19	10 (8)
Daglig, men mindre enn to timer per dag (7)	17	13	16 (12)
Trenger hjelp, men ikke daglig (8)	13	10	12 (9)
Manglende svar		16	7 (5)
Total	99 (46)	100 (31)	102 (77)

Spørsmål 17. Omtrent hvor stor del av døgnet trenger du hjelp, tilsyn eller stell? Mean = 4,08. SD = 2,7. Median = 5

I tillegg ble de spurt om hva de har behov for hjelp til. Tabellene IV - VIII viser disse svarene.

Tabell IV. Behov for hjelp til personlig hygiene og stell. Oppholdssted. Prosent. N = 77.

	Fyllingsdalen % (n)	Tåsenhjemmet % (n)	Total % (N)
Ja, trenger mye hjelp (1)	41	32	38 (29)
Trenger noe hjelp (2)	33	39	35 (27)
Klarer det helt selv (3)	26	26	26 (20)
Manglende svar (4)		3	1 (1)
Total	100 (46)	100 (31)	100 (77)

Spørsmål 18. Trenger du daglig hjelp til personlig hygiene og stell? Mean = 1,88. SD = ,80. Median = 2

Pasientene ble spurt om hvem som hjelper de med dette av personalet, familie/venner (privat hjelp), andre eller ingen med mulighet for å krysse av på flere enn et sted. På Fyllingsdalen oppgir 35 pasienter at personalet hjelper dem. En person sier at han får hjelp av familie/venner. En svarer at ingen hjelper. 36 pasienter har avgitt 37 responser. På Tåsenhjemmet har 23 svart, alle oppgir at personalet hjelper dem.

Tabell V. Behov for hjelp til å bade eller dusje. Oppholdssted. Prosent. (N = 77).

	Fyllingsdalen % (n)	Tåsenhjemmet % (n)	Total % (N)
Ja, trenger mye hjelp (1)	74	68	71 (55)
Trenger noe hjelp (2)	11	29	18 (14)
Klarer det helt selv (3)	15	3	10 (8)
Total	100 (46)	100 (31)	99 (77)

Spørsmål 20. Trenger du hjelp til å bade eller dusje? Mean = 1,39. SD = ,67. Median = 1

På spørsmål om behov for hjelp til å bade eller dusje, svarer 39 pasienter på Fyllingsdalen at personalet hjelper. En har svart at ingen hjelper. Førti pasienter har avgitt 40 responser. På Tåsenhjemmet svarer 29 personer at personalet hjelper, mens en oppgir at familie/venner hjelper med bad/dusj. En sier at ingen hjelper. Her har 30 pasienter avgitt 31 responser.

Tabell VI. Behov for hjelp til innkjøp som klær / toalettsaker. Oppholdssted. Prosent. (N = 77).

	Fyllingsdalen % (n)	Tåsenhjemmet % (n)	Total % (N)
Ja, trenger mye hjelp (1)	63	77	69 (53)
Trenger noe hjelp (2)	15	16	16 (12)
Klarer det helt selv (3)	22	3	14 (11)
Manglende svar (4)		3	1 (1)
Total	100 (46)	99 31	100 (77)

Spørsmål 22. Trenger du hjelp til innkjøp som klær/toalettsaker? Mean = 1, 45. SD = ,74. Median = 1

Når det gjelder hjelp til innkjøp som klær og toalettsaker, svarer 5 respondenter på Fyllingsdalen personalet hjelper med dette, 32 at de får privat hjelp, 2 at andre hjelper og 2 at ingen hjelper. Totalt har 39 pasienter krysset for 41 responser. På Tåsenhjemmet oppgir 10 at personalet hjelper, 22 at familie/venner hjelper, en at andre enn disse hjelper. Tjueni pasienter har avgitt 33 responser.

Tabell VII. Behov for hjelp til ærender som bank, post, tannlege, frisør. Oppholdssted. Prosent. (N = 77).

	Fyllingsdalen % (n)	Tåsenhjemmet % (n)	Total % (N)
Ja, trenger mye hjelp (1)	63	77	73 (56)
Trenger noe hjelp (2)	15	16	12 (9)
Klarer det helt selv (3)	22	7	16 (12)
Total	99 (46)	(31)	101 (77)

Spørsmål 24. Trenger du hjelp til å gjøre ærender som bank, post, tannlege, frisør? Mean = 1,45. SD = ,75. Median = 1

På spørsmål om hvem som hjelper med ærender som bank, post, tannlege, frisør, og lignende, svarer fem pasienter på Fyllingsdalen at personalet hjelper med dette, 34 får hjelp av familie/venner, mens 4 svarer at andre enn disse hjelper. Tre har svart at ingen hjelper. Trettini pasienter har avgitt 46 responser. På Tåsenhjemmet svarer 10 at personalet hjelper, 25 at familie/venner hjelper og 2 at andre hjelper. Her har 27 pasienter avgitt 38 responser.

Tabell VIII. Behov for hjelp til litt lengre turer/besøk. Oppholdssted. Prosent. (N = 77).

	Fyllingsdalen % (n)	Tåsenhjemmet % (n)	Total % (N)
Ja, trenger mye hjelp	74	61	69 (53)
Trenger noe hjelp	15	19	17 (13)
Klarer det helt selv	7	3	5 (4)
Manglende svar	4	16	9 (7)
Total	100 (46)	99 (31)	100 (77)

Spørsmål 26. Trenger du hjelp til litt lengre turer/besøk? Mean = 1,30. SD = ,57. Median = 1.

På spørsmål om hvem som hjelper når de skal ut på litt lengre turer/besøk, oppgir 11 på Fyllingsdalen at personalet hjelper, 30 at de får privat hjelp, 13 at andre hjelper og 4 at ingen hjelper. Førtien pasienter har avgitt 58 responser. På Tåsenhjemmet oppgir 19 pasienter at de får hjelp av personalet, 17 at familie/venner hjelper, 8 at andre enn disse hjelper. Totalt har 25 pasienter avgitt 44 responser.

### 8.3 F3: Dekkede/ udekkede behov

Respondentene blir spurt om det er noe av det som har vært nevnt eller annet, de kunne ønske mer hjelp til. Svaralternativene ”spontant ja” og ”ja” er her slått sammen til en verdi. De positive svarene på disse spørsmålene vises i Tabell IX. Dessuten blir de spurt om det er noe de skulle ønske personalet hadde mer tid til. Tabell X gir en oversikt over de som har svart bekreftende på disse spørsmålene. Svarene viser at 35 % ønsker mer hjelp til å komme ut på turer og lignende, og over halvparten ønsker at personalet har mer tid til samtale.

Tabell IX. Ønske om mer hjelp. Oppholdssted. Prosent. (N =77)

Spørsmål 28. Skulle du ønske mer hjelp til ...	Fyllingsdalen JA %	Tåsenhjemmet JA %	Total JA % (N)	Mangl. svar
.. personlig hygiene?	20	16	18 (14)	1 (1)
.. medisinske oppgaver?	13	7	10 (8)	3 (2)
... måltider?	17	7	13 (10)	1 (1)
... å gjøre ærender?	15	23	18 (14)	1 (1)
... husarbeid?	15	16	16 (12)	3 (2)
... å komme ut (turer, besøk, frisk luft)?	35	36	35 (27)	1 (1)
... annet?	13	7	10 (8)	4 (3)

Tabell X. Ønske om mer tid blant personalet. Oppholdssted. Prosent. (N =77)

Spørsmål 29. Skulle du ønske personalet hadde mer tid ...	Fyllingsdalen JA %	Tåsenhjemmet JA %	Total JA % (N)	Mangl. svar
.. til å snakke med deg?	52	48	51 (39)	
... til å hjelpe deg?	37	26	33 (25)	
... under måltidene?	26	3	17 (13)	
... til å komme innom deg om kvelden?	22	45	31 (24)	1 (1)
... annet?	22	26	23 (18)	3 (2)

Respondentene blir bedt om å gi en vurdering av om de får nok hjelp på sykehjemmet. Over 75 % av pasientene på Fyllingsdalen sier de stort sett får tilstrekkelig, og 84 % på Tåsenhjemmet svarer det samme. Totalt sier 81 % av pasientene at hjelpen de får stort sett er tilstrekkelig. En person mener han får for mye hjelp.

#### 8.4 F4: Selvbestemmelse

Det blir spurt om mulighet til selvbestemmelse på spesifikke områder knyttet til hverdagen i sykehjemmet. Flest sier de selv bestemmer hvilke klær de skal ha på, når de skal legge seg, gå på toalettet og når de vil være sammen med andre. Det er en majoritet som sier de ikke får bestemme når de skal spise eller hva de skal spise. De øvrige fordeler seg jevnt. Tabell XI viser fordelingen totalt og for hvert sykehjem.

Tabell XI. Spørsmål 61. Selvbestemmelse på spesifikke områder. Total. Prosent. (N=77).

Bestemmer du selv ...	Alltid (1) % (n)	Nesten alltid (2) % (n)	Av og til (3) % (n)	Nesten aldri (4) % (n)	Aldri (5) % (n)	Mangl. svar % (n)	Total % (N)
<b>.. når du vil stå opp?</b>	<b>26 (20)</b>	<b>16 (12)</b>	<b>5 (4)</b>	<b>14 (11)</b>	<b>39 (30)</b>		<b>100 (77)</b>
Fyllingsdalen	22	13	7	11	48		101
Tåsenhjemmet	32	19	3	19	26		99
<b>.. når du skal legge deg?</b>	<b>66 (51)</b>	<b>14 (11)</b>	<b>5 (4)</b>	<b>5 (4)</b>	<b>9 (7)</b>		<b>99 (77)</b>
Fyllingsdalen	72	9	7	4	9		101
Tåsenhjemmet	58	23	3	7	10		101
<b>... hva du skal ha på deg?</b>	<b>86 (66)</b>	<b>7 (5)</b>	<b>1 (1)</b>	<b>3 (2)</b>	<b>4 (3)</b>		<b>101 (77)</b>
Fyllingsdalen	85	4	2	4	4		99
Tåsenhjemmet	87	10			3		100
<b>..når du skal komme på toalettet?</b>	<b>69 (53)</b>	<b>13 (10)</b>	<b>10 (8)</b>	<b>3 (2)</b>	<b>3 (2)</b>	<b>3 (2)</b>	<b>101 (77)</b>
Fyllingsdalen	61	13	15	4	4	2	99
Tåsenhjemmet	81	13	3			3	100
<b>... når du skal spise?</b>	<b>1 (1)</b>		<b>5 (4)</b>	<b>3 (2)</b>	<b>91 (70)</b>		<b>100 (77)</b>
Fyllingsdalen			7	4	89		100
Tåsenhjemmet	3		3		94		100
<b>... hva du skal spise?</b>	<b>8 (6)</b>	<b>5 (4)</b>	<b>9 (7)</b>	<b>5 (4)</b>	<b>73 (56)</b>		<b>100 (77)</b>
Fyllingsdalen	11	9	13	4	63		100
Tåsenhjemmet	3		3	7	87		100
<b>.. når du vil være alene?</b>	<b>51 (39)</b>	<b>14 (11)</b>	<b>5 (4)</b>	<b>9 (7)</b>	<b>18 (14)</b>	<b>3 (2)</b>	<b>100 (77)</b>
Fyllingsdalen	52	9	7	9	24		101
Tåsenhjemmet	48	23	3	10	10	7	101
<b>.. når du vil være sammen med andre</b>	<b>64 (49)</b>	<b>12 (9)</b>	<b>7 (5)</b>	<b>7 (5)</b>	<b>10 (8)</b>	<b>1 (1)</b>	<b>101 (77)</b>
Fyllingsdalen	63	7	9	7	15		101
Tåsenhjemmet	65	19	3	7	3	3	100
<b>... når du vil snakke med legen?</b>	<b>9 (7)</b>	<b>21 (16)</b>	<b>16 (12)</b>	<b>8 (6)</b>	<b>36 (28)</b>	<b>10 (8)</b>	<b>100 (77)</b>
Fyllingsdalen	4	28	15	7	39	7	100
Tåsenhjemmet	16	10	16	10	32	16	100

På spørsmål om respondentene mener de får bestemme nok over den hjelpen de får på sykehjemmet, svarer 77 % på Tåsenhjemmet og 76 % på Fyllingsdalen ja. Totalt har 3 % unnlatt å svare.

### **8.5 F5: Tilfredshet med sentrale sider ved tilværelsen på sykehjemmet**

Respondentene blir spurt om hvor fornøyd de er med en rekke sentrale sider ved sykehjemmet. Resultatene fremstilles i Tabell XII og viser at majoriteten er fornøyd, men at de er noe misfornøyd med tilbud om opptrening, legetilsyn, muligheter til å delta i aktiviteter og muligheter til privatliv (over 20 % på hvert spørsmål). Når det gjelder vurdering av medisinsk behandling, tilbud om opptrening og legetilsyn, mangler svar fra henholdsvis 17 %, 13 % og 12 %.

Tabell XII. Vurdering av sentrale sider ved sykehjemmet. Oppholdssted. Prosent. (N=77).

Hvor fornøyd er du med...	Svært fornøyd (1) % (n)	Ganske fornøyd (2) % (n)	Verken eller (3) % (n)	Ganske misfornøyd (4) % (n)	Svært misfornøyd (5) % (n)	Manglende svar % (n)	Total % (N)
<b>.. stell og pleie du får?</b>	<b>35 (27)</b>	<b>53 (41)</b>	<b>4 (3)</b>	<b>7 (5)</b>	<b>1 (1)</b>		<b>100 (77)</b>
Fyllingsdalen	35	52	4	9			100
Tåsenhjemmet	36	55	3	3	3		99
<b>.. medisinsk behandling?</b>	<b>7 (5)</b>	<b>39 (30)</b>	<b>23 (18)</b>	<b>14 (11)</b>		<b>17 (13)</b>	<b>100 (77)</b>
Fyllingsdalen	4	46	30	17		2	99
Tåsenhjemmet	10	29	13	10		39	101
<b>..tilbud om opptrening?</b>	<b>12 (9)</b>	<b>22 (17)</b>	<b>27 (21)</b>	<b>21 (16)</b>	<b>5 (4)</b>	<b>13 (10)</b>	<b>100 (77)</b>
Fyllingsdalen	15	22	33	24	7		101
Tåsenhjemmet	7	23	19	16	3	32	100
<b>..muligheter til å delta i aktiviteter?</b>	<b>7 (5)</b>	<b>43 (33)</b>	<b>22 (17)</b>	<b>20 (15)</b>		<b>9 (7)</b>	<b>101 (77)</b>
Fyllingsdalen		41	30	26		2	99
Tåsenhjemmet	16	45	10	10		19	100
<b>.. personalets holdninger?</b>	<b>42 (32)</b>	<b>43 (33)</b>	<b>8 (6)</b>	<b>7 (5)</b>		<b>1 (1)</b>	<b>101 (77)</b>
Fyllingsdalen	41	44	9	7			101
Tåsenhjemmet	42	42	7	7		3	101
<b>.. mulighet til å bestemme hverdagen selv?</b>	<b>16 (12)</b>	<b>42 (32)</b>	<b>25 (19)</b>	<b>12 (9)</b>		<b>7 (5)</b>	<b>102 (77)</b>
Fyllingsdalen	22	41	24	11		2	100
Tåsenhjemmet	7	42	26	13		13	101
<b>.. muligheter til privatliv?</b>	<b>7 (5)</b>	<b>39 (30)</b>	<b>16 (12)</b>	<b>29 (22)</b>	<b>1 (1)</b>	<b>9 (7)</b>	<b>101 (77)</b>
Fyllingsdalen	11	41	20	26	2		100
Tåsenhjemmet		36	10	32		23	101
<b>.. ro og orden her?</b>	<b>20 (15)</b>	<b>56 (43)</b>	<b>10 (8)</b>	<b>12 (9)</b>	<b>1 (1)</b>	<b>1 (1)</b>	<b>100 (77)</b>
Fyllingsdalen	17	59	15	7		2	100
Tåsenhjemmet	23	52	3	19	3		100
<b>.. det sosiale samværet?</b>	<b>10 (8)</b>	<b>53 (41)</b>	<b>17 (13)</b>	<b>12 (9)</b>	<b>1 (1)</b>	<b>7 (5)</b>	<b>100 (77)</b>
Fyllingsdalen	11	57	17	13		2	100
Tåsenhjemmet	10	48	16	10	3	13	100
<b>.. legetilsynet du får?</b>	<b>5 (4)</b>	<b>23 (18)</b>	<b>25 (19)</b>	<b>26 (20)</b>	<b>9 (7)</b>	<b>12 (9)</b>	<b>100 (77)</b>
Fyllingsdalen	2	22	30	35	7	4	100
Tåsenhjemmet	10	26	16	13	13	23	101
<b>.. de andre beboerne?</b>	<b>7 (5)</b>	<b>47 (36)</b>	<b>31 (24)</b>	<b>9 (7)</b>	<b>1 (1)</b>	<b>5 (4)</b>	<b>101 (77)</b>
Fyllingsdalen	9	52	28	9		2	100
Tåsenhjemmet	3	39	36	10	3	10	101
<b>.. rommet ditt her?</b>	<b>27 (21)</b>	<b>53 (41)</b>	<b>7 (5)</b>	<b>9 (7)</b>	<b>3 (2)</b>	<b>1 (1)</b>	<b>100 (77)</b>
Fyllingsdalen	22	59	9	9	2		101
Tåsenhjemmet	36	45	3	10	3	3	100
<b>.. maten på sykehjemmet</b>	<b>47 (36)</b>	<b>39 (30)</b>	<b>9 (7)</b>	<b>4 (3)</b>	<b>1 (1)</b>		<b>100 (77)</b>
Fyllingsdalen	50	35	9	7			101
Tåsenhjemmet	42	45	10		3		100

