

Marit Strandquist og Toril Sund

**Struktur og kompetanse
i sykehjem**

STOKKEPROSJEKTET

STOKKE



KOMMUNE

HØGSKOLEN



I VESTFOLD

Rapport 4/2004

Tønsberg: Høgskolen i Vestfold, 2004

Rapport 4/2004

Rapport 4 / 2004 Høgskolen i Vestfold

Copyright: Høgskolen i Vestfold/ Marit Strandquist og Toril Sund

ISBN: 82-7860-119-4

FORORD

Prosjektet ”Struktur og kompetanse i sykehjem” er ett av flere delprosjekter i Stokkeprosjektet. Delprosjektet ble ledet av gruppesykepleier Toril Sund. Rapporten er skrevet i samarbeid mellom Toril Sund og prosjektleder Marit Strandquist.

STOKKEPROSJEKTET

Gjennom 9-kommunesamarbeidet i Vestfold vokste idéen om et samarbeid mellom Høgskolen i Vestfold og Stokke kommune frem. Stokkeprosjektet ble igangsatt august 2002 og avsluttes august 2005. Samarbeidsavtale ble inngått 04.12.02. Samarbeidet ble forankret i Virksomhet for pleie, omsorg og rehabilitering i kommunen og Avdeling for Helsefag ved høgskolen.

Visjon: Gode helsetjenester i lærende samarbeid

Overordnede mål er tjenesteutvikling innen helsesektoren i Stokke kommune og kompetanseutvikling i kommunen og ved Avdeling for Helsefag. Stokkeprosjektet iverksetter ulike delprosjekter for å bidra til dette. Det gripes tak i problemstillinger og idéer som utøvere og brukere selv vektlegger som viktig å forbedre, endre eller nyskape. Dette holdes opp mot overordnede planer og nyere dokumentert kunnskap. Der interessene møtes utformes prosjekter. Det søkes eksternt finansiering av prosjektene.

Prosjektleder for Stokkeprosjektet er Marit Strandquist. Prosjektleder er ansatt i Stokke kommune og leder Stokkeprosjektet faglig og administrativt.

Høgskolelektorer i Stokkeprosjektet er Torbjørg Fermann og Signe Vallumrød. Lektorene er ansatt ved høgskolen og har hovedansvar for studenter i kliniske studier i kommunen, deltar i delprosjekter og har særskilt ansvar for utvikling av læringsarena og kompetanse.

Prosjektteamet består av delprosjektledere sammen med prosjektleder. Teamet ivaretar daglig drift og koordinering av prosjektene.

Styringsgruppen har hovedansvar for at Stokkeprosjektet med delprosjekter når målene og for evaluering. Styringsgruppens medlemmer:

| | | |
|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| Leder av Styringsgruppen: | kommunelege Erik Tholin | (01.08.02 – 01.12.02) |
| | virksomhetsleder Kari Rasmussen | (02.12.02 – fortsatt) |
| Medlem fra Stokke kommune: | ordfører Per-Eivind Johansen | (01.08.02 – 15.10.03) |
| | ordfører Nils Ingar Aabol | (16.10.03 – fortsatt) |
| Medlem fra Stokke kommune: | hovedtillitsvalgt Erna Kvernberg | (01.08.02 – fortsatt) |
| Medlem fra HVE, Avd. HE: | dekan Solveig Osland Sandvik | (01.08.02 – 31.07.03) |
| | dekan Inger Johanne Kraver | (01.08.03 – fortsatt) |
| Medlem fra HVE, Avd. HE: | kontorsjef Heidi Kristiansen | (01.08.02 – 08.03.04) |
| | kontorsjef Ståle Langvik Christiansen | (08.03.04 – fortsatt) |
| Medlem fra HVE, Avd. HE: | høgskolelektor Margrethe Haga | (01.08.02 – 31.12.03) |
| | studieleder Anne Lyberg | (01.01.04 – fortsatt) |
| Sekretær: | prosjektleder Marit Strandquist | (01.08.02 – fortsatt) |

Andre delprosjekter i Stokkeprosjektet med ledere:

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <i>Samordning og kvalitet i hjemmetjenesten</i> | Evy Solheim Fosaas |
| <i>Bemanningsplan. Fordeling av kompetanse i hjemmetjenesten (et samarbeidsprosjekt med Norsk Sykepleierforbund Vestfold)</i> | Lise Adal |
| <i>Rom for læring</i> | Torbjørn Fermann |
| <i>Hage for demente</i> | Signe Vallumrød |
| <i>Tverrfaglig tjenestetilbud til alvorlig syke og døende</i> | Lisbeth Olsen |
| <i>Kommunalt tverrfaglig Habiliteringsteam for barn og unge</i> | Elisabeth Aarvold |
| <i>Frivillig arbeid og kultur for pårørende</i> | Wenche Havnås |
| <i>Tjenestebeskrivelser</i> | Kjersti Berntsen |

