

Besøk på sykehjem. En kvantitativ studie av sykehjemsbeboeres besøkshyppighet

Joanna Galek, Morten Simonsen, Ellen-Karine Grov og Anne Marie Sandvoll

Joanna Galek, høskulelektor, Høgskulen på Vestlandet (HVL), Joanna.Galek@hvl.no

Morten Simonsen, rådgjevar HVL, Morten.Simonsen@hvl.no

Ellen-Karine Grov, professor, HVL og OsloMet – storbyuniversitetet, Ellen-Karine.Grov@oslomet.no

Anne Marie Sandvoll, førsteamanuensis, HVL, Anne.Marie.Sandvoll@hvl.no

Abstract

Visit at nursing homes. A quantitative study of visit frequencies in nursing homes

Social contact is essential for the well-being of the nursing home residents. Visiting frequency in nursing homes is rarely investigated. The purpose of this study was to map the number of visits for nursing home residents. Nursing students collected data during their nursing home practice. 355 residents were included in this cross-sectional study. We explored the association between visit frequency and age, gender, type of department, activities of daily living (ADL) and length of stay. Data was analyzed using statistical analysis. The average number of visits was 8,8 per month. However, there were differences in visit frequency among the 15 institutions. Residents in the long-term department received fewer visits compared to the dementia and short-term department. Significant correlations between ADL function, gender, length of stay, age and frequency of visits were not found. More research to identify causes for the differences in visit frequency between different institutions is needed.

Keyword/Nøkkelord

nursing homes; visiting; visit frequencies

sykehjem; besøk; besøkshyppighet

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4287>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Referee*

Introduksjon

Antallet personer på 80 år eller eldre vil øke fra rundt fire prosent av befolkningen i 2014, til om lag ti prosent i 2060 (Syse & Pham, 2014). De siste 30 årene er andelen eldre som bor på sykehjem blitt gradvis redusert, men de er mer omsorgstrengende enn før (Gabrielsen, 2013). Sosial kontakt og støtte fra de nærmeste er noen av de viktigste psykososiale tiltakene for beboere på sykehjem, og har betydning for aktiv deltaking i dagliglivet, samt for psykisk og fysisk helse for disse (Dale, Sævareid, Kirkevold, & Söderhamn, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Pårørende får stadig større betydning når en blir syk og trenger helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 15, 2017–2018; Meld. St. 26, 2012–2013; Meld. St. 29, 2012–2013).

Pårørende er en ressurs ikke bare for beboeren, men også for helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Rognstad, Sagbakken og Nåden (2015) viser at pårørende til beboere med demenssykdom ønsker dialog og fortsatt ansvar, men at de i liten grad inkluderes i beboernes liv etter innleggelse i institusjon. Wold, Rosvold og Tønnessen, (2017) viser at stor pårørende-belastning kan gå utover beboeren og redusere muligheten til å ivareta omsorgsgiverrollen. Det ser ut som omsorgsbyrden oppleves likt av kvinner og menn (Wold et al., 2017). Overgang til institusjonell omsorg kan være preget av sterke følelser som skyld, usikkerhet, skam og fortvilelse (Kirkevold, 2014; O'Shea, Weathers, & McCarthy, 2014). Det er viktig for både beboere og pårørende å skape et «privat hjem» på sykehjemmet slik at beboernes personlige vaner kan lede institusjonelle rutiner og støtte meningsfulle aktiviteter (Nakrem, Vinsnes, Harkless, Paulsen, & Seim, 2012; O'Shea et al., 2014).

Rutiner knyttet til besøk på institusjon etableres i stor grad i perioden umiddelbart etter flytting (Parmenter, Cruickshank, & Hussain, 2012). En studie fra USA viser at de fleste omsorgspersoner opprettholder frekvensen på besøk i lengre perioder (Noriko, Aneshensel, & Levy-Storms, 2002). En kartlegging av besøkshyppighet på sykehjem i Australia viser at 73% av pårørende til beboere besøkte sine nærmeste sjeldnere enn en gang i måneden (Parmenter et al., 2012). Ifølge Gaugler (2005) og Parmenter et al. (2012) avtar besøkshyppighet med tiden. Tid, geografisk avstand og problemer med transport ble oppgitt som mest vanlige barrierer for besøk (Parmenter et al., 2012).

Mangel på god sosial støtte kan føre til ensomhet og tidligere død (Drageset, 2014; Drageset, Eide, Kirkevold, & Ranhoff, 2012). Sosial støtte som begrep har flere dimensjoner og inkluderer emosjonell støtte, deltaking i et sosialt felleskap, utveksling av informasjon og praktisk hjelp. Disse faktorene har betydning for helse, livskvalitet, samt opplevelse av trygghet og tilhørighet (Weiss, 1973). Livskvaliteten til personer med demens på sykehjem viser seg å være lavere

sammenliknet med dem som bor i eget hjem, noe som kan være relatert til mindre sosial kontakt og mindre aktivitet (Olsen et al, 2016). Sosial isolasjon kan være en konsekvens eldre erfarer, og sykepleiere bør være involvert i å identifisere sosiale nettverk og sosiale behov blant eldre for å forbygge ensomhet (Dale et al, 2010). Ifølge Dale et al. (2010) hadde beboerne ofte kontakt med flere typer sosiale nettverk, som venner, naboer og religiøse samfunn, i tillegg til nær familie. Større avhengighet i dagliglivet kan muligens bidra til sosial og emosjonell kontakt i stedet for å redusere den (Dale et al, 2010). Kirchhoff, Grøndahl og Andersen (2015) viser også til at de fleste beboere hadde familiære relasjoner til barn og barnebarn (83,3-88,1%), til venner, naboer og bekjente (97,4%). Et mindretall (28,9%) av beboerne hadde kontakt med ulike former for organisert virksomhet. Mange brukte telefon til å holde kontakt med sitt nettverk og noen, særlig de under 67 år, brukte internett (Kirchhoff, et al., 2015).