## 8.6 F6: Tilfredshet med sykehjemmet og tilværelsen

Når det gjelder spørsmålene generell tilfredshet med sykehjemmet (spørsmål 7), samlet vurdering av sykehjemmet (spørsmål 64) og hvor fornøyd respondentene er med tilværelsen (spørsmål 59), fremkommer en prosentfordeling av svarene i Tabell XIII. – XV.

Tabell XIII. Generell tilfredshet med sykehjemmet. Prosent. (N=77).

	Fyllingsdalen % (n)	Tåsenhjemmet % (n)	Total % (N)
Svært fornøyd (1)	35	36	35 (27)
Godt fornøyd (2)	50	42	47 (36)
Både/og (3)	13	23	17 (13)
Ganske misfornøyd (4)	2		1 (1)
Svært misfornøyd (5)			
Total	100 (46)	101 (31)	100 (77)

Spørsmål 7. Hvor fornøyd er du med dette sykehjemmet, alt tatt i betraktning?

Tabell XIV. Tilfredshet med tilværelsen. Prosent. (N=77)

	Fyllingsdalen % (n)	Tåsenhjemmet % (n)	Total % (N)
Svært fornøyd (1)	4	10	7 (5)
Fornøyd (2)	74	36	58 (45)
Både/og (3)	9	36	20 (15)
Misfornøyd (4)	11	13	12 (9)
Svært misfornøyd (5)	2	7	4 (3)
Total	100 (46)	102 (31)	101 (77)

Spørsmål 59. Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du misfornøyd?

Tabell XV. Samlet vurdering av sykehjemmet. Prosent. (N=77)

	Fyllingsdalen % (n)	Tåsenhjemmet % (n)	Total % (N)
Svært fornøyd (1)	41	29	36 (28)
Ganske fornøyd (2)	41	48	44 (34)
Verken eller (3)	15	19	17 (13)
Ganske misfornøyd (4)			
Svært misfornøyd (5)	2	3	3 (2)
Total	99 (46)	101 (31)	100 (77)

Spørsmål 64. Når du tenker på det vi har gått gjennom til nå, hvor fornøyd vil du si at du er med dette sykehjemmet?



En korrelasjonsanalyse av disse tre viser en signifikant sammenheng med  $p < ,01$ :

Tabell XVI. Korrelasjonsmatrise.

	Generell tilfredshet med sykehjemmet	Tilfredshet med tilværelsen	Samlet vurdering av sykehjemmet
Generell tilfredshet med sykehjemmet	1,000		
Tilfredshet med tilværelsen	,639**	1,000	
Samlet vurdering av sykehjemmet	,377**	,444**	1,000

I det videre vil det være det siste spørsmålet ”samlet vurdering av sykehjemmet” som vil være med i indeksen ”samlet tilfredshet”

### 8.7 F7: Sammenheng mellom behov for hjelp, selvbestemmelse og samlet tilfredshet.

”Behov for hjelp” har fire mål: Indeksene 1. ”trenger hjelp”, 2. ”ønsker mer hjelp” og 3. ”ønsker at personalet har mer tid”, dessuten enkeltspørsmålet 4. ”får du den hjelpen du trenger på sykehjemmet?”. Disse korreleres med indeksene ”selvbestemmelse” og ”samlet tilfredshet”. Korrelasjonsmatrisen (Tabell XVII) viser at alle korrelerer signifikant med hverandre.

Tabell XVII. Korrelasjonsmatrise over behov for hjelp, selvbestemmelse og samlet tilfredshet.

	Trenger hjelp	Ønsker mer hjelp	Ønsker mer tid	Får den hjelp man trenger	Selvbestemmelse	Samlet tilfredshet
Trenger hjelp	1,000					
Ønsker mer hjelp	,280*	1,000				
Ønsker mer tid	,270*	,280*	1,000			
Får den hjelp man trenger	,283*	,490**	,489**	1,000		
Selvbestemmelse	-,356*	-,255*	-,338**	-,258*	1,000	
Samlet tilfredshet	-,506**	-,441**	-,569**	-,439**	,342*	1,000

\*\*  $p \leq ,01$ . \* $p \leq ,05$

### 8.8 F8: Bakgrunnsvariablers innvirkning på behov for hjelp

Analyse av hele utvalget ved bruk av t- test på variablene kjønn og oppholdssted viser ingen signifikante forskjeller når det gjelder behov for hjelp.

Analyse av hele utvalget ved bruk av ANOVA viser at det ikke er noen signifikante forskjeller mellom aldersgruppene (yngre enn 67 år, 67 – 74 år, 80 – 84 år, 85 – 89 år, 90 år og eldre) når det gjelder behov for hjelp.

Egen vurdert helse blir i denne forbindelse behandlet som en kategorisk variabel. Analyse ved bruk av ANOVA viser at helse har signifikant betydning på pasientenes vurdering av området ”ønsker mer tid” ( $F = 3, 287$ .  $p = ,016$ ). Post hoc test (LSD) viser følgende signifikante forskjeller mellom gruppene: De som sier om helsen at den er verken god eller dårlig eller sier om helsen at den er dårlig, gir oftere uttrykk for at de ønsker at personalet har mer tid enn de som sier om helsen at den er svært god eller god.

T- test viser at oppholdsform har signifikant betydning for variablene ”trenger hjelp”, ”ønsker mer tid” og ”får den hjelp en trenger”. Gruppegjennomsnitt viser at pasienter som har varig plass svarer signifikant oftere bekreftende på at de trenger hjelp enn de som er i sykehjemmet for kort tid. De ønsker at personalet har mer tid til å hjelpe dem og de tenderer mer mot at de får noe for lite hjelp enn hva korttidspasienter mener. Tabell XVIII viser resultatene av denne analysen.

Tabell XVIII. T- test. Oppholdsform. Behov for hjelp.

	Langtidsopphold			Korttidsopphold			t- verdi	Signifikans
	Mean	SD	N	Mean	SD	N		
Trenger hjelp	7,054	1,311	37	11,483	3,408	29	-7,260	<,001
Ønsker mer hjelp	19,357	1,635	42	19,839	1,573	31	-1,264	,210
Ønsker mer tid	12,477	1,982	44	13,774	2,109	31	-2,717	,008
Får den hjelp en trenger	2,70	,55	46	2,97	,31	31	-2,481	,015

### **8.9 F9: Bakgrunnsvariablers innvirkning på mulighet til selvbestemmelse**

Det er ingen signifikante forskjeller mellom kjønnene, aldersgruppene, egen vurdert helse, oppholdssted eller oppholdsform når det gjelder mulighet til selvbestemmelse.

### **8.10 F10: Bakgrunnsvariablers innvirkning på samlet tilfredshet med sykehjemmet.**

Analyse ved bruk av t- test viser at det ikke er noen signifikante forskjeller mellom kjønn når det gjelder samlet tilfredshet med sykehjemmet. Det finnes heller ingen signifikant forskjell mellom de to sykehjemmene. Analyse ved bruk av ANOVA viser at det ikke er noen signifikante forskjeller mellom aldersgruppene når det gjelder samlet tilfredshet med sykehjemmet.

Egen vurdert helse blir i denne forbindelse behandlet som en kategorisk variabel. Analyse ved bruk av ANOVA viser at det er signifikante forskjeller mellom de ulike grupperingene når det gjelder samlet tilfredshet med sykehjemmet ( $F = 5,070$ .  $p = ,002$ ). Post hoc test lot seg ikke gjøre i denne analysen på grunn av at en gruppe inneholdt mindre enn 1 enhet. Derfor ble det i tillegg gjort en korrelasjonsanalyse hvor helse regnes som en ordinalvariabel for å si noe om retningen. Analyse ved bruk av korrelasjon viser at det er en signifikant sammenheng mellom helse og samlet tilfredshet ( $r = ,475$ .  $p < ,01$ ). Den positive korrelasjonen indikerer at jo dårligere helse pasientene mener de har, desto mindre tilfreds er de med sykehjemmet.

Analyse ved bruk av t- test viser at det er signifikante forskjeller mellom langtidspasienter og korttidspasienter når det gjelder samlet tilfredshet med sykehjemmet ( $t = 4,599$ .  $p < ,001$ ). Gruppegjennomsnitt viser at korttidspasienter (mean = 28,524) er mer tilfreds enn langtidspasienter (36,103).

### **8.11 Tilleggsinformasjon fra respondenter ved Fyllingsdalen sykehjem**

Her presenteres informasjon fra respondentene ved Fyllingsdalen sykehjem som er kommet fram i forbindelse med intervjuet. Dette er utfyllende utsagn og begrunnelser for svar, som kan gi bakgrunn for forståelse av resultatene.

#### Spørsmål 16 – Helse

Ni respondenter relaterer spesifikt helse til fysiske forhold alene. En gir uttrykk for at han/ hun må ha god helse med tanke på alt han/ hun har opplevd, mens en annen sier at helsen er god tatt i betraktning alder og kronisk sykdom. En sier at han/ hun har det forferdelig, og at han ikke har noe liv. En respondent gir som tilleggsopplysning at han/ hun har hatt det bra i det siste, men at helsen i sin helhet ikke er bra med tanke på sykdom. En har god helse på tross av sykdom. En annen svarer at den fysiske helsen ikke er bra, men den psykiske helsen er god. Denne personens konklusjon er at svaret kommer an på hvordan man definerer helse.

#### Spørsmål 22 – Hjelp til innkjøp av for eksempel klær og toalettsaker.

To respondenter oppgir at de handler inn klær selv via postordre. En oppgir at dette ikke har vært aktuelt etter at hun ble syk, men regner med at hun vil trenge hjelp heretter. En vet ikke, men vil forsøke å klare dette selv når hun kommer hjem.

#### Spørsmål 26 – Hjelp til turer og besøk ut av sykehjemmet

Seks respondenter svarer at dette ikke har vært aktuelt til nå. To av disse antar de vil trenge hjelp til dette. En respondent oppgir at han/ hun aldri er ute av sykehjemmet. En annen vil ikke være til bryderi, derfor forekommer det også i hans/ hennes tilfelle sjelden turer ut av sykehjemmet.

#### Spørsmål 28 – Ønsker mer hjelp

*Personlig hygiene:* Fire respondenter ved Fyllingsdalen gir som tilleggsopplysning uttrykk for at dusj og hårvask hver 14. dag er for sjelden. En synes de er for raske i stellet. En ønsker å få ordnet negler ”og slikt”, få krem i ansiktet.

*Annet:* En respondent svarer på spørsmål om han/hun ønsker mer hjelp at man må jo gjøre noe selv. En annen sier at de alltid har det så travelt. To ønsker spesifikt mer hjelp til opptrening/ gåtning. En ønsker mer tilbud om hjelp, og sier at han/hun alltid må rope når han/hun trenger hjelp. To respondenter som er inne til rehabilitering/ avlastning er opptatt av hjemmeforhold og at de trenger hjelp hjemme.

#### Spørsmål 29 – Ønsker mer tid av personalet

Kommentarer fra respondentene omhandler at de skulle ønske at personalet hadde mer tid generelt til alle pasientene. De synes at personalet har det for travelt og dårlig tid og er underbemannet. En uttrykker at man får det man trenger, men at personalet skulle hatt mer tid til alt. En mener at man ikke kan forvente så mye mer når personalet har så lite tid. To respondenter skulle ønske personalet hadde mer tid til felles hygge og kos.

#### Spørsmål 61 og 62 – Selvbestemmelse

*Når du skal stå opp:* En sier at man alltid må stå opp før frokost. En annen svarer at han/hun ikke har tenkt over det, men regner med at han/ hun kan stå opp seinere dersom det er ønskelig.

*Når du skal legge deg:* En person hadde nylig fått vite at dette kunne han/ hun bestemme selv. En annen gir uttrykk for at det oppleves noen ganger som at personalet bestemmer dette, voksne mennesker bør bestemme slike ting selv. En som må bruke sengeheis og har avtale om tidspunkt, svarer at tidspunktet ikke kan endres til tidligere og begrunner dette med at han/ hun ikke får bruke sengeheis flere enn en gang på ettermiddagsvakt.

*Når du skal på toalettet:* Flere gir uttrykk for at spørsmålet er irrelevant da de bruker bleier. Tre som er avhengig av hjelp til å komme på toalettet, svarer at de veldig ofte må vente til personalet har tid. En som må hyppig på toalettet, gir uttrykk for at dette kan synes for ofte for personalet.

*Hva du skal spise:* Kommentarer på dette går alle på at tørrmåltider kan man bestemme selv, middag kan man ikke bestemme. En sier at man får noe annet, dersom det er noe man ikke liker. En annen får ikke bestemme dietten selv, men velger da ikke å spise det han/hun ikke tåler.

*Når du skal være alene/ sammen med andre:* En som deler rom, har ikke hatt behov for å være alene til nå. En annen svarer at man ikke akkurat kan hive medpasient ut av rommet. En svarer at han/ hun kan være alene i sengen etter leggetid. En som er avhengig av personalet, svarer at han/hun stort sett ligger alene i sengen hele dagen.

*Når du skal snakke med legen:* De fleste svarene viser at pasienten må henvende seg til personalet som formidler kontakt eller spørsmål. Noen har ikke truffet legen i det hele tatt. En visste ikke at det fantes lege tilknyttet sykehjemmet. En bruker sin egen lege utenfor sykehjemmet.

*Synes du at du får bestemme nok over hjelpen du får:* 14 respondenter har kommet med tilleggsforføyninger til dette spørsmålet. En sier at det må være regler og rutiner på en institusjon, men man bør likevel bestemme noe selv, som for eksempel det å gå på toalettet og måltider. To sier at alt er rutine. En av disse kunne tenke seg å bestemme mer selv. Flere svarer at personalet ikke alltid har tid, at de må vente til de har tid. En sier at dersom han/ hun skal bestemme mer, vil det gå utover andre og at systemet er slikt. En respondent mener at han/ hun får den hjelpen han/ hun trenger, men at han/ hun ikke får bestemme nok. En svarer at de tar for lite hensyn når man ber om hjelp. En annen sier at man stort sett bestemmer ingenting, men at det er greit nok.