INNHold

| | | |
|-----|----------------------------------------------------|----|
| 1.0 | BAKGRUNN..... | 8 |
| 2.0 | UTFORDRINGER VED SYKEHJEMMET..... | 10 |
| 2.1 | Problemstilling, definisjoner og avgrensning | 10 |
| 2.2 | Mål | 12 |
| 3.0 | METODE..... | 13 |
| 3.1 | Kartlegging av pasientsituasjoner | 13 |
| 3.2 | To arbeidsgrupper | 17 |
| 4.0 | VURDERING AV PASIENTENES BEHOV FOR KOMPETANSE..... | 20 |
| 4.1 | Pasienter med demens..... | 20 |
| 4.2 | Pasienter med stor fysisk funksjonssvikt | 21 |
| 4.3 | Pasienter med rehabiliteringsbehov | 22 |
| 4.4 | Alvorlig syke og døende pasienter..... | 22 |
| 5.0 | ANSATTES ARBEIDSSITUASJON | 24 |
| 5.1 | Bemanning ved prosjektstart..... | 24 |
| 5.2 | Behov for endring | 25 |
| 6.0 | FORSLAG OM BEMANNING OG LEDELSE..... | 27 |
| 6.1 | Forslag om pasientansvarlig sykepleier | 27 |
| 6.2 | Forslag om bemanning og ledelse..... | 28 |
| 6.3 | Innspill om forslagene..... | 29 |
| 7.0 | VURDERINGER OG KONKLUSJON | 31 |
| 7.1 | Pasienten på rett sted i sykehjemmet | 31 |
| 7.2 | Pasientansvarlig sykepleier | 32 |
| 7.3 | To avdelingsledere | 33 |
| 7.4 | Bemanning ut fra kompetansebehov..... | 33 |
| 8.0 | VEIEN VIDERE..... | 37 |
| | LITTERATUR..... | 40 |
| | VEDLEGG..... | 43 |

1.0 BAKGRUNN

Sykehjem har sitt utspring fra pleiehjem som primært var pleie- og omsorgsinstitusjoner. Fra 1950-tallet kom begrepet sykehjem i bruk, samtidig med at man ønsket mer aktiv behandling i institusjonene. Tradisjonelt har sykehjem vært institusjoner som tar totalansvar for pasienten. Sykehjem og boformer for heldøgns pleie- og omsorg er regulert av Lov om helsetjenesten i kommunene (1982) med egen forskrift (1988). Det er laget mange utredninger og offentlige meldinger om sykehjemmets funksjon og fremtid. Diskusjonen dreier seg om i hvilken grad sykehjemmet skal være pleieinstitusjon, rehabiliteringsavdeling, hospicesenter og/eller minisykehus/sykestue (Nygaard 2002, Sosial- og helsedepartementet 1999, Stortingsmelding nr. 50 (1996-97), Stortingsmelding 34 (1999-2000), Stortingsmelding nr. 28 (1999-2000), Stortingsmelding nr. 31 (2001-2002), Stortingsmelding nr. 45 (2002-2003)).

Stokke kommune med 10.000 innbyggere har en institusjon (sykehjem) med heldøgns pleie- og omsorg, organisert som en del av Virksomhet for pleie, omsorg og rehabilitering. Institusjonen er lokalisert på Soletunet og tilbyr kort- og langtidsopphold med tilpasset hjelp.

Flere spørsmål om struktur og kompetanse ved sykehjemmet hadde vokst frem. Spørsmålene dreide seg om tilbudet til pasientene og arbeidsmiljøet for ansatte. Gjennomgang og klargjøring av tjenestetilbudet til ulike pasientgrupper var ønskelig.

Dagens tilbud til pasientene

Institusjonen ivaretar pasienter med behov for heldøgns pleie og omsorg på grunn av stor fysisk funksjonssvikt og på grunn av demens. Det er også tilbud om dagopphold for hjemmeboende med demens. I tillegg er det plasser for pasienter med behov for rehabilitering og alvorlig syke og døende.

Pasienter med stor fysisk funksjonssvikt eller demens

Tilbudet til pasienter med langtidsplass på grunn av stor fysisk funksjonssvikt ble drøftet. Spørsmålet var om denne pasientgruppen fikk det tilbudet de hadde mest behov for. For pasienter med demens var det også ønskelig å se nærmere på tilbudet.

Pasienter med behov for rehabilitering

Rehabiliteringstilbudet i virksomheten var todelt. I institusjonen, bemannet med pleiepersonale, var ni plasser forbeholdt pasienter med rehabiliteringsbehov. Samtidig hadde virksomheten en rehabiliteringsavdeling bemannet med fysio- og ergoterapeuter. Deres tjenester var rettet både mot brukere i hjemmet, på dagopphold og brukere med rehabiliteringsplass i institusjon. Det var behov for å se de to tilbudene i sammenheng. Det var også behov for å se nærmere på at plassene forbeholdt rehabilitering ofte ble benyttet til korttidsopphold for pasienter uten rehabiliteringsbehov.