Daglige aktiviteter knyttet til sosial kontakt blir ofte trukket fram som avgjørende for trivsel blant beboerne på sykehjem (Björk, et al., 2017; Haugland, 2012;). Det å snakke med slektninger og venner, få en klem, samt å prate om ikke-omsorgsrelaterte ting med de ansatte ble trukket fram som avgjørende for trivsel (Björk et al., 2017). Involvering av familiemedlemmer kan være viktig for å opprettholde identiteten til beboere med kognitiv svikt, og pårørende tar ofte på seg en «advokatrolle» for ivaretagelse av beboernes behov (Verbeek, 2017). Det er mange barrierer for pårørendes medvirkning på sykehjem, som rollekonflikter, dårlig kommunikasjon og holdninger (Norheim & Sommerseth, 2014; Verbeek, 2017). Besøkende på sykehjem er ofte tvunget til å innordne seg rutiner på sykehjem, og muligheten for å involvere seg i pleie kan være begrenset og hindrer en følelse av «hjemlighet» (Holmgren, Emami, Eriksson, & Eriksson, 2012; Ruths, 2005).

En australsk studie rapporterte om sykehjemsbeboeres manglende muligheter for å dyrke vennskap. Videre viser studien at beboere på demensenheter opplevde mindre sosial støtte sammenliknet med beboere på andre avdelinger (Casey, Low, Jeon, & Brodaty, 2016). Riktignok viser Bergland og Kirkevold (2008) i sin studie at sosial kontakt med andre beboere ikke er avgjørende for trivsel på sykehjemmet. Sykepleiere er i en unik posisjon når det gjelder å kartlegge, og å sette inn tiltak i forhold til beboerens behov for kontakt med andre. I praksis må sykepleierne være oppmerksomme på og avklare i hvor stor grad beboerne har sosial omgang med familie, venner og med beboere, og deretter tilrettelegge for at ikke bare fysiske behov blir dekket under oppholdet (Foss & Wahl, 2009). Det er behov for endring av personalets holdninger, og mer kunnskap i forhold til pårørendeinvolvering på sykehjem (Norheim & Sommerseth, 2014; O'Shea et al., 2014).

Litteraturgjennomgangen viser flere perspektiver på pårørendes betydning for beboere i sykehjem, mens besøkshyppighet i sykehjem i liten grad er utforsket.

Litteraturen poengterer viktigheten av sosial støtte fra ulike grupper, både fra helsepersonell og fra nærmeste familie og venner. Denne studien har til hensikt å kartlegge antall besøk sykehjemsbeboere får under opphold på sykehjem, og utforske ulike sammenhenger mellom besøkshyppighet og alder, kjønn, type avdeling, ADL-funksjon samt lengden på oppholdet.

Følgende forskningsspørsmål er stilt:

Hva er besøksfrekvensen for beboerne ved ulike sykehjemsavdelinger?

Hvilken sammenheng er det mellom besøkshyppighet og kjønn, type avdeling og lengde på opphold og beboernes ADL-funksjon?

Prosjekt - ADL-kartlegging av beboere i sykehjem

Dataene denne artikkelen baserer seg på, ble registrert i forbindelse med et forskningsprosjekt som involverer sykepleiestudenter som medforskere (Sandvoll et al., 2018). Vi utviklet et prosjekt der vi koblet forskning til studentenes praksisperiode i sykehjem. Mange eldre har store og sammensatte behov, og sykehjemmene har ansvar for å kartlegge og legge til rette hverdagen i forhold til den enkelte sitt funksjonsnivå (Dahl & Grov, 2014). Materialet til de fleste studier om Eldres helse bygger på selvrapporing, og de eldste og sykeste deltar sjelden i disse. Det er derfor behov for studier som bygger på like mål og målemetoder, og kan sammenligne grupper over tid (Langballe & Strand, 2015). Vi ønsket derfor å kartlegge ADL-status hos beboere i sykehjem i fylket, og videre avklare om denne endrer seg over tid. Videre ønsket vi å se om det var noen sammenheng mellom ADL-status og Body Mass Index (BMI), samt deltakelse i aktiviteter. Vi kartla også sammenhengen mellom ADL-status og besøkshyppighet, oppholdslengde og type avdeling, som er fokus for denne artikkelen.

Metode

Design

Denne tverrsnittstudien anvender kvantitative data. Tverrsnittstudier brukes mest når en skal beskrive forekomst av et fenomen; her besøk i en bestemt tidsperiode, men designet kan ikke si noe om årsakssammenhengen (Laake, Olsen, & Benestad, 2008).

Innsamling av data

Datasamling ble utført av første års sykepleiestudenter under deres praksis på sykehjem i løpet av oktober 2016 og mai 2017. Studentene fylte ut ADL-skjemaet Barthel indeks (Aldring og Helse, 2008) på bakgrunn av observasjon av beboerne. I tillegg registrerte studentene variablene: alder, kjønn, inntakstidspunkt, type avdeling, og antall besøk i snitt per måned. Antall besøk ble kartlagt ved hjelp av korte intervju med beboeren, observasjon og i noen tilfeller intervju

med personalet. Elektronisk journalsystem ble også brukt som informasjonskilde. Kartleggingen ble gjort under veiledning av kontaktsykepleiere og lærere for å sikre kvalitet på innsamlet data. Før praksis ble det gitt opplæring til alle studentene i innsamling av data. Hver student samlet data om tre til fem beboere. Data ble framstilt og levert inn i form av et Excel-dokument. En ansvarlig forsker samlet videre alle Excel-dokumentene til en datafil.