#### Spørsmål 63 – Tilfredshet med sentrale sider ved sykehjemmet.

*Stell og pleie:* Kommentarer fra respondentene: Er ikke skitten, men kunne godt fått bade en gang i uken. Personalet har dårlig tid og alt går fort for seg.

*Medisinsk behandling:* Kommentarer fra respondentene: Både og, noe er bra og noe er ikke bra. Vet ikke hvilke medisiner som gis. Pleierne klarer ikke å få skikk på magen. Får for mye medisiner. Får ikke vitamintilskudd uten at en ber om det. Får for dårlig tilbud.

*Opptrening:* Sytten av respondentene får ikke tilbud om opptrening. Fem av disse har heller ikke noe behov for det. Fem skulle ønske tilbud om opptrening og gir uttrykk for at det ikke er tilfredsstillende med intet tilbud. To svarer at de skulle ønske de hadde fått tilbud om opptrening tidligere, men at de ikke har behov for noe nå. En pasient skulle ønske mer opptrening, selv om den som gis er bra.

Sist skrevet ut 13.12.2002 9:19

*Muligheter til å bestemme hverdagen selv:* Kommentarer fra respondentene: Noen må jo bestemme. Må ta det som det kommer. Liker rutine slik det er nå. Får alt, hva skal jeg bestemme. Andre bestemmer hele tiden. Kunne fått foreslå mer selv.

*Muligheter til privatliv:* Kommentarer fra respondentene: Her er ikke noe privatliv. Har ikke noe behov for privatliv. Ønsker trygghet fremfor privatliv. Kan ikke ha privatliv på en slik plass. Det primære er behandling, har aldri vært på sykehus hvor slikt er mulig. Når man har besøk, er man henvist til lokaler med andre beboere.

*Ro og orden:* Kommentarer fra respondentene: Orden er greit nok, ro er det verre med. Følt å høre på når noen ligger og skriker. Får ikke sove på grunn av uro i avdelingen.

*Det sosiale samværet:* Kommentarer fra respondentene: Det sosiale – det er tirsdag. En bestemmer selv hvor mye en vil delta. Sosialt samvær får man på arbeidsstuen, ikke i avdelingen. En bestemmer selv hvor mye en vil delta på. Her er mange tilstelninger. Nedsatt syn og hørsel hemmer det sosiale samværet.

*Legetilsyn:* Kommentarer fra respondentene: Har ikke truffet legen. Har ikke behov, har egen lege. Får ikke legetilsyn. Treffer ikke legen, da sykepleier formidler spørsmål.

*De andre beboerne:* Flere gir uttrykk for at uro i avdelingen er plagsomt og at det er galt å samle demente og klare pasienter i en avdeling. Noen savner yngre medpasienter, har ingenting til felles med gamle mennesker. Flere synes det er plagsomt med de som går inn på rommet deres og kikker i skuffer og skap. En sier at han/ hun har veldig liten kontakt med sine medpasienter.

*Rommet:* Kommentarene omhandler at rommet er greit nok, men lite. De som deler rom, ønsker enerom. De som har enerom, ønsker større rom. En ønsker telefon på rommet. De ønsker mer plass til egne ting.

*Maten:* Seks personer hadde tilføyelser på maten. En synes maten er kjedelig og ensformig. En synes det er for lite frukt og grønnsaker. En synes de tar for lite hensyn til hva man tåler og liker. To mener maten er både og. En skulle ønske at maten var penere dandert.

### Spørsmål 64 – samlet vurdering.

Kommentarer fra respondentene: Kan det være annerledes? Det er alltid noe man kan klage over, men det gjelder de fleste ting. Er ikke fornøyd med bevilgningene fra kommunen. Mye kan endres, men mye er også bra. Vi må være glad vi har et sted å være. Det kunne ha vært bedre, men det er ikke sikkert man hadde vært mer fornøyd likevel. Sykehjemmet er ikke bedre enn andre sykehjem, men er fornøyd. Det kunne ha vært både bedre og verre, er takknemlig for at en har sykehjem.

## **9 DISKUSJON**

### **9.1 Oppsummering av resultater**

77 pasienter fra Fyllingsdalen sykehjem og Tåsenhjemmet bo - og rehabiliteringssenter deltok i studien. Ingen signifikante forskjeller mellom sykehjemmene kunne påvises med unntak av alder og syn på helse. Pasientene på Tåsenhjemmet var signifikant eldre enn pasientene på Fyllingsdalen. Samtidig vurderte pasientene på Fyllingsdalen sin helse som signifikant dårligere enn hva de fra Tåsenhjemmet gjorde.

Majoriteten har daglig behov for hjelp. De trenger hjelp til personlig hygiene og stell, bading, ærender og innkjøp og til å dra på turer/besøk. Personalet hjelper dem med personlig pleie, mens en stor andel får hjelp til ærend, innkjøp og turer av familien sin. En stor andel mener de får nok hjelp til pleie og behandling, måltider, ærender og husarbeid. Men en tredjedel ønsker mer hjelp av personalet til å dra ut av sykehjemmet. Svarene på spørsmålet om de ønsker at personalet har mer tid, tenderer mot at de ønsker personalet har mer tid generelt sett. Særlig spørsmålet om tid til samtale skiller seg ut; halvparten svarer positivt på dette.

De fleste mener at muligheten til selvbestemmelse blir ivaretatt. Det er likevel noen områder som skiller seg ut med mindre mulighet til selvbestemmelse: Når en vil stå opp. Når en skal spise. Hva en skal spise. Når en vil snakke med legen.



Tendensen er at respondentene jevnt over er fornøyd med sykehjemmet de bor på. I sin vurdering av sentrale sider ved sykehjemmet er de mest fornøyd med stell og pleie, personalets holdninger, ro og orden, rommet sitt og maten. De er mindre fornøyd med tilbud om opptrening, muligheter til delta i aktiviteter, muligheter til privatliv og legetilsyn.

Det er en signifikant sammenheng mellom behov for hjelp, selvbestemmelse og samlet tilfredshet med sykehjemmet.

Av bakgrunnsvariablene har egen vurdert helse og oppholdsform betydning for svarene på behov for hjelp og samlet tilfredshet. Ingen av bakgrunnsvariablene har betydning for svarene på mulighet til selvbestemmelse. Når det gjelder egen vurdering av helse indikerer sammenhengen at de med dårligere helse tenderer mot å ha større behov for hjelp og er mindre fornøyd. Oppholdsform har betydning i den forstand at de som har varig plass tenderer mot å være mindre fornøyd med sykehjemmet samlet sett enn de med korttidsopphold.

## **9.2 Bakgrunnsvariabler. Helse**

Antall intervjuede ved Fyllingsdalen og Tåsenhjemmet utgjør noe under 1/3 av det totale antall sykehjemsplasser på de respektive sykehjemmene. Dette er i underkant av de intervjuede i sykehjem i Velferds- og levekårsundersøkelsen (38 %) (Slagsvold 2000).

Kjønnsfordelingen i materialet viser overvekt av kvinner (Tabell II s. 44). Disse tallene tilsvarer kvinneandelen i sykehjem på landsbasis (SSB 2000). Samme kjønnsfordeling forekommer i Slagsvolds (2000) og Sletvold et als (1999) studier. Resultatet er som forventet. Kvinner lever lengre enn menn.

Gjennomsnittsalderen i utvalget er 83 år (kap. 8.1. s. 43). Dette tilsvarer resultatene fra Slagsvold (2000) og Sletvold et al (1999). Dette er som forventet når man vet at det var store fødselskull de første årene etter første verdenskrig. Dessuten har levekårene blitt bedre de siste 50 årene som en følge av velferdspolitiske tiltak og bedre utbygd helsevesen. Dette medfører at folk lever lenger enn tidligere. Inndeling i aldersgrupper i dette materialet sammenlignet med Statistisk Sentralbyrås oversikt for 1999 viser en overvekt av

personer over 80 år i denne studien. Begge sykehjemmene som var med i studien, har flere eldre over 80 år enn landsgjennomsnittet (kap. 3.1 s. 6, kap. 8.1 s. 43). I tillegg viser resultatene at gjennomsnittsalderen blant respondentene fra Tåsenhjemmet er signifikant høyere enn de fra Fyllingsdalen. Begge sykehjemmene hører hjemme i en storby hvor presset på sykehjemsplasser er stort. Av den grunn kan det være forståelig at det blant respondentene fra disse to sykehjemmene finnes såpass mange over 80 år.

Dette materialet viser en klar overvekt av personer med korttidsopphold sett i forhold til SSBs tall (2000) og Slagsvolds studie (2000). Det er nødvendig å presisere at det er vanskelig å sammenligne tallene direkte da SSBs tall omfatter alle sykehjemspasienter, og i Slagsvolds studie utgjør tallet alle pasienter som var med i beboerundersøkelsen (ikke bare de som ble intervjuet). Det antas at overvekten av personer med korttidsopphold har sammenheng med inklusjonskriteriene for studien. Det er de friskeste eldre med tanke på helse og funksjonsevne som kan delta i et intervju.

Når det gjelder oppholdets varighet (Tabell II s. 44), må dette ses i sammenheng med oppholdsform. Funnene viser at mer enn halvparten har vært i sykehjemmet i mindre enn ett år. Dette er mer enn dobbelt så mange som i både Slagsvolds og Sletvolds undersøkelse. Inklusjonskriteriene for denne studien ekskluderer de med dårligst helse. Antall korttidspasienter (rehabilitering og avlastning) vil derfor trekke oppholdets varighet ned sett i forhold til tallene det sammenlignes med. Slagsvolds tall omfatter alle pasienter som deltok i beboerundersøkelsen, ikke bare de som ble intervjuet. Sletvold hadde ikke tilsvarende inklusjonskriterier.

Synet på egen helse varierer fra dårlig/ svært dårlig til god/ svært god (Figur 1 s. 46). Dette samsvarer med Slagsvolds funn. Svarene kan ha sammenheng med hvilket syn en person har på helse når man vet at de som flytter til sykehjem gjør det på grunn av redusert fysisk og mental funksjonsevne. Dette var ikke avklart for dette spørsmålet. Tilleggscommentarene til pasientene på Fyllingsdalen sier noe om at dette spriker: Ganske mange relaterte helse til sin fysiske funksjonsevne. En mente at svaret avhang av hvordan man definerte helse da denne pasientens fysiske helse var dårlig, mens den psykiske var god. En annen svarte at hun måtte ha god helse sett i forhold til alt hun hadde opplevd. En svarte at hun hadde det bra, men helsen i sin helhet ikke var bra. Det kan derfor være vanskelig å tyde disse svarene.

Respondentene fra Fyllingsdalen vurderer helsen sin som signifikant dårligere enn de fra Tåsenhjemmet. Dette er interessant med tanke på at Fyllingsdalen sykehjem har de yngste pasientene av de to sykehjemmene. Både Oslo og Bergen er storbyer med lange ventelister på sykehjem. En forklaring kan være forskjell i helsenivå blant borgerne som knyttes til de to sykehjemmene, lokale forskjeller i mortalitet og morbiditet. Kulturforskjeller kan også forklare denne forskjellen. En drøfting av dette ville gått langt utover rammene for hovedfagsoppgaven. En annen forklaring kan være forventninger og tilpasningsevne hos pasientene.

De forskjellige teoriene om helse, avspeiler ulike syn på helse. Tidligere (kap. 4.2. s. 13) er det skrevet om Antonovskys salutogene perspektiv. Pasientenes evne til akseptering av sin helse kan påvirkes av SOC (følelse av sammenheng). Personens motstandsressurser spiller en stor rolle for hvordan SOC uttrykkes. Tilpasning kan være en mulig løsningsmekanisme for å gjøre situasjonen mer begripelig, håndterbar og meningsfull. I en fransk studie av folks syn på helse (Herzlich ref. i Mæland 1993) fant man tre ulike forståelser av helse: 1. helse som fravær av sykdom, 2 helse som en egenskap – kapasitet til å motstå eller tåle sykdom og 3. helse som en likevekt – en tilstand av balanse og velvære. Et analytisk helseperspektiv som Boorses biostatistiske teori (Nordenfelt 1991, 1995, Solbakk 1995) kan plasseres inn i den første betydningen. WHO sin helsedefinisjon fra 1948 vil være et eksempel på sistnevnte. Denne gir et bilde på helse som et subjektivt begrep, hvor helse ses på som en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom. På grunn av at helse ikke er definert i spørreskjemaet, har det vært vanskelig å trekke ut flere momenter å drøfte. Men pasientenes kommentarer sett i forhold til teoretiske refleksjoner omkring helsebegrepet, kan tyde på at det bør spesifiseres hvilket syn på helse som ligger til grunn for et spørsmål av en slik art.

### **9.3 Behov for hjelp. Dekkede og udekkede behov**

Svarene på spørsmålet om hvor stor del av døgnet de trenger hjelp, tilsyn eller stell beveger seg langs et kontinuum fra ”trenger hjelp, men ikke daglig” til ”hele døgnet” (Tabell III s. 46). Majoriteten av respondentene trenger hjelp daglig. Dette samsvarer med Slagsvolds

funn (2000). Det er en større andel ved Fyllingsdalen som oppgir at de trenger hjelp fra halve dagen til hele døgnet enn det er ved Tåsenhjemmet. Spriket i svarene kan synes stort. Et større utvalg ville ha gjort det lettere å se om denne forskjellen var tilfeldig eller ikke. Tendensen kan settes i forbindelse med at respondentene fra Fyllingsdalen oppgir dårligere helse enn de fra Tåsenhjemmet. Men en forklaring kan også ha sammenheng med hvordan man tolker spørsmålet. Intervjuer ved Fyllingsdalen opplevde at dette spørsmålet var vanskelig å forholde seg til for respondentene. De syntes det var vanskelig å tidfeste hjelpebehovet. Flere svarte med utgangspunkt i hvor mye direkte kontakt de hadde med personalet, og prøvde å tidfeste dette. I følge Slagsvold var referansen på dette spørsmålet hva de mener de bør ha av hjelp, og ikke hva de faktisk har (2000). Dette var ikke klart for intervjuer på Fyllingsdalen sykehjem før i ettertid av datainnsamling.

Årsak til sykehjemsopphold er flerdelt: Dårlig helse og betydelig hjelpebehov som skyldes funksjonssvikt som følge av alderdomssvekkelse og/ eller kronisk sykdom kan føre til et varig opphold i sykehjem. Akutt sykdom som for eksempel hjerteinfarkt, hjerneslag eller skjelettlidelser som slitasje med behov for operasjon kan kreve rehabiliteringsopphold. Mange ønsker primært å bo hjemme på tross av stort behov for hjelp, og trenger tett oppfølging av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Ektefelle eller hjemmesykepleie kan ha behov for avlastning. Behovet for hjelp er forskjellig. Når behovet for hjelp blir av en slik karakter at det er døgkontinuerlig, er plass på institusjon som oftest nødvendig. Dette avspeiles i svarene på spørsmålet om hvor stor del av døgnet sykehjemspatientene trenger hjelp. Flere av de som svarte at de trengte hjelp hele døgnet, begrunnet dette med at det var jo derfor de bodde i sykehjem. Flere av de som svarte mindre enn to timer per dag eller ikke hadde daglig behov for hjelp, var personer inne til rehabiliteringsopphold. Disse mente de klarte seg selv i stor grad, men under oppholdet trengte de daglig fysioterapi.