Alvorlig syke og døende

Noen rom i institusjonen var spesielt utstyrt for å gi et godt tilbud til alvorlig syke og døende. Rommene var samlokalisert (i samme avdeling) som rom for pasienter med langtidsplass på grunn av stor fysisk funksjonssvikt. Det ble stilt spørsmål ved om dette var hensiktsmessig. I tillegg var det ønskelig å vurdere om erfaringer fra delprosjektet ”Tverrfaglig tjenestetilbud til alvorlig syke og døende” (Olsen og Strandquist. Foreløpig upublisert) ville få konsekvenser for struktur og bruk av kompetanse i forhold til pasientgruppen.

Arbeidsmiljø for ansatte

I flere år hadde det vært stort sykefravær ved sykehjemmet. Sykefraværprosjektet i 2001 identifiserte lav bemanning som den viktigste fraværsfaktoren. Konklusjonen var behov for økt bemanning med 3,4 stillinger (Stokke kommune. Behovsrapport-Bemanning 2002). I kommuneplanen for 2003-2006 (Stokke kommune 2002) ble det vedtatt å øke grunnbemanningen i sykehjemsavdelingene med 3,5 årsverk innen 2004. Årsverkene ble trukket tilbake i forbindelse med kommunens innsparingsprogram høsten 2003.

Ønske om delprosjekt

I kartleggingsundersøkelse om hva Stokkeprosjektet burde utvikle (Strandquist 2002) kom mange av de samme spørsmålene om struktur og bruk av kompetanse ved sykehjemmet frem. Samlokalisering av plasser for rehabilitering og for lindrende behandling i samme etasje ble foreslått. Det ble oppfordret til å se på bruken av sykepleiere. Deres kompetanse burde utnyttes bedre og sykepleiere burde dra nytte av hverandre på tvers av avdelinger. Behov for å se på sykefravær, arbeidsmiljø og ledelse kom også frem.

2.0 UTFORDRINGER VED SYKEHJEMMET

Styringsgruppen for Stokkeprosjektet besluttet 06.06.03 iverksetting av foreliggende delprosjekt: ”Struktur og kompetanse i sykehjem”. Prosjektet ble gjennomført i perioden juni til november 2003.

Prosjektet ble bedt om å utrede behov for utvikling av tilbudet til pasientgruppene i sykehjemmet. Tilbudet til personer med stor fysisk funksjonssvikt med langtidsplass skulle vurderes spesielt.

Videre skulle det vurderes om pasienttilbud og arbeidsmiljø kunne dra nytte av konklusjoner fra delprosjektene ”Samordning og kvalitet i hjemmetjenesten” (Fosaas og Strandquist. Foreløpig upublisert) og ”Bemanningsplan. Fordeling av kompetanse i hjemmetjenesten” (Adal og Strandquist. Foreløpig upublisert). Innføring av ordning med pasientansvarlig sykepleier skulle vurderes.

2.1 *Problemstilling, definisjoner og avgrensning*

Stokke kommunes institusjon for heldøgns pleie og omsorg er Soletunet med avdelingene Solstua og Soltoppen. Solstua har 21 plasser fordelt i tre boenheter i rekke på bakkeplan. Enhetene er tilrettelagt for personer med demens. Avdelingen gir også dagtilbud til personer med demens som bor hjemme. Soltoppen har 21 plasser lokalisert i egen bygning. I 2. etasje var det 6 langtidsplasser for personer med stor funksjonssvikt og 6 plasser for alvorlig syke. I tredje etasje var det 9 plasser i enhet for rehabilitering.

Prosjektet arbeidet ut fra problemstillingen:

Hvilken struktur og bruk av kompetanse i sykehjem er optimal for pasienter, ansatte og arbeidsgiver?

Struktur og kompetanse

Med struktur i sykehjemmet mente prosjektet hvilke deler av bygningene som er best egnet for hver av pasientgruppene, og også organisering av personalet.

Med bruk av kompetanse forstod prosjektet fordeling av ulike yrkeskompetanser. Flere yrkesgrupper arbeidet i sykehjemmet: hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, sykepleiere, lege, fysioterapeut, ergoterapeut, aktivitør, assistenter, kjøkkenpersonale, rengjøringspersonale og ledere.

Prosjektet beskrev kompetansebehov for hver pasientgruppe og anbefalte ledelsesstruktur og bruk av sykepleieres og annet pleiepersonells kompetanse. Hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og sykepleiere har kompetanse i grunnleggende stell og pleie av pasienter. Sykepleiere har i tillegg kompetanse i utredning av ustabile og uavklarte situasjoner. Utdanning av sykepleiere legger stor vekt på trening i å definere hva som er pasientens behov eller problem, finne mål og tiltak og iverksette riktige handlinger i forhold til dette (Kirkevold 1996).