Utvalg

Studien inkluderte alle beboere over 65 år boende på sykehjem som høgskolen benytter som praksisplasser. Beboerne under 65 år og personer i palliativ fase ble ekskludert fra studien. Utvalget består av i alt 355 beboere (tabell 1) på sykehjem som en utdanningsinstitusjon bruker som praksisplass for sykepleierstudenter på første året. Til sammen 17 sykehjem er inkludert i studien, som omfatter 15 kommuner. Fem av sykehjemmene i studien ligger i byområder, resten i små kommuner. Disse er tilfeldig valgt og vi kan derfor se på disse som et representativt utvalg for sykehjem i fylket. De fleste av beboerne i vårt utvalg hadde plass på langtidsavdeling, 14,1% på korttids- eller rehabilitering- og 24,5% på demensavdeling.

Tabell 1. Respondenter

	Antall respondenter og kjønn	Gjennomsnittlig alder (år)
Kvinner	249	87,6
Menn	106	84,6
Totalt	355	86,7

Analyse

Vi overførte aidentifiserte data til SAS (Statistical Analysis System) for nærmere statistisk analyse. Det ble foretatt signifikanstester og frekvensanalyser. Siden den avhengige variabelen er antall besøk per måned ble det formulert en modell som ble analysert med Generalized Linear Model (GLM). Dette er en analyseform som forutsetter at den avhengige variabelen har en Poissonfordeling. Variabler som beskriver antall ganger et fenomen inntreffer, i vårt tilfelle altså besøk, har en slik fordeling. Tabell 2 presenterer uavhengige variabler brukt i modellen.

Tabell 2. Uavhengige variabler

Variabelnavn	Beskrivelse
ADL-score	ADL-score for beboer
Kjønn	Dummy variabel for beboers kjønn (1=Mann)
Alder	Alder på beboer
Lengde på opphold	Antall år beboer har tilbrakt på institusjon
Korttidsavdeling	Dummy for avdelingstype korttids/rehabilitering
Langtidsavdeling	Dummy for langtidsavdeling

I tillegg representerer konstantleddet i modellen kvinner på demens-avdeling. Dette er gruppen som har verdien 0 på alle dummy-variablene i tabellen ovenfor. Vi har tre avdelinger, altså har vi dummy-variabler for to av dem. Konstantleddet er gjennomsnittlig besøkshyppighet for kvinner på demens-avdeling for en gitt alder, ADL-score og lengde på opphold.

Vi kjørte først en Poisson-regresjonsanalyse siden vi har antall besøk som avhengig variabel. Denne type analyse brukes gjerne når avhengig variabel er begivenheter som fordeler seg tilfeldig over tid (Aalen et al., 2006). Analysen viser at vi har over-dispersjon, det vil si for stor varians relativt til gjennomsnittet. Vi har derfor kjørt en negativ-binomial regresjonsanalyse.

Etiske hensyn

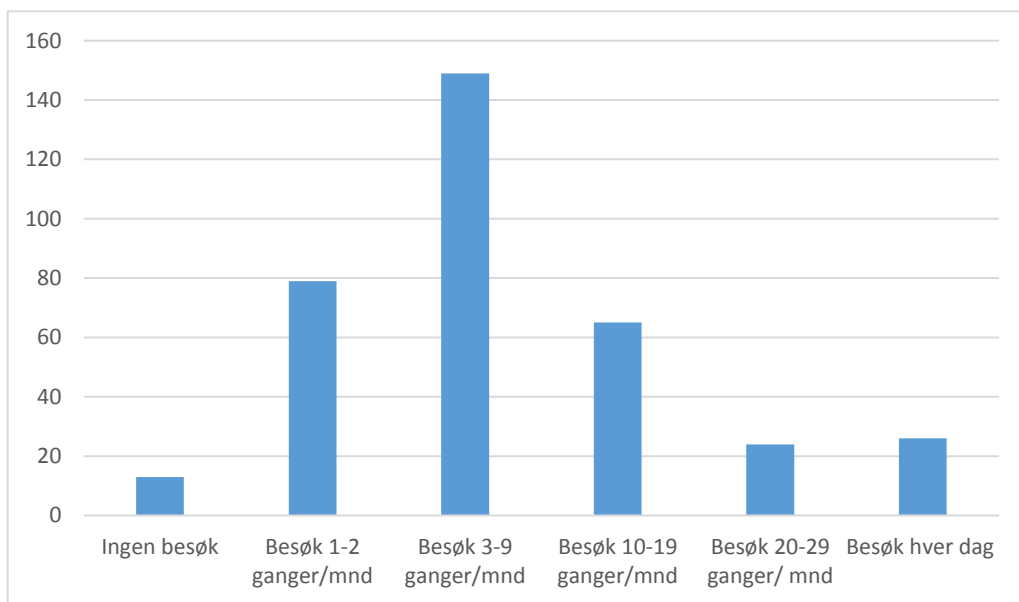
Studien ble søkt godkjenning hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i oktober 2015. REK vurderte det slik at studien falt utenfor helseforskningsloven, og derfor ikke trengte behandling hos REK. Studien ble derfor meldt Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og har godkjenningsnummer 46303. Informert samtykke ble hentet fra alle beboerne før kartlegging, og de ble informert om at de kunne trekke seg fra studien underveis. Alle personidentifiserende data ble aidentifisert før analyse og publisering, og kodenøkkel er oppbevart i et låsbart skap inntil prosjektslutt (Polit & Beck, 2008; WMA Declaration of Helsinki, 2008).