Når det gjelder hvilke behov pasienter på sykehjem har for hjelp, er følgende områder valgt ut i spørreskjemaet: Personlig hygiene og stell, bad/dusj, innkjøp av for eksempel klær og toalettsaker, ærend som bank, post, tannlege, frisør og til sist lengre turer/ besøk.

Slagsvold (2000) har kun oppgitt personalets svar slik at det ikke er mulig å sammenligne med hennes studie. Sletvold et al (1999) fant i sin studie i Trondheim at over 2/3 av respondentene der trengte hjelp til å få vasket og stelt seg. Dette samsvarer med funnene i denne studien (Tabell IV s. 47). Det å bade eller dusje krever mer av pasientene med

hensyn til forberedelser og sikkerhetstiltak, og at enda flere trenger mye eller noe hjelp til dette er derfor naturlig å regne med (Tabell V s. 47). Flesteparten av respondentene trenger dessuten mye eller noe hjelp til innkjøp som klær og toalettsaker, ærender som bank, post, tannlege, frisør og lignende og lengre turer ut av sykehjemmet.

Funnene er rimelige med tanke på at pasienter på sykehjem har behov for hjelp. Svarene tyder på at behovet er stort. Det som også er interessant å merke seg, er hvem som hjelper. Pasientenes svar tenderer mot at personalet hjelper med personlig hygiene, mens familie hjelper med innkjøp og ærender. Både personale, familie og andre hjelper dersom de skal ut på lengre turer. Kommentarer fra pasientene på spørsmål om hjelp til innkjøp tyder på oppfinnsomhet: To personer brukte postordre. I disse internett - tider får man derfor håpe på at postordre ikke blir nedprioritert. Ikke alle pasienter har nær familie. Personalet har et særlig ansvar overfor disse med tanke på nødvendig innkjøp og ærend dersom de ikke har oppgitt annen familie som kan hjelpe med dette. I henhold til forskrift om kvalitet i sykehjem har pasienter rett til ivaretagelse av personlig hygiene. Dette er noe personale plikter å gi. Pasienter som er psykisk klar og orientert, bør regnes som autonome personer som selv kan avgjøre hvem som skal hjelpe med tanke på innkjøp av klær og annet og bank- og posttjenester. Svarene på spørsmålet om hvem som hjelper angående lengre turer ut av sykehjemmet, tyder på at dette området dekkes av både personalet, familie og andre. Hvem andre er, er usikkert. En svarte at transportøren hjalp henne (drosjesjåfør). Flere på Fyllingsdalen sykehjem oppgav at lengre turer ut av sykehjemmet ikke var aktuelt, men i et tenkt tilfelle ville de trenge hjelp. En ville ikke være til bryderi.

Når det gjelder spørsmålene som omhandler ønske om mer hjelp og ønske om at personalet har mer tid, er det ikke skilt mellom de som mener de trenger hjelp og de som ikke trenger hjelp. De spesifiserte områdene det er spurt om når det gjelder ønske om mer hjelp er: Personlig hygiene, medisinske oppgaver, måltider, ærender, husarbeid og turer ut (Tabell IX s. 49). Tallene tenderer mot at 1/5 av respondentene ønsker mer hjelp til de konkrete områdene og at en større andel av respondentene ønsker mer hjelp til å komme ut på turer eller lignende. Funnene kan tyde på at sykehjemmene stort sett ivaretar disse behovene. Alle områdene med unntak av ærender og turer ut av sykehjemmet, er knyttet til de daglige rutinemessige gjøremål i et sykehjem. Når det gjelder ærender, viser kartleggingen av behov for hjelp at dette er noe familie i stor grad dekker (se avsnitt over). I spørsmålene blir det spurt om de ønsker mer hjelp av personalet til det forskjellige. Det at flere ønsker å

dra på tur ut av sykehjemmet, kan kanskje gi avdelingene idé til aktivitetstilbud. På spørsmål om det var andre ting de ønsker hjelp til, ble det nevnt mer hjelp generelt sett, hjelp til opptrening/gå trening (kap.8.12, spørsmål 28).

Funnene samsvarer med funnene til Slagsvold (2000) bortsett fra at i hennes undersøkelse er det noe flere som ønsker mer hjelp til ærender og husarbeid (mellom 20 og 30 %). I Trondheims- undersøkelsen (Sletvold et al 1999) ble det skilt mellom de som trengte hjelp og de som ikke trengte hjelp. Her ble brukerne spurt om de fikk tilstrekkelig hjelp på følgende områder: Når de skulle spise, stelle seg, gå på toalettet og så videre. Det ble ikke spesifisert hva man la i ”og så videre”. Majoriteten svarte bekræftende på spørsmålene. Cirka 1/5 svarte benektende eller var reserverte. I Sletvold et als studie fant man at det var noe under 1/5 av de som trengte hjelp, som ikke fikk nok hjelp til å få vasket og stelt seg. Dessuten svarte en større andel av brukerne at de ikke fikk nok hjelp under måltidene.

Det kan kritiseres at det ikke er spesifisert hva det legges i ”personlig hygiene” da det i spørreskjemaet er skilt mellom personlig hygiene/stell og bading/dusj på spørsmål om hvilke behov for hjelp pasienten har. Flere av pasientene ved Fyllingsdalen sykehjem ga uttrykk for at de syntes dusjing hver 14. dag er for sjelden, men at de ikke hadde behov for mer hjelp til den daglige pleien. Det kan godt tenkes at dersom det hadde blitt spurt spesifikt om de ønsket mer hjelp til bading/dusjing, ville en stor del svart bekræftende på dette. Dette er også kommet fram i media som eksempel på kritikkverdige forhold ved sykehjem (VG 25. juli 2000).

Når pasientene blir spurt om de ønsker at personalet har mer tid, er de spurt i forhold til samtale, hjelp, måltider og kveldstid (Tabell X s. 49). Her er svarene mer nyanserte enn i forrige hvor de ble spurt om de ønsker mer hjelp. Over halvparten ønsker mer tid til samtale. En tredjedel ønsker at personalet har mer tid når de hjelper og om kvelden. Svarene kan tolkes som at pasientene ønsker mer kontakt med personalet. Tilleggscommentarene til pasientene ved Fyllingsdalen sykehjem tyder også på dette. De ønsker generelt mer tid sammen med personalet både i samvær og ved ulike gjøremål. Personalet preges av å ha dårlig tid og være underbemannet.

Disse funnene samsvarer med funnene til Slagsvold (2000). I sin kvalitative undersøkelse kunne også Houg (1996) påvise noe av det samme: Pasientene i sykehjem ønsker mer nærhet og tid sammen med personalet.

Når det gjelder spørsmålet om de mener hjelpen de får er tilstrekkelig, svarer de fleste bekreftende på dette (kap. 8.3, s. 49). Funnet samsvarer med Slagsvolds resultater (2000). All den tid de fleste mener hjelpen er tilstrekkelig, kan en undre seg over om svaret avspeiler hva pasientene tenker er rimelig å forvente. Stiller de lave krav? Er forventningene nedjustert med tanke på det bilde media presenterer av sykehjem? Svarene over kan tyde på at pasientene mener de får den hjelpen de trenger, men at de skulle ønske personalet generelt sett hadde mer tid til alt. De etterlyser personlig kontakt og samtaler. Pedersen & Jensen (1995) fant i sin undersøkelse at beboerne ikke hadde så store forventninger til den psykososiale omsorgen på sykehjem.

Behovstilfredsstillelse er et sentralt punkt for kvalitet i sykehjem (Strengenhagen - utvalget 1994). Dekkede og udekkede behov for hjelp er behandlet i denne delen. Behovet for hjelp skyldes redusert helse og funksjonsevne og ”*som mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke (.....) til det*” (Henderson 1998, s. 45). Spørsmålene som er omhandlet kan i all hovedsak sies å omfatte fysiske behov, ivaretagelse av praktiske gjøremål og sosial kontakt med personalet. Ulempen med å behandle deler av et spørreskjema er at emner som aktiviteter, sosial kontakt og trygghet, ikke tas opp til diskusjon. Dette blir det spurt om i andre deler av spørreskjemaet som på grunn av hovedfagsoppgavens omfang ikke behandles. Det vil derfor bli en ufullstendig diskusjon dersom funnene skal vurderes i forhold til Maslows teori (1970) og Hendersons sykepleieteori (1964, 1998). Det er kun de deler av de fysiske behovene som både Maslow og Henderson gjør rede for, som kan diskuteres i forhold til denne studien. Disse kan sies å være ivaretatt for flestparten av respondentene.

I henhold til forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (SHD 1997a) skal brukerne få dekket sine grunnleggende behov. I denne studien er det cirka 1/5 som ønsker mer hjelp. En kan dermed spørre om disse mener de ikke får dekket sine grunnleggende behov, og om forskriften dermed ikke er oppfylt for disse?

#### **9.4 Selvbestemmelse**

Diskusjonen under denne delen er knyttet til i hvilken grad pasientene på sykehjem selv kan bestemme sentrale aspekter ved sin hverdag (Tabell XI s. 50).

De to første spørsmålene relateres til døgnrytme; når pasientene står opp og legger seg. Det er ikke skilt mellom de som klarer dette selv og de som trenger hjelp til dette. Nesten like mange sier de alltid eller nesten alltid bestemmer når de skal stå opp som de som sier de aldri eller nesten aldri får bestemme dette. Flesteparten sier de alltid eller nesten alltid får bestemme når de skal legge seg. Funnene kan tyde på at morgenrutinene på de to sykehjemmene som er representerte i denne studien ikke lager rom for individuelle ønsker. Om man er tilfreds eller utilfreds med å stå opp tidlig (før frokost) som er vanlig å tilstrebe ved sykehjemmene, har sammenheng med personens døgnrytme. Noen liker å stå opp tidlig, andre liker å ha en rolig start på dagen. Dette vil ikke endres om man flytter til en institusjon. Det kan tyde på at det er lettere å bestemme når man vil legge seg i og med at majoriteten uttrykker selvbestemmelse på dette punktet. Det er flere i denne undersøkelsen som oppgir at de ikke kan bestemme selv når de skal stå opp sett i forhold til Slagsvold sin undersøkelse (2000). Mulighet til å bestemme leggetid samsvarer med denne undersøkelsen.

Spørsmålene om påkledning og toalett er i følge Slagsvold (2000) relatert til personlig hygiene. Det er en svakhet med spørreskjemaet at pasientene ikke er spurt om dusjing/bading da også det er et tema for selvbestemmelse på dette området. Nesten alle på Fyllingsdalen og Tåsenhjemmet sier de alltid eller nesten alltid bestemmer selv hvilke klær de skal ha på seg og når man skal komme på toalettet. En større andel bestemmer påkledning selv sett i forhold til Slagsvolds funn (2000). Tre fjerdedeler oppgir at de alltid eller nesten alltid bestemmer når de skal på toalettet. Mulighet til å komme på toalettet når man måtte ønske det er i samsvar med funn fra Velferds- og levekårsundersøkelsen (op.cit.). Samtidig oppgir noen av respondentene ved Fyllingsdalen at spørsmålet er irrelevant da de bruker bleier (kap. 8. 12. s. 57).

Pasientene blir spurt om måltider; om de selv kan bestemme når og hva de skal spise. Her svarer majoriteten at de aldri eller nesten aldri kan bestemme når de skal spise, og hva de kan spise. Kommentarer fra pasientene ved Fyllingsdalen tyder på en viss reservasjon i



svarene: De skiller mellom tørrmåltider og middagsmåltider. Det kan tyde på at det oppleves lettere å bestemme hva en skal spise til frokost eller kvelds enn til middag. Funnene spriker sett i forhold til Slagsvold (op.cit.) hvor 1/3 sier de aldri eller nesten aldri kan bestemme når de skal spise og aldri eller nesten aldri kan bestemme hva de skal spise.

Majoriteten sier de alltid eller nesten alltid kan bestemme når de vil være alene og at de alltid eller nesten alltid kan bestemme når de vil være sammen med andre (kap. 8. 4. s. 50). Mulighet til å være alene samsvarer med Slagsvold sine funn (op.cit.). Hun har relatert svarene til om respondentene har enerom eller ikke, og fant at enerom har stor betydning for svarene: Flere av de som hadde enerom sa de kunne bestemme når de ville være alene mot de som delte rom. Dette er ikke sammenlignet i denne undersøkelsen, men i tilleggskommentarer fra respondentene (kap. 8.12, s. 57 ) er det nevnt at det er vanskelig å bestemme det å være alene når en deler rom med andre. Det er noe flere som sier de kan bestemme når de vil være sammen med andre enn i Slagsvold sin undersøkelse, men tendensen er den samme.

Svarene på spørsmålet om de kan bestemme selv når de vil snakke med legen, gir ikke noen klar tendens (Tabell XI s. 50). Svarene vil sannsynligvis avhenge av behovet for å snakke med lege. De fleste ga uttrykk for at personalet formidlet kontakt eller spørsmål, og at de ikke nødvendigvis traff legen. Samme tendens kan ses hos Slagsvold (op.cit.), men noe flere oppgir selvbestemmelse der. Av betydning å merke seg, er at en av pasientene ved Fyllingsdalen ikke visste at det fantes lege tilknyttet sykehjemmet.

Resultatene tenderer mot at de fleste bestemmer leggetid, påkledning, når de skal på toalettet., når de skal være alene eller sammen med andre. Færrest får bestemme når og hva de skal spise og når de skal treffe legen. Tilnærmet like mange sier de av og til / alltid får stå opp når de ønsker som de som svarer benektende på dette.

De fleste svarer bekreftende på spørsmålet om de får bestemme nok over den hjelpen de får i sykehjemmet. Funnene kan tyde på at til tross for liten selvbestemmelse på enkelte sentrale områder knyttet til hverdagen, er majoriteten av pasienter tilfreds med muligheten til selvbestemmelse. På spørsmål om dette under området ”tilfredshet med sentrale sider ved sykehjemmet”, svarer noe over halvparten at de er fornøyd eller svært fornøyd med mulighet til selvbestemmelse (Tabell XII s. 52). Man kan på grunnlag av disse svarene

derfor ikke konkludere med at det er riktig at så mange får bestemme nok over hjelpen de får. Den store andelen som svarer ”verken eller” eller er misfornøyd, viser at selvbestemmelse er et område man bør jobbe mer med innen sykehjem. Kommentarene fra respondentene ved Fyllingsdalen sykehjem (kap.8.12, s. 57 ) kan tyde på at de tilpasser seg institusjonslivet med de følger dette får for deres rett til og mulighet til selvbestemmelse: En institusjon er preget av regler og rutiner. En persons krav om selvbestemmelse kan få negative konsekvenser for andre. Man tilpasser seg. Samtidig skal en være klar over at disse menneskene er syke og svekkede, og kanskje ikke orker å gjøre egne valg. Rutinene i et sykehjem kan skape avhengighet, men også trygghet. I Velferds- og levekårsundersøkelsen (Slagsvold 2000) var det noe færre som mente de fikk bestemme nok over hjelpen de fikk i sykehjemmet, men tendensen er den samme: Majoriteten svarer positivt på spørsmålet, og det er de samme områdene flest/færrest får bestemme over.

I følge Tranøy (1999) bør man snakke om rett til medbestemmelse når flere parter berøres. Mulighet til selvbestemmelse/medbestemmelse har betydning for en persons integritet. Når 1/5 oppgir at de ikke får bestemme nok over den hjelpen de får, og når nærmere halvparten forholder seg nøytral til eller er misfornøyd med mulighet for selvbestemmelse, bør dette få betydning for den pleie som gis ved et sykehjem. Det vil si at personalet bør tilstrebe medbestemmelse i den grad det er mulig. Dersom det ikke lar seg gjøre, bør pasientene informeres om grunnen. Pasientene er i en avhengighetsposisjon. Martinsen (1992) skriver om makt og avhengighet i sykepleie, og sier at sykepleiere bør være dette bevisst. Relasjonen pasient- hjelper bør være preget av svak paternalisme hvor hjelper skal ha respekt for den andres integritet og valg, men gi beskyttelse mot umulige valg (Husebø, 1993). Den svake paternalisme må overordnes autonomiprinsippet. Sykepleier må likevel være bevisst hvilke konsekvenser tap av autonomi og institusjonalisering kan ha for et menneske (Watson 1979, Everett 1993).