Pasientenes behov og ønsker

Hva er pasientens behov for helsetjenester? Mye er blitt kalt behov for helsetjenester, men har heller vært ønsker om helsetjenester. O. S. Lian drøfter i artikkelen "Behovet for helsetjenester - naturgitt eller sosialt bestemt" (2000) en sosiologisk forståelse av behov. I et sosiologisk perspektiv er behov det vi velger å definere som behov, slik det uttrykkes gjennom alminnelige felles oppfatninger. Psykologer og økonomer vil definere det annerledes. Det er viktig å være oppmerksom på dette fordi samfunnet preges av en behovsspiral som fører til stadig økt etterspørsel etter helsetjenester, gap mellom etterspørsel og tilbud parallelt med presset samfunnsøkonomi (Botten og Aasland 2000).

Prosjektet definerte fire pasientgrupper i sykehjemmet med ulikt behov for helsehjelp og kompetanse. Dette var pasienter med demens, stor fysisk funksjonssvikt, behov for rehabilitering og alvorlig syke og døende.

Prosjektet valgte å ha to perspektiv på pasientenes behov for kompetanse. Det første var pasientens sykdom, behandling, lidelse og hjelpebehov.

Det andre perspektivet var hva slags situasjon pasienten er i. Situasjonen kan være akutt, uavklart eller ustabil, eller avklart og stabilt hjelpetrengende. Dette utdypes i kapittel 3.0 Metode.

Ansattes ønsker

Prosjektet tok utgangspunkt i at alle yrkesgrupper er opptatt av å gjøre en god jobb som er faglig forsvarlig og som bidrar til å gi pasientene en meningsfull hverdag. Trivsel på arbeidsplassen, gode arbeidsrutiner og mulighet for faglig utvikling er viktig.

Arbeidsgivers perspektiv

Arbeidsgiver ønsker ansatte som ivaretar pasientene faglig forsvarlig og skaper kontinuitet i tjenestetilbudet. Arbeidsmiljøet bør stimulere for å rekruttere og beholde gode medarbeidere. Turnus og bemanningsplan skal ivareta kontinuitet i arbeidet og effektivt benytte personalressursene. Driften skal være i samsvar med gjeldende lover og regler.

2.2 Mål

Stokkeprosjektet skal utvikle tjenester og kompetanse innen helsesektoren i kommunen. Mål for tjenesteutvikling er blant annet at riktige helsetjenester skal tilbys pasientene. Tjenestene skal kjennetegnes ved god kvalitet og tilgjengelighet, være tilpasset behovet til den enkelte og også stimulere pasientens egne ressurser.

Kompetanse skal utvikles slik at ansatte med riktig fagkompetanse rekrutteres og beholdes. Da er det viktig at de opplever arbeidsplasser som er spennende, utfordrende og utviklende, og at de samtidig føler trygghet og delaktighet i jobbsituasjonen. Hva som er riktig fagkompetanse skal vurderes ut fra pasientenes behov og hva kommunetjenesten skal yte (Strandquist 2003).

Målene for gjeldende prosjekt ble utledet fra Stokkeprosjektets overordnede mål og definert som følger:

- Pasientenes behov og situasjon skal ivaretas ved intern struktur i sykehjemmet
- Bemanningsplan og ansvarsfordeling skal sikre pasientenes behov for kompetanse og kontinuitet
- Bemanningsplan og ansvarsfordeling skal gi grunnlag for godt arbeidsmiljø og effektiv og forsvarlig drift

3.0 METODE

Delprosjektet ble gjennomført innenfor virksomhetens ordinære budsjett. Prosjektleder ledet prosjektet samtidig med ivaretagelse av ordinære arbeidsoppgaver som gruppesykepleier. Det var utfordrende å rydde tid til prosjektarbeid. Noen uker ble det avsatt 2-3 dager, andre uker ble det umulig å rydde tid. Arbeidsbeskrivelse og milepælplan ble gjennomgått og oppdatert underveis.

For å finne frem til ny struktur og bruk av kompetanse i sykehjemmet gjennomførte prosjektleder en kartleggingsundersøkelse av de ulike pasientgruppene. I tillegg ble det opprettet to arbeidsgrupper. Arbeidsgruppene omtales i kapittel 3.2.

3.1 Kartlegging av pasientsituasjoner

Delprosjektene ”Bemanningsplan. Fordeling av kompetanse i hjemmesykepleien” (Adal og Strandquist. Foreløpig upublisert) og ”Samordning og kvalitet i hjemmetjenesten” (Fosaas og Strandquist. Foreløpig upublisert) hadde tatt i bruk en ny måte å klassifisere pasienter på. Modellen for klassifisering ble hentet fra professor Marit Kirkevold, Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Hun har definert fire typer sykepleiesituasjoner som et analytisk redskap for å få frem noen vesens-forskjeller mellom ulike typer praksissituasjoner (Kirkevold 1996). Dette er akuttsituasjoner, problematiske situasjoner, ikke-problematiske situasjoner og problecidentifiserende situasjoner. Kirkevold beskriver også hvilken kompetanse de ulike situasjonene krever.