Resultat

I gjennomsnitt mottar hver beboer 8,8 besøk per måned, altså besøk om lag hver tredje eller fjerde dag. Figur 1 viser fordeling av antall besøk per måned. Halvparten av beboerne i studien hadde besøk fem ganger eller færre i løpet av

en måned, altså så vidt ett besøk i uka. En tredjedel av beboerne hadde tre besøk eller færre i løpet av en måned. De 10% av beboerne som får mest besøk, får 22 besøk eller mer per måned. De 10% som får minst besøk får ett eller færre enn ett besøk per måned. Antall besøk per måned er ikke normalfordelt. Gjennomsnittet er 8,8, mens median er 5 besøk per måned. Det betyr at det er noen som har veldig mange besøk, mens de fleste har betydelig færre. En beboer får besøk 65 ganger i måneden. Det er ikke korrigert for denne observasjonen, den er med i den videre analysen. Datasamling ble gjennomført i to omganger. Gjennomsnittlig besøkshyppighet på våren var 9,7 mens på høsten var antallet 8,5.

Figur 1. Antall besøk



Menn har 1,12 høyere besøksrate enn kvinner. Dette svarer til at antall besøk øker med 12% om vi bytter ut en kvinne med en mann med samme alder, ADL-skår og lengde på opphold. Det er flere kvinner på langtidsavdelinger, og de er eldre. Men effekten av kjønn er ikke signifikant. Det betyr at om vi sammenlikner kvinner som er like gamle som menn på samme avdeling med samme ADL-skår og lengde på oppholdet, så sier modellen at vi ikke forventer forskjell i antall besøk. Resultat fra den negative-binomiale regresjonsanalysen vises i tabell 3.

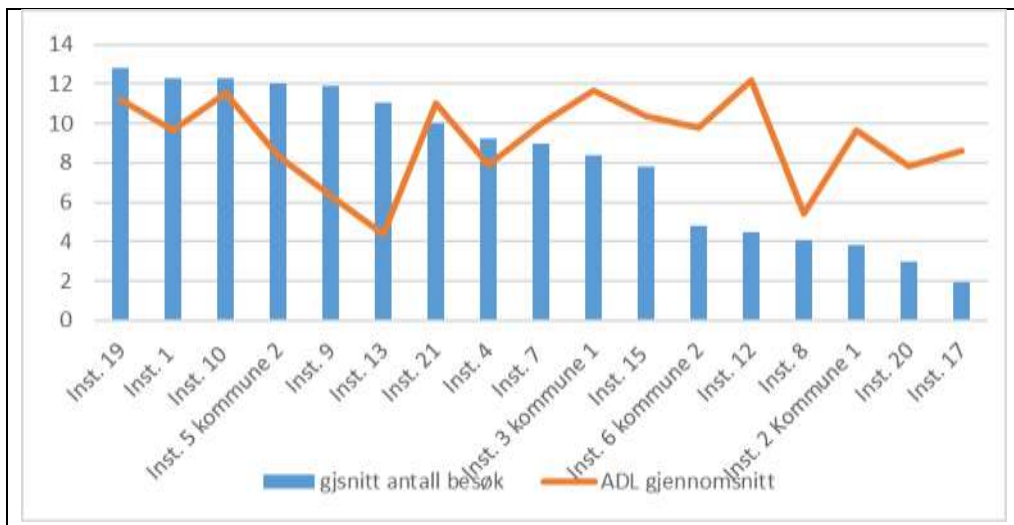
Tabell 3. Resultat fra den negative-binomiale regresjonsanalysen

Parameter	Estimat	Standard feil	Wald 95% grenser for konfidensintervall		Wald Kji-kvadrat	Pr > Kji-kvadrat
Konstantledd	3.5085	0.6359	2.2622	4.7549	30.44	<.0001
ADL-score	-0.0032	0.0107	-0.0243	0.0178	0.09	0.7637
Kjønn (1=Mann)	0.1112	0.1122	-0.1087	0.3311	0.98	0.3216
Alder	-0.0127	0.0075	-0.0274	0.002	2.87	0.0904
Lengde på opphold	-0.0281	0.0188	-0.0649	0.0087	2.24	0.1346
Korttids-/rehabiliteringsavdeling	-0.1173	0.1696	-0.4497	0.2152	0.48	0.4894
Langtidsavdeling	-0.3012	0.1321	-0.56	-0.0424	5.2	0.0225
Dispersion	0.7863	0.0663	0.6665	0.9277		

N=353, Pearson kji-kvadrat kriterium for god modell-tilpasning: frihetsgrader=346, $\chi^2=391.9$, χ^2 /frihetsgrader=1.13

Gjennomsnittlig alder på beboerne i prosjektet (n=355), var 87 år. Beboere på langtidsavdelinger er i gjennomsnitt 4 år eldre enn beboerne på andre avdelinger. Økende alder reduserer hyppighet av besøk, men denne effekten er ikke signifikant. Vi sammenlikner beboere med samme alder, kjønn, type avdeling og lengde på opphold, men med ulik ADL-skår. Da får vi fram den selvstendige effekten av ADL som ikke skyldes samvariasjon med alder. Effekten av en økning i ADL-skår er negativ, men effekten er ikke signifikant. Lengde på opphold har også en negativ effekt på antall besøk pr måned, men denne effekten er heller ikke signifikant.

Figur 2. Antall besøk og ADL-funksjon fordelt på institusjoner



Det er store forskjeller i besøkshyppighet mellom de ulike institusjonene i studien (tabell 4 og figur 2). Besøkshyppigheten til beboere innlagt i ulike institusjoner kan variere fra to besøk til nesten tretten besøk per måned. Vi finner slike forskjeller også mellom institusjoner i samme kommune (figur 2). Beboere på institusjon 2 og 3 i en kommune får henholdsvis 3,8 og 8,4 besøk per måned. Tilsvarende i en annen kommune; på institusjon 5 og 6 får beboere 12 og 4,8 besøk per måned. Institusjon 5 og 6 har bare langtidsavdeling med i kartlegging. Institusjon 1 ligger langt fra sentrum, mens de tre andre ligger sentralt i forhold til andre fasiliteter i kommunen.