Forskrift for sykehjem (SHD 1988, 1990) sier at i den grad det er forenlig med drift, medisinsk behandling og hensyn til andre beboere skal pasientene ha mulighet til individuell frihet. I det ligger en viss frihet til å velge egen døgnrytme og fortsette tidligere livsførsel. Når såpass mange gir uttrykk for at de ikke får bestemme når de skal stå opp eller når og hva de skal spise, kan det tyde på at denne friheten ikke ivaretas. Muligens gjør institusjonelle forhold at dette ikke er gjennomførbart. I så fall bør pasientene informeres om dette. Det kan diskuteres hvordan man skal forholde seg til dette. Personalet i sykehjem

kan skriftlig redegjøre for den manglende muligheten pasientene har til dette, overfor ledelsen. Forskrift om kvalitet i sykehjem (SHD 1997a) sier at det skal vises respekt for personens egenverd og livsførsel. I det ligger at personen skal tas med på råd. I tillegg spesifiserer forskriften at pasienten skal ha mulighet til selvstendighet og styring av eget liv. Når pasienter på sykehjem gir uttrykk for manglende selvbestemmelse kan det sies at forskriftene ikke følges i tilstrekkelig grad. Samtidig bør det fokuseres på ressursbruk som økonomi og personell. Når pasientene opplever at personalet alltid har det så travelt, vil de sannsynligvis vegre seg for å hevde sin "individuelle frihet". Kommentarer fra pasientene (kap. 8.12. s. 57) tyder på at de er nyanserte sett i forhold til selvbestemmelse: Noen ønsker å bestemme mer, noen er tilfreds med at andre bestemmer. Noen sier at det går utover andre når man skal bestemme mer selv. Flere sier at de må allikevel vente til personalet har tid til å hjelpe dem.

### **9.5 Vurdering av sentrale sider ved sykehjemmet. Generell trivsel.**

Spørsmålet som stilles om hvor fornøyd beboerne er med sentrale sider ved sykehjemmet, dreier seg om temaer som til dels har vært spurt om tidligere i spørreskjemaet (kap. 8.5 s. 51). I denne delen blir de bedt om å vurdere hvert område på en skala fra svært fornøyd til svært misfornøyd. Flere forskere (Cleary et al i Enehaug 1997, Slagsvold 1995, 2000) mener at eldre og avhengige personer har en tendens til å si seg fornøyd. Andre finner ikke slike signifikante sammenhenger (Enehaug 1997). Størrelse på utvalg kan ha betydning for påvisning av slike funn. Slagsvold mener at man bør se på andelen "svært fornøyd" dersom man skal få frem hvor mange som nokså sikkert er fornøyde. Dersom man er interessert i de som er misfornøyde, bør man inkludere de som svarer "verken eller". I denne studien presenteres svarene som følger: Svært fornøyd og ganske fornøyd er slått sammen til fornøyd, verken eller står alene, ganske misfornøyd og svært misfornøyd er slått sammen til misfornøyd. Det er i denne studien ikke grunnlag for å hevde at respondentene har ment noe annet enn hva de har svart. Men som i alle spørreundersøkelser, og da især intervjuer, skal en ta høyde for føyelighetsbias, det vil si at respondentene kan tendere mot å svare det de tror de bør svare.

Beboerne/ pasientene er mest fornøyd med stell og pleie, personalets holdninger, rommet sitt, ro og orden og maten . Dette er de samme områdene som forskerne ved NOVA fant at beboerne på aldersinstitusjoner (sykehjem + aldershjem) var mest fornøyd med (Slagsvold 2000). Tallene viser noe overvekt av fornøyde pasienter ved Fyllingsdalen og Tåsenhjemmet, men dette kan skyldes antall respondenter.

Noe flere er misfornøyde med muligheter til opptrening, muligheter for aktiviteter, muligheter til privatliv og legetilsyn sett i forhold til Velferds- og levekårsundersøkelsen (Slagsvold 2000) hvor antall misfornøyde er mellom 12 og 15 % på disse områdene. Tendensen er likevel den samme: Det er en markant økning i antall misfornøyde når det gjelder disse områdene sett i forhold til de andre spørsmålene som ble stilt. Av særlig interesse å merke seg er pasientenes synspunkter på tilbud om opptrening hvor like mange er fornøyde, nøytrale og misfornøyde. I tilleggskommentarene til pasientene ved Fyllingsdalen sykehjem (kap. 8.12, s. 57) svarer flere at de ikke får tilbud. Av disse finnes det både de som er tilfreds med den ordningen og de som er særdeles misfornøyde. Noen mente at dersom de hadde fått dette tilbudet tidligere ville de hatt et stort utbytte av det, men at det nå var for seint. Denne mangelen på tilbud kan virke inn på pasientenes fysiske tilstand, selvfølelse og fremtidstro. Opptrening/ gåtreening er tidligere spesifikt nevnt som et område hvor noen ønsker mer hjelp. Mulighet til privatliv har sammenheng med om en har enerom, men også om det er mulighet til å trekke seg tilbake til et rom atskilt fra de andre pasientene dersom det kommer besøk. Ønske om privatliv har betydning; for noen er dette viktigere enn for andre. Ensensreformen vil gjøre det lettere for pasienter i sykehjem å skape seg et privatliv. Samtidig vil det ta tid før den er realisert. Noen oppga at trygghet er viktigere enn privatliv.

Svarene på spørsmål om tilfredshet med medisinsk behandling, selvbestemmelse, muligheter for sosialt samvær og de andre beboerne er mer nyanserte. Ingen klar tendens lar seg påvise. Det må likevel påpekes at rundt halvparten av respondentene er tilfreds med disse områdene. Hos Slagsvold er flere fornøyde, færre nøytrale og færre misfornøyde.

De tre spørsmålene som var relatert til generell trivsel, ble gitt på tre ulike tidspunkt i intervjuet. To spørsmål dreier seg om trivsel i sykehjemmet og viser at majoriteten av respondentene er fornøyd med sykehjemmet. Det tredje spørsmålet som dreide seg om tilværelsen generelt, viser at 2/3 er fornøyd med tilværelsen, for øvrig svarer flere "både

og” og er misfornøyde. Kommentarer fra enkelte av respondentene ved Fyllingsdalen sykehjem når det gjelder det siste spørsmålet om samlet vurdering av sykehjemmet kan tyde på realisme og innsikt når det gjelder institusjonslivet, men muligens også en viss form for resignasjon. Respondentenes tilleggssvar kan sammenfattes i følgende kommentar som ble gitt av en av de: ”Det kunne vært både bedre og verre, men jeg er takknemlig for at vi har sykehjem”.

Majoriteten ved sykehjemmene i undersøkelsen er fornøyd, men funnene kan tyde på at respondentene er mest fornøyd med de fysiske forholdene ved sykehjemmet, men mindre med de psykososiale områdene. Resultatene samsvarer med det andre har funnet (Houg 1996, Pedersen og Jensen 1994, Slagsvold 2000, Sletvold et al 1999).

I henhold til forskere som studerer pasienttilfredshet, vil høy pasienttilfredshet være ønskelig både med tanke på vurdering av kvalitet på tjenesten og som et resultat av tjenesten (Campbell et al 2000, Donabedian 1980, Jakobsen 1999, Sletvold et al 1999, Wilde et al 1996). Problemet er at det ikke er definert hva som menes med høy pasienttilfredshet. Er 80 % et godt mål som Sletvold et al har innført (1999)? Hva med den individuelle pasienten som ikke er tilfreds? Nordenfelt (19...) er av den oppfatning at slike avgjørelser har politiske implikasjoner, og at politikerne bør bestemme hva som skal aksepteres som et minimum. Hvilket nivå som er ønskelig vil ikke bli tatt opp til diskusjon i denne sammenheng, men bør være noe å vurdere for ansvarlige myndigheter.

### **9.6 Sammenhengen mellom behov for hjelp, mulighet til selvbestemmelse og samlet tilfredshet**

Korrelasjonsanalysen, som vist i Tabell XVI s. 54, viser at målene for behov for hjelp, mulighet til selvbestemmelse og samlet tilfredshet korrelerer signifikant med hverandre. Dette viser at det er en sammenheng mellom behov for hjelp, selvbestemmelse og samlet tilfredshet med sykehjemmet. Den negative korrelasjonen mellom behov for hjelp og mulighet for selvbestemmelse indikerer at de som har en del behov for hjelp, har mindre mulighet for selvbestemmelse enn de som har mindre behov for hjelp. Den negative korrelasjonen mellom behov for hjelp og samlet tilfredshet indikerer at de som har en del behov for hjelp, har en tendens til å si seg mindre tilfreds med sykehjemmet enn de som

har mindre behov for hjelp. Mulighet for selvbestemmelse og samlet tilfredshet korrelerer signifikant positivt med hverandre, og indikerer at de som uttrykker at de har stor grad av selvbestemmelse også rapporterer stor grad av tilfredshet og motsatt.

Det har tidligere i oppgaven vært vist til at flere mener at behovstilfredsstillelse har betydning for trivsel og kvalitet (kap.4) (Dehlin og Hagberg 2000, SHD 1997a, c, Strengenhagen - utvalget 1994). I denne delen er det blitt gjort en korrelasjon mellom målene som viser en signifikant sammenheng, men ikke årsakssammenheng. Men med utgangspunkt i teori, er det grunn til å tro at funnene viser at behovstilfredsstillelse (hjelp, selvbestemmelse) har betydning for samlet tilfredshet. Denne problemstillingen går imidlertid ut over rammene for denne hovedfagsoppgaven.

### **9.7 Bakgrunnsvariablers betydning på behov for hjelp, mulighet til selvbestemmelse og samlet tilfredshet**

Bakgrunnsvariablene kjønn, alder, oppholdssted, oppholdsform og egen vurdert helse ble sammenlignet med målene for behov for hjelp, selvbestemmelse og samlet tilfredshet med tanke på å finne ut om de har betydning på svarene (kap. 8.8 – 8.10, s. 55 - 56). Dataanalysen viser at svarene ikke ble påvirket av kjønn, alder og oppholdssted. Egen vurdert helse har betydning for svarene på ”ønsker mer tid” og ”samlet tilfredshet”, men har ingen betydning for svarene på ”trenger hjelp”, ”ønsker mer hjelp”, ”får den hjelp en trenger” og ”mulighet til selvbestemmelse”. Oppholdsform har betydning for ”trenger hjelp”, ”ønsker mer tid”, ”får den hjelp en trenger” og ”samlet tilfredshet”, men har ingen betydning for svarene på ”mulighet til selvbestemmelse”.

Det er viktig å presisere her at gruppenes størrelse har betydning for dataanalysen, og at større grupper ville gitt et klarere signifikansnivå (Polit og Hungler 1995). Det kan derfor ikke utelukkes at et større utvalg kunne vist forskjeller på bakgrunnsvariabler som ikke vises her.

Det er ingen signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjelder egen vurdert helse og ”trenger hjelp” eller ”ønsker mer hjelp”. Dette er overraskende med tanke på at det er de skrøpeligste eldre som har størst behov for hjelp. Samtidig kan det gi en indikasjon på at

hjelpen tilsvarende omsorgsbehov når det gjelder fysiske forhold. Det er grunn til å tro at dårlig helse skaper et større omsorgsbehov som går utover konkrete hjelpetiltak. Pasientene gir uttrykk for at de ønsker at personalet har mer tid generelt sett. Egen vurdert helse har betydning for ”ønsker mer tid” i den forstand at de som sier at helsen er verken god eller dårlig og de som sier om helsen at den er dårlig, ønsker at personalet har mer tid til dem. De med helse som de selv synes er rimelig god, klarer seg kanskje bedre alene med tanke på at de har en større kontaktflate og aktivitetsnivå. De med den dårligste helsen, vil få tid av personalet på grunn av at de har konkrete behov for hjelp som personalet må hjelpe de med. Ønske om mer tid blant pasientene kan ha å gjøre med inkongruens mellom personalets vurdering og personen selv når det gjelder vurdering av behov og helse. Men det kan også ha med å gjøre at respondentene uttrykker en stor grad av tilfredshet med pleie, men at de ønsker mer psykososial omsorg.

Samtidig viser analysen at ”oppholdsform” har betydning for ”behov for hjelp” når det gjelder indeksene ”trenger hjelp”, ”ønsker mer tid” og ”får den hjelpen de trenger”. I funnene ligger at flere langtidspasienter trenger mer hjelp, ønsker mer tid av personalet og svarer at de ikke får den hjelpen de trenger, sett i forhold til korttidspasienter. Majoriteten av pasienter som er inne til korttidsopphold i denne undersøkelsen, har rehabiliteringsopphold. Dette kan ha betydning for skillet mellom langtidspasienter og korttidspasienter med tanke på funksjonsnivå. For å få rehabiliteringsplass i sykehjem, bør det være et rehabiliteringspotensial og håp om at personen skal kunne mestre hjemmeforhold. Det er derfor mulig at denne gruppen domineres av personer som i stor grad mestrer sitt daglige liv, og som ikke har tilsvarende behov for hjelp som langtidspasienter.

Når det gjelder ”samlet tilfredshet”, kunne en kanskje tro at de respondentene som rapporterer dårlig helse ville være mer takknemlig for at de bodde i sykehjem og dermed være fornøyd. De med dårlig helse har derimot tendens til å si seg noe mindre fornøyd enn de som rapporterer god helse. Dette kan ha sammenheng med at disse har et større behov for hjelp rettet mot både fysiske og psykososiale behov som de ikke opplever å få dekket. Det kan synes som det særlig er de psykososiale behovene disse ikke opplever å få tilfredsstilt med tanke på egen vurdert helses betydning på ”ønsker mer tid” og enkeltpørsmålene i denne som handler om tid til samtale, tid til å hjelpe, tid til å komme innom de om kvelden og tid under måltidene. Sletvold et al (1999) fant at de som ikke var

tilfreds med tjenestekvalitet, var yngre enn gjennomsnittet og hadde noe lettere pleietyngde enn gjennomsnittet. Skillet langtidsopphold/ korttidsopphold har dessuten betydning for samlet tilfredshet. De som bor i sykehjem, har tendens til å si seg mer misfornøyde enn de som har korttidsopphold. Dette kan ha sammenheng med at korttidspasienter er mer tolerante overfor miljøet da de vet at det ikke er et permanent opphold. Med utgangspunkt i Antonovsky teori om SOC (sence of coherence) kan det tenkes at korttidspasienter har en høyere grad av SOC sett i forhold til sin situasjon: De opplever sin situasjon som begripbar, håndterbar og meningsfull. De har et mål med oppholdet rettet mot forbedring av sin helse og sitt funksjonsnivå. Langtidspasienter har sitt hjem i sykehjemmet og må i større grad forholde seg til hverdagen i sykehjemmet med de rutiner og regler som eksisterer. Det kan i den forbindelse diskuteres om tilpasning er en mestringsform som gjør at også disse kan finne situasjonen begripbar, håndterbar og meningsfull. Utvalget er likevel for lite til at denne drøftingen kan utdypes. Ei heller er relevante spørsmål stilt. Samlet sett viser dessuten tallene at 80 % av respondentene tross alt er tilfreds med sykehjemmet uavhengig av oppholdsform.