Prosjektet om bemanningsplan fant at modellen var egnet for klassifisering av pasienter i hjemmetjenesten. Men prosjektet ønsket å ta utgangspunkt i pasientene og deres behov. Praksissituasjonene som Kirkevold hadde beskrevet eksisterer like mye for pasientene enten det er sykepleiere eller en annen yrkesgruppe som er til stede. Prosjektet omdøpte derfor sykepleiersituasjonene til pasientsituasjoner slik:

- *Akuttsituasjoner* ble endret til *akutte og uforutsette pasientsituasjoner*
- *Problematiske situasjoner* ble endret til *ustabile og uavklarte situasjoner*
- *Ikke-problematiske situasjoner og problecidentifiserende situasjoner* ble endret til *avklarte situasjoner*

Nedenfor konkretiseres innhold i de ulike pasientsituasjonene og hvilken kompetanse de krever.

Akutte og uforutsette situasjoner

Dette er situasjoner som oppstår uventet og brått og som kan være kaotiske og uoversiktlige. Rask behandling kan være avgjørende for utfallet. Det er ikke tid til å stoppe opp og reflektere over hva som må gjøres. Hjelperen må kunne handle kompetent der og da. Eksempler på slike situasjoner er akutt sykdom eller skade som hjertestans, stor blødning eller mat i luftrøret. Det kan være alle akutte medisinske situasjoner som ikke løses ved faste prosedyrer i avdelingen.

Behovet for kompetanse er evne til raskt å få oversikt over problemet, kunne avpasse kravene og ressursene i situasjonen og evne til å håndtere situasjonen (igangsette nødvendige tiltak) inntil hjelp er tilgjengelig. Det er også å beholde en rolig og balansert oppførsel i situasjonen og kunne kontrollere og kanalisere sine reaksjoner på en fleksibel måte ut fra hvilke andre personer som er tilstede. Type akuttsituasjoner ansatte må kunne takle kan variere ut fra pasientgruppen på arbeidsstedet.

Ustabile og uavklarte situasjoner

Situasjonene er her uklare eller udefinerte. Det kan være uavklart hva som er pasientens problem eller behov. Det kan være fordi pasienten er ny i avdelingen eller fordi uvanlige symptomer eller reaksjoner oppstår. Pasientens tilstand kan være usikker og variabel, eller utviklingen kan være annerledes enn forventet ut fra kunnskap og erfaring. En annen type uavklart situasjon er når det er uenighet mellom sykepleier og pasient eller pårørende om hva som er den ”beste sykepleie” i situasjonen. Det kan for eksempel være når demente pasienter blir urolige eller utagerende.

Kirkevold sier at forskning har vist at det som skiller eksperter fra uerfarne når det gjelder å oppfatte og tolke slike situasjoner, er den erfarnes evne til å se situasjonen fra ulike synsvinkler og raskt komme med mulige forklaringer, og teste ut disse for å finne ut hvilken som gir best mening og sammenheng. Denne typen situasjoner får mest oppmerksomhet i sykepleierutdanningen. Sykepleierens evne til å foreta en klinisk vurdering er viktig, for å avklare om det er kroppslige eller andre problemer en står overfor. Denne fortolkende evnen er tilegnet gjennom erfaringer med lignende situasjoner, som igjen gir inngående kjennskap

til de mange måter en tilstand kan vise seg gjennom. Uerfarne er ofte i stand til å identifisere hva som er relevante aspekter ved en situasjon, men de har problemer med å se dem i sammenheng, det vil si finne noe meningsfylt mønster i situasjonen.

Avklarte situasjoner

Dette er når pasientens behov er kjent og situasjonen er stabil. Pasienten kan trenge hjelp til å få dekket sine grunnleggende behov. Hjelpebehovet kan være langvarig og omfattende, men stabilt og avklart. Pasienter med langtids plass i sykehjem på grunn av stor fysisk funksjonssvikt er i denne gruppen. I avklarte situasjoner er også det forebyggende aspektet fremtredende. En vil identifisere mulige problemer før de oppstår. Vanlig situasjon med behov for profylakse i sykehjemmet er hos sengeliggende pasienter. Her vil en forebygge komplikasjoner som liggesår, kontrakturer og urinveisinfeksjon.

Det er klare regler og normer for hva som må gjøres for at problemer ikke skal oppstå. Avlastning av trykk, regelmessig endring av stilling og riktig ernæring er noen eksempler på tiltak for forebygging av sengeleiets komplikasjoner. En forutsetning for å kunne identifisere mulige helse relaterte problemer er å ha solid forståelse av hva som er en normal utvikling og normale variasjoner, og hva som er tegn på avvik, sykdom eller problemer. Kunnskap om normale aldersforandringer er viktig, og forståelse av forventet utvikling av problemer som sannsynlig kan oppstå.

Behovet for kliniske vurderinger er ikke det mest fremtredende her, selv om ustabile situasjoner når som helst kan oppstå på grunn av pasientens høye alder eller helsetilstand for øvrig. Utfordringen ligger oftest i kompleksiteten knyttet til verdimessige og moralske utfordringer. Det er viktig å kjenne pasienten, og med innlevelse, god kommunikasjon og personlig engasjement handle på en måte som ivaretar pasientens behov.