Tabell 4. Gjennomsnittlig besøk per måned per avdeling og institusjon

	Avdelingstype			Total
	Korttids-/rehab.avd.	Langtidsavd.	Demensavd.	
Inst. nr	Snitt	Snitt	Snitt	Snitt
1	16.6	10.5		11.4
2	3.8	3.8		3.8
3		15	8.1	8.4
4		9.3		9.3
5		12		12
6		4.8		4.8
7	4	5.8	14.8	9

8		4.1		4.1
9		6.1	23.5	11.9
10	11.3	13.7	13	12.3
12	8	4.3		4.5
13		11.1		11.1
15		5.2	10.6	7.8
17		2		2
19		12.5	13	12.8
20		1.5	4	3
21			10	10
Total	10.3	7.6	11	8.8

Vi finner en signifikant effekt av avdelingstype. Beboere innlagt på langtidsavdeling mottar færrest besøk sammenliknet med demens- og korttidsavdeling. Beboerne på langtidsavdelingen har en besøksrate som ligger 0,74 eller 26% lavere enn beboere på demens-avdelingen, som er konstantleddet i modellen. Det tilsvarer for eksempel en forskjell på 12 og 9 besøk i måneden. Det er mindre forskjeller mellom de andre avdelingene. Siden beboerne på langtidsavdeling er eldre, er effekten av alder knyttet til avdelingstype. Sammenlikner vi beboerne med lik alder, men på ulike avdelinger er det avdelingstype og ikke alder som har betydning.

Diskusjon

Med gjennomsnittlig 8,8 besøk per måned antas at en sykehjemsbeboer får kontakt med sine nærmeste, venner eller pårørende omtrent to dager hver uke. Gjennomsnittlig besøkshyppighet på våren var 9,7 mens den var 8,5 på høsten. Dette kan muligens skyldes bedre vær- og føreforhold om våren, i tillegg til at fridager i mai kan ha hatt betydning for besøkshyppighet og datainnsamling. Vi har ikke funnet studier som kan sammenliknes med våre funn. I en studie fra Australia (Parmenter et al., 2012) kom det fram at 73% av de spurte pårørende besøkte sine nærmeste sjeldnere enn månedlig, noe som muligens tilsvarer lavere besøkshyppighet enn det som er funnet i vår studie. Behovet for å samhandle med andre for å føle trygghet og nærhet og for å ikke føle seg ensom (Drageset, 2014; Weiss, 1973), vil medføre at personalet og medbeboere ved sykehjemmet står for størstedelen av den sosiale kontakten et menneske har behov for daglig. Siden kontakt med medbeboerne ikke er avgjørende for trivsel (Holmgren et al., 2012), søker eldre praktisk hjelp fra personalet, nettopp for å få oppmerksomhet og sosial støtte (Björk et al., 2017; Dale et al., 2010).

Spørsmålet er hvordan en skal tilfredsstille beboernes behov når det er stadig mer begrensede ressurser (Kleiven, Kyte, & Kvigne, 2016; Norheim & Sommerseth, 2014; Tønnessen & Kassah, 2017), og andelen eldre og mer pleietrengende beboere på institusjoner øker (Gabrielsen, 2013; Syse & Pham, 2014). Regjeringen foreslår å løse disse utfordringene ved å lete fram, mobilisere og ta i bruk samfunnets samlede omsorgsressurser på nye måter (Meld. St. 29, 2012-2013). Den nylig utgitte veilederen om pårørende retter fokus på belastning og negative konsekvenser hos omsorgsgivere, samt behovet for involvering og støtte til pårørende i hele helse- og omsorgstjenesten. Ifølge veilederen er pårørende en ressurs ikke bare for beboere, men også for helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Også Stortingsmelding 15 (2017–2018) «Leve livet» retter fokus på aktivitet, felleskap, pårørende og frivillige. Meldingen kommer med konkrete tiltak som skal løfte kvaliteten på tjenestene til eldre. Våre funn underbygger behov for et slikt kvalitetsløft.

Relasjoner er ifølge Weiss (1973) av stor betydning. Vi har ikke kartlagt og karakterisert relasjonene beboeren har til besøkende. Det er ikke alltid bare pårørende eller venner som kommer på besøk. Vi kjenner til at mange kommuner bruker frivillige som for eksempel besøkstjeneste. Besøkstjeneste vil muligens få en mer aktuell rolle i å dekke behov for sosial kontakt blant beboere som enten ikke har familie, eller av andre grunner ikke har sosialt nettverk. Erfaringene med frivillige arbeid fra Danmark viser seg å forbedre hverdagen for beboere på pleieinstitusjoner (Nielsen, 2013).

Tidligere studier har vist at mange bruker telefon, og noen under 67 år bruker internett til å holde kontakt med sitt nettverk (Kirchhoff et al., 2015). Telefoni og internett blir etter hvert et vanlig redskap til å opprettholde nettverksforbindelser og familieforhold selv om en innlagt på et sykehjem. Denne type kontakt er ikke kartlagt i vår studie.