## **9.8 Metodedrøfting**

### 9.8.1 Styrke og begrensning

I dette kapitlet blir det gjort rede for validitet ved studien og mulige feilkilder.

#### Intern validitet

Kontroll over eksterne og interne faktorer er strategier for å styrke den interne validiteten i en studie (Polit & Hungler 1995). Denne studien er ikke- eksperimentell og utvalget er ikke basert på randomisering. Det har derfor ikke vært mulig å ivareta kontroll som ved eksperimentelle forsøk hvor randomisering, gjentatte målinger og homogenitet i utvalget er essensielle faktorer. Kontroll over eksterne faktorer er tilstrebet ved at alle er intervjuet på sykehjemmet (i samme miljø) og at alle er intervjuet i enerom. Dessuten ble spørsmålene stilt i samme rekkefølge hos alle respondentene. Alle har fått samme informasjon om undersøkelsen i form av skriftlig informert samtykke. Det har ikke vært mulig å kontrollere



at respondentene snakker sammen før og etter intervju. Dette kan være en feilkilde i svarene i og med at respondentene kan påvirke hverandre i sitt syn på sykehjemmet.

Interne faktorer er egenskaper ved subjektene det forskes på som kan være en trussel mot den interne validiteten. Det vil si eksisterende forskjeller mellom deltakerne. Dette kalles seleksjonsbias, og kan påvirke målingene. I denne sammenheng er seleksjon ikke basert på randomisering, og mulig heterogenitet i utvalget har ikke latt seg kontrollere. En måte å søke etter seleksjonsbias på er å sammenligne grupper med tanke på viktige bakgrunnsvariabler som alder, kjønn, helsestatus og lignende (op.cit.). I studien ble det antatt at variablene kjønn, alder, sykehjemstilhørighet, egen oppfatning av helse og oppholdsform kunne påvirke svarene. Det viser seg for eksempel at aldersspredningen er stor, fra 41 år til 100 år. Dette skyldes at kriteriene for deltakelse ikke omfattet alder. Om gruppeforskjeller påvises, må det dersom mulig kontrolleres for de i dataanalysen. Dersom dette ikke blir gjort, må de tas med i fortolkning av funnene (op.cit.). I denne studien er det valgt å ta med bakgrunnsvariabler som kan være mulige seleksjonsbias, inn i studien i form av forskningsspørsmålene hvor det spørres om disse har betydning for svarene. I resultatene viser det seg at oppholdsform (langtid/korttid) og helse påvirker svarene.

En annen trussel mot intern validitet er forsker/ intervjuer: Etter hvert vil intervjuer bli mer erfare. Dataene i denne studien er dessuten basert på intervju gjort av to forskjellige personer, noe som også kan svekke den interne validiteten særlig med tanke på forståelse og fortolkning av spørsmålene i og med at det ikke fantes retningslinjer for spørreskjemaet. Mulige trusler mot intern validitet kan bidra til konkurrerende forklaringer.

### Ekstern validitet

For hvilken populasjon, hvilke omgivelser og forhold kan resultatene gjelde for? Valg av sykehjem er basert på ikke- tilfeldig utvelging av sykehjem i Norge. Utvalget i denne studien utgjør tilgjengelig populasjon ved Fyllingsdalen sykehjem og Tåsenhjemmet. Alle som oppfylte inklusjonskriteriene, ble bedt om å delta i undersøkelsen. Fordelen med å gjøre det på denne måten, er i tillegg til et større utvalg, at det ikke vil forekomme noen risiko for at kun de mest tilfredse pasientene blir spurt. På grunn av ikke- randomisering kan man ikke generalisere funnene utover de to aktuelle sykehjemmene. Det vil si at funnene kan sies å være representative for de pasientene som fyller inklusjonskriteriene ved Fyllingsdalen sykehjem og Tåsenhjemmet. Funnene fra denne undersøkelsen

samsvarer i stor grad med sammenlignbare studier (Slagsvold 2000, Sletvold et al 1999). Det er derfor grunn til tro at tendensen som er påvist her, også til en viss grad kan overføres til andre sykehjemspasienter som oppfyller de samme inklusjonskriteriene.

En trussel mot ekstern validitet som ikke kan utelukkes, er forskers effekt på respondentene. Forskers entusiasme/skeptisisme kan i intervju- situasjoner overføres til respondenten. I denne studien var begge intervjuerne eksterne personer for pasientene som deltok, noe som kan bidra til å svekke denne trusselen. I tillegg vil fastlagte spørsmål og svar motvirke trusselen. For øvrig kan Hawthorne - effekten spille en rolle.

Størrelse på utvalg har betydning for mulighet til generalisering til populasjon. I denne studien utgjør utvalg tilgjengelig populasjon. Åttifem prosent deltakelse ved Fyllingsdalen sykehjem og 91 % ved Tåsenhjemmet er bra med tanke på forventet svarprosent som viser seg å ligge mellom 80 – 90 % når man benytter personlig intervju som datainnsamlingsmetode. Dersom underutvalgene sammenlignes med antall pasienter totalt på de to sykehjemmene, vil man finne at på Fyllingsdalen utgjør underutvalget cirka 26 % av det totale antall pasienter ved sykehjemmet, mens underutvalget ved Tåsenhjemmet utgjør cirka 32 % av det totale antall pasienter ved sykehjemmet. Dette er i samsvar med tidligere undersøkelser som antyder at cirka 30 % av sykehjemspasienter fyller inklusjonskriteriene som ble lagt til grunn for denne studien (Kirkevold et al 1998). På grunn av at datafilen ikke inneholdt informasjon om de som takket nei til å delta i undersøkelsen, lar det seg ikke gjøre å sammenligne disse med utvalget sett i forhold til utvalgte variabler som alder og kjønn.

## 9.8.2 Personlig intervju og instrument

### Personlig intervju.

Hvert intervju ved Fyllingsdalen sykehjem startet ved at intervjuer gjentok informasjon om undersøkelsen, respondentens rett til konfidensialitet og rett til å trekke seg når som helst dersom ønskelig og anonymisering av data. Dessuten ble det lagt opp til litt samtale før det formelle intervjuet startet. Alle intervjuene ble gjennomført avskjermet fra andre personer.

Fordelene ved å velge personlig intervju som datainnsamlingsmetode er mange: Det gir mulighet for flere og fyldigere data fra hver respondent. I dette tilfelle var spørreskjema langt og tidkrevende. Svarprosenten lar seg lettere kontrollere. Det gir mulighet for mer valide data ved at uklarheter knyttet til et spørsmål eller et svar lar seg raskt oppklare (Bork 1993). Samtidig vil to intervjuere kanskje forklare på ulik måte all den tid det ikke fantes noen manual for bruk av spørreskjemaet, slik at validiteten kan svekkes. Når respondentene er gamle og har svekket helse som nedsatt syn og problemer med å holde en penn, er personlig intervju den beste og eneste datainnsamlingsmetoden når det er snakk om bruk av spørreskjema. Man har mulighet til å observere reaksjoner på truende spørsmål, og ta hensyn til disse reaksjonene underveis. Ulemper ved personlig intervju er at det krever trenede intervjuere og kan være tidkrevende og kostbart for både intervjuer og respondent (Bork 1993). Intervjuer opplevde imidlertid de fleste pasientene som positive til intervjuet og glade for å fortelle. Respondentenes rett til anonymitet er en annen faktor som må ivaretas. Her vises til kapittel 7.5 s.35, hvor det gjøres rede for etiske overveielser. En mulig målefeil ved personlig intervju kan være relasjonen mellom intervjuer og respondent som kan påvirke svarene. I dette tilfelle kjente ikke intervjuer respondentene, men den relasjonen som oppstår underveis i intervjuet er også av betydning. Et mindre utvalg enn det som er mulig ved enquête, vanskeliggjør generalisering av resultater til målpopulasjon.

Hovedfagstudenten var observant på at respondentene kunne oppleve intervjuet som en psykisk påkjenning. Dersom det underveis i intervjuet ble oppfanget signaler på ubehag eller påkjenning, skulle intervjuet avbrytes og ansvarlig personale som kjenner pasienten skulle tilkalles (se søknad til Regional Etisk Komité Helseregion 1, vedlegg 1). Et intervju på Fyllingsdalen sykehjem ble avbrutt grunnet smerteanfall, men avsluttet et par dager seinere etter eget ønske fra respondenten. Dessuten er det blitt informert om at et intervju på Tåsenhjemmet ble avbrutt grunnet alvorlig sykdom. Dette intervjuet ble ekskludert fra datamaterialet.

I følge opprinnelig prosjektplan (vedlegg 7) varer intervjuet i ca. 1 time. Intervjuene ved begge sykehjemmene varte i gjennomsnitt 55 minutter, med korteste på 30 minutter og lengste på 100 minutter. Det var noe problemer å gjennomføre 22 % av intervjuene på Fyllingsdalen sykehjem. Det var noe problemer å gjennomføre 21 % og ganske store problemer å gjennomføre 10 % av intervjuene på Tåsenhjemmet. Intervjuer skulle krysse

av på årsaker til problemene og flere kryss var mulig. Problemene fordeler seg som følger mellom de deltagende sykehjemmene (antall personer):

	Fyllingsdalen		Tåsenhjemmet	
	Noe problemer	Noe problemer	Store problemer	
Forstod ikke spørsmålene	1	1		
Tretthet	1	2	1	
Redusert mental fungering		5	2	
Dårlig hørsel	4	1	1	
Dårlig helsetilstand	3			
Ville nødig gi egne vurderinger	2	1		
Annet	2			

Undersøkelsen er på personer som på grunn av alderdomsforandringer, nedsatt helsetilstand og nedsatt fysisk og psykisk funksjonsevne har opphold på sykehjem. Det må derfor kalkuleres inn at det kan være noe problemer med intervju av disse personene. Kriteriene for å delta i intervjuet var blant annet fysisk og mentalt i stand til å gjennomføre et intervju av en slik karakter. Av den grunn kan det stilles spørsmål ved om ikke intervju som medførte store problemer, burde vært avsluttet, eller at disse intervjuene burde vært ekskludert fra undersøkelsen i ettertid. En sjekk av respondentene hvor det var krysset av for store problemer med intervjuet viste at det gjaldt tre kvinner. En var 90 år eller eldre, 2 var mellom 80 – 84 år. En vurderte helsen sin som verken god eller dårlig, en vurderte helsen til å være svært dårlig. Hos en var spørsmålet ubesvart. To hadde langtidsopphold hvorav en hadde bodd i sykehjemmet 1 – 4 år og en i mer enn 4 år. En hadde korttidsopphold, og hadde vært i sykehjemmet i mindre enn to måneder. Hos fem personer var det krysset av for noe problemer med intervjuet på grunn av redusert mental fungering. Muligens burde disse vært utelatt, jfr. inklusjonskriteriene. Intervjuer var sykepleier med erfaring som sannsynligvis mente at problemene ikke var større enn at det var forsvarlig å gjennomføre intervjuet. Problemer med å gjennomføre intervjuene kan relateres til manglende svar i form av ”pasienten svarer ikke”.

### Spørreskjema.

Mulige forklaringer på intervjuproblemer kan også relateres til spørreskjemaet: Spørsmålsformuleringer, lengde på spørreskjemaet, mange spørsmål å forholde seg til. Disse kan forklare avkryssing på ”forstod ikke spørsmålene” og ”tretthet”. Det at cirka 1/5

del av intervjuene medførte noe problemer, reiser spørsmål om validitet ved undersøkelsen.

I følge Slagsvold (2000) viste prøveintervjuene at enkelte av svaralternativene og spørsmålene måtte forenkles på bekostning av presisjonsnivå. Dette er begrunnet med at målgruppen må få spørsmål som er mulig å besvare uten for store frustrasjoner eller usikkerhet.

I denne delen vises det kun til de deler av spørreskjemaet denne studien omhandler. Følgende momenter ble opplevd som problematiske av intervjuer og/eller den intervjuede:

- Spørreskjemaet egnet seg best til langtidspasienter. Korttidspasienter blandet mange av spørsmålene om hjelp med hjemmeforhold. I inklusjonskriteriene var det ikke satt begrensning i oppholdets varighet. Dette burde muligens vært gjort, da enkelte av pasientene kun hadde vært på sykehjemmet i kort tid før intervjuet ble gjort.
- Hvilket syn på helse som lå til grunn for dette spørsmålet (spørsmål 15) var ikke kjent på forhånd og det vil derfor være reliabilitetsproblemer knyttet til svarene som omhandler helse.
- Spørsmålet om hvor mye hjelp en trenger (spørsmål 17), var særdeles vanskelig å besvare: Rehabiliteringspasientene mente ikke de trengte hjelp i det hele tatt, langtidspasientene hadde problemer med å tidfeste sitt behov for hjelp.
- Spørsmålet om behov for hjelp til husarbeid måtte omformuleres på grunn av at de ikke forstod hva man mente. Det ble derfor spurt om behov for hjelp til å holde rommet i orden.
- 5 svaralternativer var for mye å forholde seg til for flere av pasientene, særlig svaralternativene på spørsmål 61 om selvbestemmelse (alltid, nesten alltid, av og til, nesten aldri, aldri).
- Svaralternativet ”verken eller” ble oppfattet som ”både og”, og spørsmål 63 og 64 om tilfredshet med sentrale sider ved sykehjemmet og sykehjemmet samlet sett ble besvart ut fra denne oppfatningen.
- Spørsmålet om ”ro og orden” var vanskelig å besvare (spørsmål 63). Det omhandler to forskjellige sider ved sykehjemmet slik pasientene så det.

## 10 IMPLIKASJONER FOR SYKEPLEIEPRAKSIS

Empiriske studier i sykepleie gir oss ny og utvidet kunnskap som vi kan nyttiggjøre oss i klinisk praksis. En kartleggingsundersøkelse som denne gir oss nyttig kunnskap om hvordan det er å bo i sykehjem. Hvilke behov for hjelp har sykehjemspasienter? Får de den hjelpen de trenger? Hvilke muligheter for selvbestemmelse finnes? Hvor tilfreds er pasientene med sykehjemmet de bor i / oppholder seg i? Pasienter i sykehjem skal få *”ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets egenverd og livsførsel”* (SHD 1997a, b). Kvalitetsforskriften (op.cit.) skal bidra til å sikre kvalitet ved den pleie og omsorg som gis.

Studien viser at pleie- og omsorgsbehovet er stort. Tre av fire pasienter trenger hjelp til ivaretagelse av sin personlige hygiene. De fleste mener de får den hjelpen de trenger, har selvbestemmelse/ medbestemmelse og sier seg tilfreds med sykehjemmet.

Ganske mange rapporterer likevel at de skulle ønske at personalet har mer tid til dem. De uttrykker liten mulighet til selvbestemmelse på enkelte områder (stå opp, måltider) og er til dels misfornøyde med noen av sidene ved sykehjemmet (opptreningsmuligheter, privatliv, legetilsyn, aktiviteter).

God sykepleie er å ha et helhetlig menneskesyn og å bidra til at en pasient får ivaretatt sin fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjon. Pasientene opplever å få den hjelpen de trenger. Men de mer detaljerte spørsmålene tenderer mot at det er den pleiemessige siden (stell, hjelp til måltid) som er best ivaretatt og at de psykososiale aspektene i mindre grad ivaretas. Først når både behov for pleie og behandling og psykososiale behov ivaretas kan en snakke om god sykepleie til eldre.

De fleste pasientene opplever selvbestemmelse, men svarene viser at dette kan bedres. Brukermedvirkning står sentralt i lovverket (SHD 1997a, b), og pasienten bør ha en medbestemmende rolle både når det gjelder planlegging av og daglig utførelse av pleien (Andersson 1994, SHD 1997a, b, c, Tranøy 1997, Watson 1979). En omsorgsfull sykepleier utøver sykepleie med respekt for pasientens autonome valg med utgangspunkt i en mellommenneskelig relasjon (Watson 1979).