3.2.1 Gjennomføring av undersøkelsen

Bemanningsprosjektet gjennomførte en kartleggingsundersøkelse for pasienter i hjemmetjenesten. Pasientenes situasjon, hvilken tjeneste de mottok og hvilken yrkesgruppe som gav hjelpen ble registrert. Foreliggende prosjekt benyttet en forenklet utgave av kartleggingsskjemaet, og registrerte kun hvilke situasjoner pasientene var i (vedlegg). Kartleggingen foregikk en bestemt uke sommeren 2003. Hver av de fire pasientgruppene i sykehjemmet ble undersøkt for seg.

Solstua, avdeling for demente, hadde totalt 21 pasienter. I undersøkelsen ble tre pasienter fra hver enhet (til sammen ni pasienter) registrert. Disse ble valgt ut vilkårlig, uten hensyn til alder eller kjønn. Åtte pasienter ble registrert hele uken, og en pasient fem dager. Til sammen ble 61 pasientdøgn kartlagt.

På Soltoppen var det totalt 21 plasser fordelt på tre pasientgrupper. Ved ledighet ble plassene benyttet uavhengig av diagnose og hjelpebehov.

Da undersøkelsen pågikk var det 7 pasienter med stor fysisk funksjonssvikt som hadde langtidsplass. Alle ble registrert hele uken slik at totalt 49 pasientdøgn ble kartlagt.

Det var 5 pasienter fra rehabiliteringsenheten med i undersøkelsen. To ble registrert i tre dager og tre hele uken. Totalt ble 27 pasientdøgn kartlagt.

Fra gruppen med alvorlig syke og døende ble kun en person registrert. Dette fordi det ikke var flere alvorlig syke innlagt i kartleggingsuken. Fire pasientdøgn ble registrert.

Kartleggingskjemaet ble fylt ut daglig ved hjelp av å lese rapporten for foregående døgn. For hvert pasientdøgn ble det satt ett kryss for en type pasientsituasjon. Pasientsituasjonene ble dermed benyttet som gjensidig utelukkende. Et eksempel er hvis det hos en stabil og avklart hjelpetrengende pasient en gang i løpet av døgnet hadde oppstått en ustabil situasjon. Det ble da krysset for at pasienten dette døgnet var i en ustabil/uavklart situasjon.

Undersøkelsen ble anonymisert ved at verken navn eller andre opplysninger kunne føres tilbake til pasientene. Det var kun prosjektleder som visste hvem som deltok i kartleggingen.

3.2 To arbeidsgrupper

Soltoppen og Solstua er to avdelinger i sykehjemmet med ulike pasientgrupper (kapittel 2.1). Det ble opprettet en arbeidsgruppe for hver avdeling for å involvere personalet på begge avdelingene. Sammensetning av gruppene ble nøye diskutert.

Det var viktig å informere involverte parter så tidlig som mulig, derfor fikk alle ansatte på Soltoppen og Solstua informasjon om prosjektets bakgrunn, mål og hensikt, før arbeidsgruppene trådte i kraft. Samtidig pekte enhetene ut en representant fra personalet til arbeidsgruppa for sin avdeling. Tillitsvalgte ble kontaktet med informasjon om at prosjektet startet, og turnuser ble sagt opp både på Soltoppen og Solstua.

Sammensetning av arbeidsgruppene

Konstituert avdelingsleder for sykehjemmet ble med i begge arbeidsgruppene fordi hun hadde kunnskap om daværende struktur og bemanning.

Delprosjektet "Tverrfaglig tjenestetilbud til alvorlig syke og døende" pågikk. Avdelingsleder for sykehjemmet var i permisjon fra sin stilling for å lede prosjektet. Dette var en viktig person å ha med i arbeidsgruppe.

Personalgruppa måtte representeres fordi det var viktig at de var med i prosessen fra starten. Det ble valgt representant fra annen faggruppe enn sykepleier, fordi sykepleiergruppen var representert med prosjektleder og avdelingsleder.

Det var ønskelig å involvere tillitsvalgte. Hovedtillitsvalgt ble kontaktet, og hennes råd var at plasstillitsvalgt fra Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet skulle kontaktes direkte. Begge ble kontaktet, men det var vanskelig for dem å bli med i gruppene. Det ble besluttet å holde kontakt med dem på annen måte.

For gruppa Soltoppen, var det også viktig å ha med en representant fra rehabiliteringsavdelingen, da prosjektet skulle se på sammenheng mellom rehabiliteringsplassene i institusjon og rehabiliteringsavdelingen.

Arbeidsgruppe for Solstua

Kst. avdelingsleder Ingvill Smeby
Gruppesykepleier Ellen Sofie Kjær
Hjelpepleier Else Bjørg Løvvold
Prosjektleder Toril Sund

Arbeidsgruppe for Soltoppen

Prosjektleder "Lindrende behandling" Lisbeth Olsen (avdelingsleder i permisjon)
Kst. avdelingsleder Ingvill Smeby
Omsorgsarbeider Anne Grethe Sunde
Fysioterapeut Elisabeth Østbye
Prosjektleder Toril Sund

Arbeidsgruppenes deltakelse

Arbeidsgruppene hadde to møter hvor alle var tilstede. Grunnen var at prosjektet startet uken før sommerferien for flere av gruppemedlemmene. Prosjektet var under tidspress, planen var at det skulle ferdigstilles tidlig høst.