Tall fra Kostra og SSB viser at i 2016 var det omtrent 1040 beboere over 67 år på institusjoner i et fylke på Vestlandet (Statistisk sentralbyrå, 2018). I vår studie ble det inkludert 355 eldre over 65 år boende på institusjon i samme fylket. Det er flere kvinner enn menn inkludert i studien, noe som kan gjenspeile populasjon. Ifølge Gabrielsen (2013) er vel 70 % av institusjonsbeboere kvinner. Litteraturen viser at kvinner yter mer uformell omsorg enn menn, noe som kan ha sitt utspring i sosiale normer rundt familie og kjønn (Hansen, Jakobsson, & Slagsvold, 2017). Omsorgsbyrden derimot oppleves likt av både kvinner og menn (Wold et al., 2017). En kunne derfor forvente at menn fikk oftere besøk, noe vi ikke finner støtte for i vårt datamateriale. Dette kan muligens ha sammenheng med at gjennomsnittlig alder på kvinnelige beboere i vår studie er noe høyere enn menn, og vi vet at økende alder kan ha negativ effekt på besøkshyppigheten, selv om denne effekten heller ikke er signifikant. Ved analysen som inkluderte avdelingstype forsvant effekten av kjønn, muligens fordi beboere på langtids-

avdelinger får signifikant færre besøk. Vi fant ingen signifikante effekter på besøkshyppighet av ADL-funksjon. Grunn til det kan være at vi har for få respondenter og for lite variasjon i variabelen. Erfaringene viser at ADL varierer med alder, økende alder gir lavere ADL-skår og mer behov for hjelp.

Når behovet for hjelp hos gamle foreldre øker, er det også behov for mer innsats fra voksne barn. Denne hjelpen er likevel ofte sporadisk og har praktisk karakter. Pleieoppgaver overlater en til det offentlige apparatet (Nergård, 2015). Vi fant ut at økende alder gir færre besøk per måned, men denne effekten er ikke signifikant. Disse resultatene samsvarer ikke helt med funnene fra studiene til Gaugler (2005) og Parmenter et al. (2012), noe som muligens kan forklares med ulik metodologisk tilnærming i studiene. At eldre beboere får færre besøk kan ha sammenheng med at aldrende ektefelle eller barn overlater all omsorg for sin nærmeste til det offentlige, og ikke lenger klarer å opprettholde kontakt med beboeren. Aldrende pårørende kan også ha problem med transport slik Parmenter et al. (2012) hevder. Sykehjemsbeboerne har ofte høy alder, er skrøpelige og trenger mye behandling og hjelp til grunnleggende behov (Kojima, 2015). Et slikt sykdomsbilde kan bety at beboerne har bodd hjemme lenge før de flyttet inn på sykehjem grunnet større behov for medisinsk hjelp. Vi vet at stor omsorgsbyrde over tid kan gi dårlig psykisk og fysisk helse hos omsorgsgivere (Grosv & Eklund, 2008; Wold et al., 2017). Naturlig avgang av medlemmer i familienettverk, utslitte pårørende, og at eldre pårørende ikke har førerkort, kan muligens føre til at beboerne på sykehjem ikke får så mye besøk. Spesielt geografiske avstander kan ha betydning der sykehjem ikke har beliggenhet i gåavstand til kollektivtransport, noe som kan være tilfelle i en av kommunene i vår studie. Ved institusjonen som ligger langt fra sentrum får beboerne færre besøk (3,8) enn ved den andre institusjon som ligger i sentrum, hvor beboerne får mer enn dobbelt så mange besøk (8,4).

Våre funn viser at det er stor variasjon i besøkshyppighet på forskjellige institusjoner og avdelingstyper. Besøkshyppighet varierer fra 12,8 besøk per måned per beboer til 3 besøk per måned per beboer. Det kan tolkes som om at noen av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene har forbedringspotensial på området. Ifølge Norheim og Sommerseth (2014) er det behov for endring av personalets holdninger og behov for mer kunnskap i forhold til pårørendes involvering på sykehjem. Hver enkelt institusjon må jobbe for å skape rom og kultur for pårørendes involvering, slik det er anbefalt i offentlige dokumenter (Meld. St. 26, 2012-2013; Meld. St. 29, 2012-2013; Helsedirektoratet, 2017). Det er også behov for mer forskning på området, eksempelvis hvilken relasjonell tilknytting besøkende har til beboeren.

Hovedfunn i denne studien, er at beboere innlagt på langtidsavdeling får 7,6 besøk per måned i snitt. Beboere på demens- og korttidsavdelinger får oftere besøk enn langtidsavdeling-beboerne. Dette samsvarer ikke med funn fra en

studie hvor beboere boende på demensenheter opplevde mindre sosial støtte sammenliknet med beboere på andre avdelinger (Casey et al., 2016). Rognstad et al. (2015) viser at pårørende til beboere med demenssykdom i liten grad inkluderes i beboernes liv etter innleggelse i institusjon. Studien viser også at pårørende savner mer dialog og vil fortsette å ta ansvar (Rognstad et al., 2015). Våre funn kan tolkes som at pårørende til beboere innlagt på demensavdeling er bedre inkludert i beboerens liv enn på langtidsavdeling. En forklaring til funnet fra vår studie om færre besøk på langtidsavdelingene, er basert på egne erfaringer om at demensavdelingene er flinkere å tilrettelegge for pårørendeinvolvering, og ikke så rutinepreget som andre typer avdelinger. Litteraturen viser at ansatte ved skjermede avdelinger har mer fokus på individuelle behov og personsentrert tilrettelegging (Ruths, 2005; Thorvik, Helleberg, & Hauge, 2014). Beboerne på demensavdelingene er gjennomsnittlig yngre (84 år) sammenliknet med langtidsavdelingen (88 år), noe som kan ha en virkning på familiebandene og tilgjengelige nettverk. Begrenset sosial kontakt og mindre aktivitet (Olsen et al., 2016) er årsaken til at personer med demens trives dårligere på sykehjem enn hjemme. Basert på kunnskapen generert fra vår studie, er det viktig å rette fokus på rutiner knyttet til beboernes psykososiale behov på sykehjem, særlig på langtidsavdelingene. Utviklingen i samfunnet og overføring av ansvaret for eldre og syke til kommunale helse- og omsorgstjenester, kan føre til at familiebandene blir svekket. Erfaringene viser at sykehjem har fått en mer behandlende funksjon de siste fem årene, noe som også kan ha betydning for ivaretagning av besøkende.