En kvalitativ god sykepleietjeneste tar hensyn til pasientens ønsker og behov. Pasientens opplevelse av pleie og omsorg kan måles ved pasienttilfredshet. Fire av fem er samlet sett fornøyd med sykehjemmet. Kvalitet kan være vanskelig å måle. Når det gjelder pasienttilfredshet som indikator på kvalitet, må man ta høyde for forventninger, historie og kultur. Pasienttilfredshet avspeiles i stor grad av hvordan en vurderer sin egen situasjon og sammenligner seg med andre i samme situasjon. Det er urealistisk å tro at en god omsorg skal ivareta alle forventninger og behov, men en god omsorg vil likevel ta den enkelte på alvor (Slagsvold 1999). Maslows behovsteori inkluderer selvbestemmelse som et behov som søkes tilfredsstilt (Maslow 1970). Et mål for kvalitet på pleie til pasienter i sykehjem bør være behovstilfredsstillelse (SHD 1997a, b, Strengenhagen - utvalget 1994). At de fleste pasienter i sykehjem både gir uttrykk for mulighet til selvbestemmelse og er tilfreds kan således gi en antydning til at kvaliteten er tilfredsstillende. Det er likevel av betydning å merke seg at rundt 1/5 av pasientene er nøytrale eller misfornøyd når det gjelder sykehjemmet totalt sett eller ikke synes de får nok hjelp eller mulighet til å bestemme nok i sykehjemmet. Praksisfeltet bør derfor fortsette å jobbe mot tiltak som kan øke tilfredshet og mulighet til selvbestemmelse.

Med utgangspunkt i teori, tidligere forskning og foreliggende studie vil en derfor komme med følgende anbefalinger for praksisfeltet slik at tilværelsen til sykehjemspasienter kan styrkes.

- Bedre kartlegging av pasientens ønsker, behov og interesser. Bli kjent med pasienten. Dette kan gjøres i forbindelse med innkomst. Pårørende kan være en ressurs og bør trekkes inn. Videre bør det sikres regelmessig oppfølging av pasienten med tanke på evaluering og eventuelt endring av mål og eksisterende pleieplan (SHD 1997b). I denne forbindelse er det også naturlig å informere om avdelingen, tilbud og muligheter.
- Økt fleksibilitet og smidighet når det gjelder døgnrytme og dagsplan. Pasienter på sykehjem er en like heterogen gruppe som resten av befolkningen og har derfor behov for at det tas hensyn til deres individualitet. Flere sykehjemspasienter setter pris på rutiner og regler, mens andre ønsker selv å bestemme over sitt liv. I den grad det er mulig og "forenelig med driften" bør det åpnes opp for frihet og valg (SHD 1997a). Morgenrutiner (når pasienten skal stå opp) og når og hva en skal spise bør en sett fra

denne studien særlig fokusere på. På sykehus er det de siste årene innført menyer for pasientene. Dette bør være mulig også i sykehjem.

- Styrke trivselstiltak rettet mot det psykososiale aspektet. Øke aktivitetstilbudet i form av flere og mer varierte tiltak. Arrangere turer i nærmiljøet. Dette er kollektive tiltak. I tillegg kan det være mulig å sette av tid til den enkelte som kan nyttes etter eget ønske (Slagsvold 1999).
- Bedre planlegging når det gjelder opptreningsmuligheter for pasientene. Bemanningen bør styrkes både når det gjelder pleiepersonell, leger og fysioterapi.

## 11 VIDERE FORSKNING

Levealderen øker i Norge. Flere mennesker lever sine siste år med kronisk sykdom og et økt pleie og omsorgsbehov. Stadig flere eldre trenger daglig tilsyn og hjelp i form av sykehjem. Men sykehjem er ikke bare hjem for eldre, også yngre mennesker skal gis tilbud ved omsorgsbehov. Som resten av befolkningen er sykehjemspasienter en heterogen gruppe med ulike ønsker og behov. Forskning rettet mot mennesker i sykehjem kan ha forskjellige fokus, men samme mål: Øke kunnskapstilfanget. Bli bedre kjent med sykehjemspasientene. Kunne bidra til en kvalitativ god omsorg.

Kartleggingsstudier som fokuserer på pasientenes fysiske, psykiske og sosiale situasjon har vært og er fortsatt påkrevd med tanke på å påvise om sykehjemmene kvalitativt holder mål. Kvalitetsforskriften med dens veiledning er et godt utgangspunkt (SHD 1997 a, b) for denne type forskning. Resultatene fra foreliggende kartleggingsstudie sammenfaller med tidligere kartleggingsstudier (Slagsvold 2000, Sletvold et al 1999). Også kvalitative studier (Houg 1996) og kombinerte studier (Pedersen og Jensen 1994) viser den samme tendens: Pasientene i sykehjem får i mer eller mindre grad dekket sine pleie og omsorgsbehov på et tilfredsstillende nivå når det gjelder ivaretagelse av fysisk dimensjon, men har udekket behov for psykososial omsorg.

Med utgangspunkt i dette bør det derfor igangsettes intervensjonsstudier med siktemål å studere om bedring av disse forholdene fører til økt tilfredshet også på det psykososiale området. Kvasi - eksperimentelle studier kan utarbeides med tanke på å vurdere effekten av tiltak rettet mot ivaretagelse av både pleie - og behandlingsbehov og psykososiale behov.



Iverksetting av tiltak som støtter opp om pasientens behov og ønsker, støtter også opp om pasienten som person. I § 4-6 i "Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie" (SHD 1988, 1990) og i § 1 i "Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene" (SHD 1997a, b) finner vi setninger som: "... behandles med respekt og verdighet..." og "... med respekt for det enkelte menneskes egenverd og livsførsel...". De samme ord møter vi i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF 1992): "Innebygget i all sykepleie er respekt for menneskets liv, rettigheter og verdighet...". Et av sykepleiens viktigste mål er å bevare pasientens integritet som person (Watson 1988, Andersson 1994). Ordet integritet er et vagt og abstrakt begrep, og det er vanskelig å definere fullt ut hva som legges i det. En kan også snakke om verdighet, men legge den samme mening i ordet. Frost (1993) sier at i Norge brukes ordet egenverd synonymt med verdighet. I Fokus 98 (Kunnskapsforlaget 1997) defineres "integritet" som helhet, uskadd, ukrenkelig, følelser, tanker, handlinger.

Med tanke på at begrepet integritet er såpass sentralt i forskrifter og etiske retningslinjer, bør det i større grad forskes på hvordan man kan ivareta dette hos sykehjemspasientene. Andersson (1996) har i sin doktoravhandling studert begrepet integritet nærmere, og sett på ulike definisjoner i svenske, engelske og amerikanske ordbøker. Ut fra disse gir hun begrepet tre hovedbetydninger: 1. En tilstand av helhet, 2. en personlig sfære og 3. visse moralske verdifulle karakteregenskaper. Integritet kan ses på som en tilstand av helhet. Man har et helhetssyn på mennesket, jfr. Hippokrates og ulike sykepleieteorier (Andersson 1996). I følge Andersson handler omsorg og pleie om å hjelpe pasienter å bevare eller gjenopprette integritet som tilstand av helhet. Hun støtter seg til Pellegrino (1990, s. 10-12) som sier at integritet innebærer følgende:

*"the right ordering of the parts to the whole, the balance and harmony between the various dimensions of human existence necessary for the well functioning of the whole human organism. The integrity of a person is expressed in a balanced relationship between the bodily, psycho-social, and intellectual elements of his or her life. No one element is out of proportion to the others. Each takes the lead when the good of the whole requires it. Each yields to the other in the interest of the whole. Integrity in this sense is synonymous with health."*

I denne forbindelse anvendes integritet mer eller mindre eksplisitt som et synonym til helse hvor helse beskrives som balanse i den menneskelige integritet som tilstand av helhet. Denne balansen kan forrykkes ved sykdom. Av betydning for denne forståelsen blir da WHO's definisjon på helse som sier at helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom (WHO 1948). I sykepleier-pasientrelasjonen blir det sentralt å hjelpe pasienten til å gjenopprette integritet som en tilstand av helhet. Respekten for pasientens integritet som tilstand av helhet vil da innebære ”... att den enskilde patientens värderingar och önskemål utifrån upplevelsen av sjukdom och dess konsekvenser i hans/hennes livssituation alltid skall beaktas” (Andersson 1996, s. 37).

Naturlige rettigheter tilsvarer negative rettigheter. Mennesket skal beskyttes mot uønsket inntrenging i sin personlige sfære, jamfør Lockes ”rights of a person not to be interfered with by others” (i Andersson 1996, s.42) Positive rettigheter refererer til den rett man har til andres handlinger, eks. en pasients rett til pleie på et sykehjem. Lover og forskrifter vil da være rettigheter i positiv betydning. I denne betydning av ordet integritet vil pasientenes rett til integritet bety både negative og positive rettigheter som motsvares av plikter fra personalet. Respekt for pasientens integritet som personlig sfære vil i denne forståelse innebære”... att den enskilde patientens värderingar och önskemål vad gäller gränserna för den personliga sfären alltid skall beaktas” (Andersson 1996, s. 44). Andre ord for moralsk integritet er hederlighet, redelighet, uforvitretthet, rettskaffenhet, ærbarhet, ærlighet. Integritet som moralsk integritet er noe en person har mer eller mindre av eller ikke i det hele tatt, mens integritet som helhet og personlig sfære er noe alle mennesker har. I følge Andersson (1996) vil en person som har moralsk integritet slutte seg til en moralsk kodeks som bygger på hederlighet, oppriktighet og upartiskhet. Hans eller hennes moralske handlinger vil ikke la seg påvirke av motiver som kan resultere i ”moralsk korrupsjon, bedrageri eller opportunisme” (s. 46). Anderssons modell bør utprøves i forskning med tanke på teoribygging.

Det er blitt gitt uttrykk for at eldre har reduserte forventninger (Pedersen og Jensen 1994) og har en tendens til å si seg fornøyd på tross av at forholdene ikke nødvendigvis er tilfredsstillende (Cleary et al i Enehaug 1997, Slagsvold 1995). Nord (1992) har påvist i en litteraturstudie om livskvalitet at eldre pasienter vurderer sin situasjon som bedre enn pårørende og pleiepersonell gjør. Samtidig er det påvist at alder, kjønn og utdanningsnivå

har liten betydning for friske menneskers vurdering av sin helse og livskvalitet (op.cit.). Hvilken betydning har dette for forskning på syke eldre mennesker når det gjelder tilfredshet: At en ikke tar utsagnene for å være ”sanne”, men må være kritisk til sannhetsgehalten? Ytterligere forskning er nødvendig med tanke på hvilken betydning bakgrunnsvariabler som alder og helse har for vurdering av kvalitet. En bør også forske nærmere på hvilken betydning tilpasning har å si for disse personenes egen vurdering av sin situasjon.

Et annet moment som denne studien avdekker, er at oppholdsform har en signifikant betydning for de vurderinger som blir gjort av pasienter i sykehjem. Spørsmålet er om gruppen med korttidsopphold er direkte sammenlignbar med langtidspasienter. Hensikt med sykehjemsopphold er annen enn ved permanent opphold. I og med at det var noe problemer med spørreskjema ved intervju av disse bør det vurderes om en skal lage et spørreskjema som er bedre tilpasset denne gruppen, og allerede fra starten av i et forskningsprosjekt vurdere disse som to grupper. Videre kvalitativ forskning er også nødvendig.

Det er nødvendig med utvikling og bearbeiding av måleinstrument. En viktig samarbeidsgruppe i forbindelse med dette er sykehjemspasienter og pleiepersonell. Validitets- og reliabilitetstesting av måleinstrument bør gjøres.

## **12 AVSLUTNING**

I denne studien er det foretatt en kartlegging av 77 sykehjemspasienters behov for hjelp, mulighet til selvbestemmelse og tilfredshet med sykehjemmet. Resultatene viser at pasientene jevnt over er tilfreds og får dekket sine behov for hjelp og selvbestemmelse. Samtidig viser resultatene at flere har et ønske om at personalet har mer tid til samtale og til å hjelpe i deres dagligliv. En majoritet av pasientene får ikke bestemme når de skal stå opp, hva og når de skal spise og når de vil snakke med legen. Pasientene er mest fornøyd med pleie, personalets holdninger, ro og orden, rommet sitt og maten som serveres, men flere rapporterer misnøye med muligheter til opptrening, aktiviteter, privatliv og legetilsyn. Bakgrunnsvariablene oppholdsform og egenvurdert helse har signifikant betydning for behov for hjelp og tilfredshet, men ingen effekt på vurdering av selvbestemmelse.

Pasienter med langtidsopphold rapporterer signifikant større behov for hjelp og en noe lavere grad av tilfredshet enn pasienter med korttidsopphold. De pasientene som sier at helsen er verken god eller dårlig og de som sier om helsen at den er dårlig, har et større ønske om mer tid av personalet og en tendens til å være mindre fornøyd enn de som vurderer helsen som god eller svært dårlig.

Det var en styrke i denne undersøkelsen å kunne kombinere kvantitative data med kvalitative; På den måten får man en mulighet til å trekke frem utsagn som eksemplifiserer stemmene bak tallene. Kvalitative studier utdyper og supplerer generaliserbar kunnskap om hverdagen i sykehjem og livet til sykehjemspasientene. Hovedfagsstudenten opplevde datainnsamlingsfasen som særdeles interessant og berikende. Det å få møte personer som villig delte av sitt liv var lærerikt og innsiktsfylt. Flere ga uttrykk for at de syntes det var godt å få snakke med et menneske om slike ting de tenkte på og var opptatt av. Dette var reflekterte og kunnskapsfulle personer. Disse er en verdifull ressurs, og man bør derfor fortsette med både kvalitative og kvantitative studier, gjerne triangulering, med sikte på å få økt kunnskap om det å være sykehjemspasient og om mulig bidra til en bedret praksis.

## 13 REFERANSER

- Allebeck, P. og Jansson, B. (red) (1990): Ethics in Medicine, New York, Raven Press
- Andersson, M. (1996): Integritet som begrepp och princip. En studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling. Akademisk avhandling, Institut för vårdvetenskap, Vasa, Finland.
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the Mystery of Health. Jossey Boss
- Bath, PA. & Morgan, K. (1998): "Customary physical activity and psychological wellbeing: a longitudinal study". Age Ageing (1998);27 suppl 3:35-40.
- Beauchamp, TL. & Childress, JF. (1994): Principles of Biomedical Ethics. Oxford; Oxford University Press.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989): The primacy of caring. Stress and coping in health and illness. Menlo Park; Addison-Wesley Publishing Company.
- Bondevik, M. & Nygaard, HA. (red.)(1999): Tverrfaglig geriatri. Bergen; Fagbokforlaget.
- Bork, CE. (1993): Research in physical therapy. Philadelphia; JB. Lippincott Company.
- Brink, PJ. & Wood, MJ. (ed.) (1989): Advanced Design in Nursing Research. Newbury Park; Sage Publications.
- Calnan, M (1988): "Towards a conceptual framework of lay-evaluation of health care." i Social Science & Medicine, 27, 927-933.
- Campbell, SM., Roland, MO., Buetow, SA. (2000): "Defining quality of care" i Social Science & Medicine 51 (2000) 1611 – 1625.

Sist skrevet ut 13.12.2002 9:19

Coons, D. & Mace, NL. (1996): Quality of life in long-term care. London; Haworth Press.

Davis, M., Sebastian, J., Tschetter, J. (1997): "Measuring Quality of Nursing Home Service: Residents' Perspective" i Psychological Reports, 1997, 81, 532- 542.