I det første møtet ble det informert om bakgrunn for prosjektet, framdriftsplan og hvordan kartlegging av pasientene var tenkt gjennomført. Arbeidsgruppene drøftet mulighet for flere møter. Det var vanskelig å planlegge dette på grunn av ferieavvikling og turnusarbeid. Prosjektleder valgte derfor å samarbeide med medlemmene enkeltvis etter behov.

I det andre arbeidsgruppemøtet ble tre forslag om struktur i sykehjemmet lagt fram og diskutert (kapittel 6.2).

Arbeidsgruppene besluttet at ansattes representant skulle ta med seg forslagene til sin avdeling for diskusjon. Prosjektleder ser i ettertid at det hadde vært nyttig med et møte til i arbeidsgruppene for å diskutere forslaget som pekte seg ut.

Avdelingene leverte sine anbefalinger med kommentarer til prosjektleder (kapittel 6.3). Prosjektleder drøftet dette i møter med konstituert avdelingsleder, leder av Stokkeprosjektet og virksomhetsleder. Prosjektets vurderinger og konklusjoner presenteres i kapittel 7.0.

Tillitsvalgte

Tillitsvalgte ble kontaktet for å diskutere anbefalte tiltak ved innføring av ny struktur som ville medføre endring for ansatte. I møter med hovedtillitsvalgte for Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet ble det informert om forslagene, og hvorfor det ene forslaget ble foretrukket. Tillitsvalgte ble spurt om retningslinjer ved flytting av personale og ved bytte av stilling, for eksempel at gruppesykepleier blir vanlig sykepleier i turnus. I slike tilfeller skal opparbeidet lønn følge personen til ny stilling. Arbeidsgiver står ellers fritt til å bytte arbeidssted for ansatte innen virksomheten. Tillitsvalgte anbefalte at man ved bytting av arbeidssted brukte ansiennitetsordningen i den utstrekning det var mulig. Samarbeide for å avklare ting etter hvert mente begge tillitsvalgte var viktig.

4.0 VURDERING AV PASIENTENES BEHOV FOR KOMPETANSE

Kartleggingen avdekket vesentlige forskjeller mellom pasientgrupper når det gjaldt forekomst av uavklarte/ustabile og avklarte situasjoner. Prosjektet vurderte at pasientgruppene hadde behov for forskjellig kompetanse. Både helseproblemets art og hvilke situasjoner pasientene er i er avgjørende. Nedenfor gjøres det kort rede for helseproblemer, forekomst av pasientsituasjoner og kompetansebehov for hver pasientgruppe.

4.1 *Pasienter med demens*

De fleste demenssykdommer er progredierende. I starten er demenstilstanden vanskelig å diagnostisere og utviklingen skjer oftest langsomt. Etter hvert utvikles tilstanden til moderat, alvorlig og svært alvorlig grad. Dette kan skje over flere år, fra anslagsvis 4 til 12 år (Eek og Nygård 1999). I begynnelsen har personen behov for diagnostisk tilbud og veiledning. Etter hvert blir det behov for hjelp i hjemmet, dagtilbud og tilbud til pårørende. Deretter er heldøgns tilbud nødvendig, med gradvis økende hjelpebehov. Pasientgruppen er meget sammensatt og bolig og familiesituasjon forskjellig. Derfor blir behovet for hjelp forskjellig fra person til person. Pasienter med demens har svekket hukommelse og orienteringsevne. Andre symptomer kan være angst, depresjon, endret døgnrytme og forvirring.

Kartleggingsundersøkelsen viste at av totalt 61 pasientdøgn var det 46 døgn med avklarte og stabile pasientsituasjoner. Ingen akutt situasjoner oppstod, men 15 døgn var det uavklarte og ustabile situasjoner. Det vil si at 25% av pasientdøgnene var det uavklarte eller ustabile situasjoner. Situasjonene var fordelt på hele døgnet. Det var ofte de samme pasientene som kom i ustabile situasjoner.

Ansatte må ha kjennskap til pasienten og kunnskap om demens. Forutsigbarhet er en viktig faktor for å skape trygghet for pasientene. Mental stimulering og aktivisering kan bidra til trivsel og bedre fungering i hverdagen. Spesialkompetanse innen geriatri og om demensutredning bør være tilgjengelig i avdelingen. En bestemt sykepleier bør ha ansvar for pasienten og planlegge og følge opp at riktig pleie og omsorg skjer.