Funnene om besøksfrekvensen hos personer som bor i langtidsavdeling, viser behov for videre forskning på området. Videre studier bør undersøke frivilliges bidrag som besøksvenner ved langtidsavdelinger i sykehjem, og muligheter for bruk av internett og telefon til sosiale formål. Det er også viktig å kartlegge hvem som stiller som besøkende på sykehjem, deres relasjon til beboeren og deres kjønn og alder samt motivasjon til å komme på besøk. Videre er det nødvendig med oppfølgingsstudier for å følge utviklingen av besøkshyppighet og besøkende til beboerne som bor på sykehjem. Vår studie impliserer behov for ytterligere kartlegging av årsaker til forskjeller i besøkshyppigheten mellom ulike institusjoner og avdelingstyper.

Studiens styrker og begrensninger

I vår studie ble det inkludert 355 eldre boende på sykehjem, noe som kan gi grunnlag for generalisering. Dette er, så vidt vi har kunnet fremskaffe kunnskap om, den første norske studien som kartlegger besøk hos personer som bor på sykehjem. En svakhet med studien er at vi ikke har undersøkt nærmere hvem beboerne får besøk av, om de har kontakt med sine nettverk på telefon, og om de er fornøyd med situasjon eller savner mer besøk. Vi har heller ikke kartlagt beboernes kognitive funksjon, noe som muligens kan ha en betydning for å opprettholde kontakt med familie og venner.

Registrering av data har vært foretatt av flere personer. Dette øker sjansen for at registrering blir gjort på ulike måter. Problemet kan bli forsterket av måleenheten på variabler, som antall besøk og alder. Når det gjelder antall besøk har noen brukt desimaltall, mens andre har brukt hele tall. Vi finner samme problemet for variabelen «antall år siden innlegging», hvor noen har registrert hele år, og andre deler av året. I analysene har vi omgjort alle verdier til hele tall. Ulik registrering kan føre til større varians for disse variablene noe som kan bidra til over-dispersjon. Problemene som er nevnt, bør ikke overskygge de positive effektene av å inkludere studenter i datainnsamlingen og forskningen.

Konklusjon

Det er flere faktorer som kan ha betydning for å opprettholde kontakt med familie og venner etter at en beboer har flyttet på sykehjem. Studien viser at besøkshyppigheten varierer mye fra sykehjem til sykehjem. Beboere på langtidsavdeling mottar færre besøk enn dem som er på korttids- eller demensavdeling. Beboerne på langtidsavdelingene er gjennomsnittlig fire år eldre enn beboerne på de andre avdelingene. Økende alder på beboerne kan ha betydning for besøkshyppighet, men denne effekten er ikke signifikant. Vi har i tillegg undersøkt sammenhenger mellom kjønn, ADL-funksjon og lengde på opphold med besøkshyppighet. Våre data gir ikke grunnlag for å kunne hevde slike sammenhenger fordi effektene vi finner gjennom statistiske tester ikke er signifikante. Våre funn peker på at noen av beboerne på sykehjem får lite besøk, noe som kan være utfordrende for kommunale pleie- og omsorgstjenester. Lite besøk kan medføre at ansatte må kompensere for manglende dekking av sosiale behov for å forebygge ensomhet blant sykehjemsbeboerne. Det er behov for mer forskning for å kartlegge årsaker til forskjellene mellom ulike avdelingstyper og institusjoner.

Litteratur

- Aalen, O. O., Veierød, M. B., Frigessi, A., Moger, T. A., Scheel, I., & Skovlund, E. (2006). *Statistiske metoder i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aldring og Helse. (2008). Barthels ADL-indeks. Norsk versjon 2008.
- Björk, S., Lindkvist, M., Wimo, A., Juthberg, C., Bergland, Å., & Edvardsson, D. (2017). Residents' engagement in everyday activities and its association with thriving in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8):1884-1895 <https://doi.org/10.1111/jan.13275>
- Casey, A.-N. S., Low, L.-F., Jeon, Y.-H., & Brodaty, H. (2016). Residents Perceptions of Friendship and Positive Social Networks Within a Nursing Home. *The Gerontologist*, 56(5):855-867. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv146>

- Dahl, A. A., & Grov, E. K. (2014). *Komorbiditet i somatikk og psykiatri. Forståelse, betydning og konsekvenser*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Dale, B., Sævareid, H., Kirkevold, M., & Söderhamn, O. (2010). Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24(3):523-532. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00744.x>
- Drageset, J. (2014). Sosial støtte - et salutogent begrep og forskningsfelt. I G. Haugan, & T. Rannestad, *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. p. 76-84.
- Drageset, J., Eide, G. E., Kirkevold, M., & Ranhoff, A. H. (2012). Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*. 22(1-2):106-114. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04209.x>
- Foss, B., & Wahl, A. K. (2009). Pasienters behov viktigere enn rutiner. *Sykepleien*. 90(18):35-39. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0050>
- Gabrielsen, B. (2013). Færre eldre bor i sykehjem. I J. Ramm (red), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/125965?ts=13f8b5b6898>
- Gaugler, J. E. (2005). Family Involvement in Residential Long-Term Care: A Synthesis and Critical Review. *Aging Ment Health*. 9(2):105–118. <https://doi.org/10.1080/13607860412331310245>
- Grov, E., & Eklund, M. (2008). Reactions of primary caregivers of frail older people and people with cancer in the palliative phase living at home. *Journal of Advanced Nursing*. 63(6):576–585. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04736.x>
- Hansen, T., Jakobsson, N., & Slagsvold, B. (2017). Tildeling av tjenester til skrøpelige eldre. I S. Tønnessen, & B. Kassah, *Pårørende i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk. p. 79-96.
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugland, B. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien Forskning*. 7(1):42-49. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0030>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Helsedirektoratet. (2017). Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten IS-2587. <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/P%C3%A5r%C3%B8rendev%20veileder.pdf>