Dehlin, O. & Hagberg, B. (2000): ""Det gode åldrandet" en anpassningsprocedur: Inte hur man har det utan hur man tar det." i Läkartidningen, vol. 97, 5/2000: 430 –433.

DiCaprio, N.S. (1974): Personality Theories: Guides to living. Philadelphia, W.B. Saunders Company.

Donabedian, A. (1980): The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Donabedian, A. (1988): "The quality of care: How can it be assessed?" i Journal of the American Medical Association 260, 1743 – 1748.

Egeland, L. & Gjerberg, E. (1996): God kvalitet på sykehjem? Hva mener pårørende? En studie blant pårørende ved 28 sykehjem i Norge. Statens Institutt for Folkehelse, Avdeling for samfunnsmedisin, seksjon for helsetjenesteforskning. Utredningsrapport nr. U 1 – 1996

Enehaug, I.H. (1997): Pasienters tilfredshet med sykepleien. Universitetet i Bergen, hovedfagsoppgave ved seksjon for sykepleievitenskap.

Enehaug, I.H., Ommundsen, T., Aslaksen, A. (1995): Rapport fra brukerundersøkelsen ved Haukeland sykehus 1994. Bergen.

Erikson, EH. (1968): Barndommen og samfunnet. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag.

Erikson, EH. (1963): Childhood and society (2<sup>nd</sup> ed.) New York; Norton.

Erikson, EH. & Erikson, JM. (1997): The Life Cycle Completed. Extended version. New York; W.W. Norton & Company.

- Everett, I. (1993): "Autonomy and paternalism: An ethical dilemma in caring for the elderly." i Perspectives, 1993, vol. 17, nr. 3; 2 – 5.
- Fagermoen, MS., Nord, R., Hanestad, BR. og Bjørnsborg, E. (red) (1998): Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus. Oslo; Universitetsforlaget.
- Fawcett, J. (1980): "A framework for Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing" i Nicoll, LH. (ed.) (1992): Perspectives on Nursing Theory. Philadelphia; J. B. Lippincott Company.
- FN (1991): "FNs prinsipper for eldre i verden", resolusjon 4/91 vedtatt av FN's generalforsamling 16. Des. 1991, oversatt og utgitt i Norge av Statens eldreråd.
- Frankl, V. (1994): Vilje til mening. Oslo: Aventura pocket.
- Frost, T. (1993): "Hvorledes begrunner vi vår respekt for menneskeverdet?" i Omsorg nr. 3/1993.
- George, JB. (ed) (1995): Nursing theories. Connecticut ; Appleton & Lange.
- George, D., Mallery, P. (2000): SPSS for Windows Step by Step. 9.0 Update Massachusetts; Allyn and Bacon.
- Gjerberg, E. (1995): Kvalitet i sykehjem? En analyse av virksomheten slik avdelingssykepleierne ser det. Oslo: Folkehelse 2/95
- Hauge, S. (1998): Forskingsetiske spørsmål i samband med kvalitativ forskning i sjukeheim. Notat 4/98, Høgskolen i Vestfold.
- Hawes, C., Morris, J., Phillips, C., Fries, B., Murphy, K., Mor, V. (1997): "Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA" i Age & Aging, 1997, 26 – S2; 19- 25.

Sist skrevet ut 13.12.2002 9:19

Hellevik, O. (1991): Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. Oslo; Universitetsforlaget.

Henderson, V. (1998): Sykepleiens natur. Refleksjoner etter 25 år. Oslo; Universitetsforlaget.

Henderson, V. (1964): The nature of nursing. American Journal of Nursing, 64, 62-68.

Henderson, V. (1960): Sykepleiens grunnprinsipper. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Houg, T. (1996): ”Takk, bare bra...?” Flytteprosessen og hverdagen på sykehjem. Oslo, Fafo - rapport 200

Husebø, S. (1993): ”Autonomi og paternalisme – hva betyr det ved alvorlig sykdom?” i Omsorg, 1993, (3):61-66.

Høgseth, G. (1999): ”Sosialgerontologi” i Bondevik, M. & Nygaard, HA. (red.)(1999): Tverrfaglig geriatri. Bergen; Fagbokforlaget.

Ilstad, S. (1989): Survey- metoden. Trondheim; Tapir Forlag, Universitetet i Trondheim.

Jakobsen, R. (1999): KLAR FOR FREMTIDEN? – om kvalitet, endring og samarbeid i sykepleieleidelse. Oslo, ad Notam Gyldendal.

Johnstone, M. (1999): Bioethics – a nursing perspective. Sydney, Australia, Harcourt Saunders.

Kane, RL (1998): ”Assuring Quality in Nursing Home Care” i Journal of American Geriatrics Society, 1998, 46; 232- 237.

Karoliussen, M. & Smebye, KL. (1981): Sykepleie – fag og prosess. Oslo; Universitetsforlaget.

Karoliussen, M. & Smebye, KL. (1997): Eldre, aldring og sykepleie. Oslo;



Universitetsforlaget.

King, I. (1971): *Toward a theory for nursing: General concepts of human behavior*. New York: John Wiley & sons.

Kirkevold, M., Kolstad, A. og Bjarnadottir, A. (1998): "Prosjektplan for Undervisningssykehjem i Oslo", Undervisningssykehjem-prosjektet, Nasjonalt Geriatriprogram.

Kirkevold, M. & Kårikstad, V. (1999): Undervisningssykehjem. Nasjonalt plan for etablering av ressursentra for undervisning, fagutvikling og forskning i sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Nasjonalt geriatriprogram .1994 – 99. Rapport nr. 1/99.

Leininger, M (1981): Caring. New Jersey; Charles B. Slack.

Leininger, M. (1988): Care: The essence of nursing and health. Detroit; Wayne State University Press.

Leininger, M. (1991): Culture Care Diversity and Universality: A theory of nursing. New York: National League for Nursing.

Levine, M.E. (1989): "The conservation principles: A model for health". I K.M. Scafer, & J.B. Ponds (Ed.): Levine's conservation model: A framework for nursing practice (s. 1-11). Philadelphia: Davis.

Ljunggren, G. (1998): "Bättre patientbedömning ger bättre sjukhemsvård" i Läkartidningen, vol. 95, 45: 4997- 5000.

Marek, K.D. (1989): "Outcome measurement in nursing" i J Nurs Qual Assur 1989, 4(1), 1- 9.

Martinsen, K. (1981): "Omsorgens filosofi og omsorg i praksis" i

Sist skrevet ut 13.12.2002 9:19

Sykepleien, 1981, (8):5-10.

Martinsen, K. (1992): "Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring" i Jensen, K. (red):  
Moderne omsorgsbilder. Oslo; Ad Notam Gyldendal.

Martinsen, K. (1993): Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien. Oslo;  
Tano.

Maslow, A. (1954): Motivation and personality. New York; Harper & Bros..

Mead, G.H. (1937): Mind, self and society. Chicago: University of Chicago Press.

Meleis, AI (1997): Theoretical Nursing – Development & Progress. Philadelphia: J.B.  
Lippincott Co.

Morse, J.M. et al (1990): "Concepts of caring and caring as a concept." Advances of  
Nursing Science, 13, 1, 1 – 14.

Morse, J.M et al (1991): "Comparative analysis of conceptualisations and theories of  
caring". Journal of Nursing Scholarship. 23, 119-126.

Mørch Jørgensen, L., El Kholly, K., Damkjær, K., Deis, A., Schroll, M. (1997): "RAI – et  
internationalt system til vurdering af beboere på plejehjem" i Ugeskrift for Læger  
1997, 159/43; 6371 – 6.

Mæland, J.G. (1993): "Helse og livskvalitet – to sider av samme sak?" i Medicinsk årbog,  
København, Munksgaard.

Nicoll, LH. (ed.) (1992): Perspectives on Nursing Theory. Philadelphia; J. B. Lippincott  
Company.

Nord, E. (1992): Bedømming av pasienters livskvalitet. En litteraturstudie  
Forskningsrapport nr. F 1 – 1992, Oslo, Statens Institutt for folkehelse.

Sist skrevet ut 13.12.2002 9:19

Nord, R. (1998): "Ulike typer design" (kap 2) i Fagermoen, M.S., Nord, R., Hanestad, B.R., Bjørnsborg, E. (red.) (1998): Fra Kunst til kolikk. Norsk Sykepleieforskning i fokus. Oslo; Universitetsforlaget.

Nord, R. og Fagermoen, MS. (1998): "Sykepleieforskningens gjenstandsområde" i Fagermoen, MS. et al (red.) (1998): Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus. Oslo; Universitetsforlaget.

Nordenfelt, L. (1995): On the Nature of Health. Kluwer Academic Publ.

Nordenfelt, L. (1991): Livskvalitet och hälsa. Teori & kritik.

Linköping, Almqvist & Wiksell Förlag

Nordhus, IH. (1999): "Psykologisk aldring" i Bondevik, M. & Nygaard, HA. (red.)(1999): Tverrfaglig geriatri. Bergen; Fagbokforlaget.

Norges Standardiseringsforbund (1988): Kvalitetsterminologi. Norsk Standard; NS-150-8402. Oslo, NSF.

Norsk Sykepleierforbund (1992): Yrkesetiske retningslinjer og ICNs kodeks. Oslo, NSF Fagserie 2.92

Orem, D. (1995): Nursing: Concepts of Practice. New York: McGraw-Hill.

Parse, R. (1992): "Human Becoming: Parse's theory of nursing". Nursing Science Quarterly, 5, 35 – 42.

Paterson, J.& Zderad, L. (1988): Humanistic nursing. New York: National League for Nursing.

Pedersen, B. & Jensen, TØ (1995): "Vi skal ikke vente noe ekstra heller, når vi er så gamle": brukererfaringer fra bergenske sykehjem. Bergen; SEFOS.

Pellegrino, E.D. (1990): "The relationship of Autonomy and Integrity in Medical Ethics", i

Allebeck, P. og Jansson, B. (red): Ethics in Medicine, New York, Raven Press  
s. 3- 21

Pettersen, K.I., Kolstad, A., Krogstad, U., Guldvog, B., Hofoss, D. (1996):  
Kvalitetsevaluering i sykehus, prosjektbeskrivelse av RESKVA 2. Heltef, Stiftelse  
for helsetjenesteforskning ved Sentralsykehuset i Akershus.

Polit, D., Hungler, B. (1995): Nursing Research: Principles and Methods. Philadelphia,  
Lippincott Comp.

Rantz, M.J., Zwygart-Stauffacher, M., Popejoy, L., Grando, V., Mehr, D., Hicks, L.,  
Conn, V., Wipke-Tevis, D., Porter, R., Bostick, J., Maas, M. (1999): "Nursing Home Care  
Quality: A Multidimensional Theoretical Model Integrating The Views of  
Consumers and Providers" i Journal of Nursing Care Quality 1999; 14(1):16-37

Rantz, M.J., Mehr, D., Petroski, G., Madsen, R., Popejoy, L., Hicks, L., Conn, V., Grando,  
V., Wipke-Tevis, D., Bostick, J., Porter, R., Zwygart-Stauffacher, M., Maas, M. (2000):  
"Initial Field Testing of an Instrument to Measure: Observable Indicators of  
Nursing Home Care Quality" i Journal of Nursing Care Quality 2000; 14(3):1-12

Rennemark, M. & Hagberg, B. (1999): "What makes old people perceive symptoms of  
illness? The impact of psychological and social factors". Aging & Mental Health  
1999;3:79-87.

Rogers, C. (1967): Person to person: The problem of being human. California; Real People  
Press.

Rogers, M. (1970): An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphia: F.A.  
Davis

Roy, C. (1984): Introduction to nursing: An adaption model (2<sup>nd</sup> ed.) Englewood Cliffs,  
NJ: Prentice Hall.

Slagsvold, B. (1995): Mål eller mening: om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner. Oslo;

Sist skrevet ut 13.12.2002 9:19

Norsk gerontologisk institutt.

Slagsvold, B. (1999): "Norsk eldreomsorg: Hvor dårlig er dårlig?" i Aldring & Eldre 1999 Årgang 16 Nr. 3 s.12 – 16.

Slagsvold, B. (2000): Velferd og levekår for sterkt hjelpeavhengige eldre tjenestebrukere. En datadokumentasjon med kommentarer. Oslo; Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og alderdom.

Sletvold, O. (1999): "Biologisk aldring" i Bondevik, M. & Nygaard, HA. (red.)(1999): Tverrfaglig geriatri. Bergen; Fagbokforlaget.

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

Solbakk, J.H. (1995): Medisinen som møtested og markeds plass. Oslo; Forlaget Forum.

Sosial- og helsedepartementet (1984): " Lov om statlige tilsyn med helsetjenesten" 30. mars 1984 nr. 15.

Sosial- og helsedepartementet (1988): Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. 14. november 1988 nr. 932.

Sosial- og helsedepartementet (1990): Somatiske sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Rundskriv I-63/90

Sosial- og helsedepartementet (1995): "Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.82 nr. 66 (endret ved lov av 15. juli 1994 nr. 55)". Rundskriv I-0803 B.

Sosial – og helsedepartementet (1997a): Forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenester i kommunene. 27. februar 1997 nr. 358

Sist skrevet ut 13.12.2002 9:19

Sosial - og helsedepartementet (1997b): Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Rundskriv I-13/97

Sosial - og helsedepartementet (1997c): Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet. Stortingsmelding nr. 50 (96- 97).

Sosial- og helsedepartementet (1999): Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Rapport I-0971 – B 1999

Sosial- og helsedepartementet, Statistisk Sentralbyrå og Statens helsetilsyn (1999): Hjulet 1999 (Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene.

Statens helsetilsyn (2000): Årsrapport 1999, Oslo

Statens helsetilsyn (1999): Fylkeslegenes felles tilsyn 1998 med helsetjenesten for eldre. Oslo

Statistisk Sentralbyrå (1996): "Framskrivning av folkemengden 1996 – 2050"

Statistisk Sentralbyrå (2000): "Pleie- og omsorgsstatistikk 1998". Serie: Noregs Offisielle Statistikk (NOS C 559)

Strengenhagenutvalget (1994): Kvaliteten i eldreomsorgen. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund, Oslo.

Torsteinson, I.O. (2000): Slik pasienten ser det. Universitetet i Bergen, hovedfagsoppgave ved seksjon for sykepleievitenskap.

Tranøy, KE. (1999): Medisinsk etikk i vår tid. Bergen; Fagbokforlaget.

Travelbee, J. (1971): Interpersonal Aspects of Nursing. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis.

Underlid, K. (1997): Gruppepsykologi. Bergen; Fagbokforlaget.

- Vibe, O.E. (1995): RAI – Resident Assessment Instrument. Rapport, del 1. Utprøving i Norge. Oslo, Diakonhjemmets sykehus.
- Wang, ST., Yu, ML., Wang, CH., Huang, CC. (1999): "Bridging the Gap Between the Pros and Cons in Treating Ordinal Scales as Interval Scales from An Analysis Point of View." in Nursing Research July/August 1999, Vol. 48, No 4, p.226- 229.
- Watson, J. (1979): Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Boston; Little Brown.
- Watson, J. (1988): Nursing: Human science and human care, A theory of nursing. New York; National League for Nursing.
- Wiedenbach, E. (1964): Clinical Nursing: A Helping Art. New York: Springer-Verlag.
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M., Starrin, B. (1996): Patienten værder vården. Stockholm, Vårdförbundet SHSTF, FoU Rapport 45
- Williams, TF. (1996): "Geriatrics: Perspective on Quality of Life and Care for Older People" (s. 803 – 807) i Spilker, B. (ed) (1996): Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Philadelphia; Lippincott- Raven Publ.
- World Health organization (1948): WHO Constitution, Geneve
- World Medical Association Assembly (2000): Helsinkideklarasjonen. Vedtatt av World Medical Association Assembly i Helsinki, Finland, 1964, og revidert i 1975, 1996 og 2000