- Holmgren, J., Emami, A., Eriksson, L. E., & Eriksson, H. (2012). Being perceived as a 'visitor' in the nursing staff's working arena--the involvement of relatives in daily caring activities in nursing homes in an urban community in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27(3):677-85 <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01077.x>
- Kirchhoff, J. W., Grøndahl, V., & Andersen, K. (2015). Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. *Nordisk sygeplejeforskning*. 5(3):266-282.
- Kirkevold, M. (2014). Samarbeid med pasient og pårørende. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk. p. 145-161
- Kleiven, O. T., Kyte, L., & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk sygeplejeforskning*. 6(04): 311-326. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-03>
- Kojima, G. (2015). Prevalence of Frailty in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(11): 940-5. [doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.025](http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.025)
- Laake, P., Olsen, B., & Benestad, H. (2008). *Forskning i medisin og biofag*. Gyldendal Akademisk.
- Langballe, E. M., & Strand, B. H. (2015). Vil fremtidens eldre være friskere? *Tidsskr Nor Legeforen*. 135: 113-4. [doi: 10.4045/tidsskr.14.1598](https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1598)
- Meld. St. 15. (2017–2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 26. (2012-2013). *Fremtidens primærhelsetjeneste. Nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 29. (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nakrem, S., Vinsnes, A., Harkless, G., Paulsen, B., & Seim, A. (2012). Ambiguities: residents' experience of 'nursing home as my home'. *International Journal of Older People Nursing*. 8: 216-225. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00320.x>
- Nergård, T. (2015). Plikt eller kjærlighet? Om voksne barns hjelp til aldrende foreldre. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 1(02): 108-118.
- Nielsen, K. (2013). Frivilligt arbejde på plejehjem. FOA – Fag og Arbejde.
- Norheim, A., & Sommerseth, R. (2014). Forutsetninger for pårørendeinvolvering i sykehjemstjenesten. *Vård i Norden*. 34(3):9-13. [doi: 10.1177/010740831403400303](https://doi.org/10.1177/010740831403400303)
- Noriko, Y.-M., Aneshensel, C. S., & Levy-Storms, L. (2002). Patterns of Family Visiting With Institutionalized Elders: The Case of Dementia. *Journal of Gerontology: Social sciences*. 57B(.4):234–246.
- O'Shea, F., Weathers, E., & McCarthy, G. (2014). Family care experiences in nursing home facilities. *Nursing older people*. 26 (2): 26-31.
- Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M., Joranson, N., Calogiuri, G., & Ihlebæk, C. (2016). Differences in quality of life in

- home-dwelling persons and nursing home residents with dementia – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 16(1):137.
<https://doi.org/10.1186/s12877-016-0312-4>
- Parmenter, G., Cruickshank, M., & Hussain, R. (2012). The social lives of rural Australian nursing home residents. *Aging and Society*. 32(2):329-353.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X11000304>
- Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwe. Lippincott, Williams & Wilkins.
- Rognstad, M.-K., Sagbakken, M., & Nåden, D. (2015). Pårørendes rolle som ressurs og samarbeidspartner: En studie med fokus på pårørende til pasienter med demenssykdom i sykehjem. *Nordic Journal of Nursing Research*. 35(1): 57-64. <https://doi.org/10.1177/0107408314560478>
- Ruths, S. (2005). Nyttverdien av skjermede enheter for demente. *Tidsskr Nor Lægeforen* 125: 1191-4
- Sandvoll, A. M., Kleiven, O. T., Grov, E. K., Solenova, L., Hjertenes, A.-M., Søreide, H., Galek, J., Zablotna, D.T, Dale, M. J. (2018). *Korleis gå fram for å involvere bachelorstudentar i forskning? Sjukepleiestudentar som medforskarar i sjukeheim*. Høgskulen på Vestlandet
<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2478639/Notat%20Sandvoll%20med%20fleire%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sandvoll, A. M., Kristoffersen, K., Grov, E. K., & Hauge, S. (2015). When care situations evoke difficult emotions inn nursing staff members: an ethnographic study in two Norwegian nursing homes. *BMC Nursing*. 14(1): 40. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0093-7>
- Slettebø, Å. (2008). Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård i Norden*. 28(1):22-25. <https://doi.org/10.1177/010740830802800106>
- Statistisk sentralbyrå. (2018). www.ssb.no.
<https://www.ssb.no/statbank/table/04905/tableViewLayout1/?rxid=cdf00698-718e-4736-9359-6c6d844c77fd>
- Syse, A., & Pham, D. (2014). Befolkningsframskrivinger 2014-2100: Dødelighet og levealder. *Statistisk sentralbyrå. Økonomiske analyser*.
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/194976?ts=1483a29e810>
- Thorvik, K. E., Helleberg, K., & Hauge, S. (2014). Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien forskning*. 9(3):236-242. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0140>
- Tønnessen, S., & Kassah, B. (2017). Pårørende til pasienter og brukere i kommunale helse- og omsorgstjenester. I S. Tønnessen, & B. Kassah, *Pårørende i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk. p. 16-24.
- Verbeek, H. (2017). Inclusion and Support of Family Members in Nursing Homes. I: S. Schüssler & C. Lohrmann. *Dementia in Nursig Homes*. Cham: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49832-4_6
- Weiss, R. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Massachusetts: The Massachusetts Institute of Technology.

- WMA Declaration of Helsinki. (2008). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.
- Wold, K., Rosvold, E., & Tønnessen, S. (2017). "Jeg må bare holde ut...". I S. Tønnessen, & B. Kassah, *Pårørende i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk. p. 52-78.