Hyppigheten av antall ustabile og uavklarte situasjoner krever kompetanse til å håndtere dette hele døgnet. Evne til å oppfatte, tolke, vurdere og identifisere problemer er viktig for å skape nødvendig trygghet. Samtidig kreves det at man er i stand til å håndtere kritiske og vanskelige situasjoner, og vite hvordan man eventuelt forebygger disse.

4.2 Pasienter med stor fysisk funksjonssvikt

Pasienter med langtids plass i somatisk enhet er en gruppe med stor fysisk funksjonssvikt. Pasienten kan være rullestolbruker for eksempel grunnet slag. Andre funksjonstap kan være evne til å stelle seg selv, spise eller drikke. Pasientene har et avklart sykdomsbilde og et stabilt behov for behandling og omsorg. De kan ha behov for hjelpemidler som heis i forflytningssituasjoner. Noen av pasientene har i tillegg mental svikt. Behovet er like mye å fylle hverdagen med meningsfulle aktiviteter som god pleie og omsorg.

Kartleggingen viste at av 49 registrerte pasientdøgn var pasientene i avklarte og stabile situasjoner 42 døgn. Ingen akutsituasjoner oppstod, men 7 pasientdøgn var det uavklarte eller ustabile situasjoner. Det var dermed ustabile eller uavklarte situasjoner i 14% av pasientdøgnene. To av undersøkelsesdeltakerne var i stabile og avklarte situasjoner hele uken. For de andre fem oppstod ustabile eller uavklarte situasjoner.

Ansatte må ha kjennskap til pasienten og kunnskap om ulike typer fysisk funksjonssvikt. Spesialkompetanse innen geriatri bør være tilgjengelig i avdelingen. Det kan være like viktig å øke livskvaliteten med tilrettelagte aktiviteter som bare å legge vekt på pleie og stell. Kompetansebehov ved avklarte situasjoner er nettopp å ha evne til empati og å kunne skape gode, mellommenneskelige relasjoner, gi pasienten opplevelse av mening og livskvalitet og vise personlig engasjement.

Resultatene fra undersøkelsen viser at det ikke er behov for sykepleierkompetanse tilgjengelig til enhver tid. Hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og for eksempel miljøarbeidere kan utføre de daglige oppgavene i avdelingen. En bestemt sykepleier bør ha ansvar for pasienten og planlegge og følge opp at riktig pleie og omsorg skjer. Selv om situasjonene er stabile og avklarte, kan akutte og uforutsette situasjoner oppstå. Det bør derfor være mulig å kunne tilkalle sykepleier ved behov.

4.3 Pasienter med rehabiliteringsbehov

Pasienter med behov for rehabilitering har ofte ulike brudd eller for eksempel hjerneslag. De trenger opptrening for best mulig å kunne klare seg hjemme etter sykdommen. Det kan også være pasienter som skal komme seg etter en spesiell sykdom eller et sykehusopphold, for så å vende tilbake til hjemmet. Pasientene har ofte flere tilleggdiagnoser i tillegg til det spesifikke de er inne til opptrening for. Rehabilitering kan være at pasient og pårørende må tilegne seg ny kunnskap og handlingsmåter for å kompensere for ulike funksjonstap hos pasienten.

Kartleggingsundersøkelsen viste at i løpet av 27 pasientdøgn var 20 døgn avklarte og stabile. Det var ingen akutsituasjoner. Syv døgn oppstod ustabile eller uavklarte situasjoner. Det vil si at det var uavklarte og ustabile situasjoner i 26% av pasientdøgnene.

Alle nye pasienter i adelingen er imidlertid i en uavklart situasjon. Det skal legges til rette for at pasienten blir kjent i nye omgivelser. I tillegg skal det lages plan for pleie, omsorg og oppfølging av medisinsk behandling. Ofte utprøves nye medikamenter. Da er det viktig å kjenne til hvordan medisiner skal virke og tegn på bivirkninger. Medisinhåndtering krever sykepleierkompetanse. Pasientene har også behov for at det samarbeides tverrfaglig med lege, fysioterapeut, ergoterapeut og hjemmesykepleien for å kartlegge og planlegge hverdagen etter utskrivelse.

Ansatte må ha forståelse for rehabilitering og grunnleggende kunnskap om pleie og omsorg. Spesialkompetanse om rehabilitering bør være tilgjengelig i avdelingen. Hver pasient med behov for rehabilitering er spesiell og vil ha behov for tilrettelagt trening og oppfølging. Prosjektet mener at hver pasient bør ha en bestemt person som har ansvar for at riktig rehabilitering skjer. Det kan være sykepleier eller for eksempel fysioterapeut. På grunn av de mange uavklarte og ustabile situasjonene hos pasientgruppen anbefaler prosjektet at det til enhver tid er sykepleier tilstede i avdelingen.

4.4 Alvorlig syke og døende pasienter

Alvorlig syke og døende pasienter har ofte et sammensatt sykdomsbilde og behandles ofte med sterke medikamenter. Mange lider av kreft og kommer ofte direkte fra sykehus med intravenøs væskebehandling, surstoffbehandling, dialysebehandling eller annet med behov for

spesialkompetanse. Når livet går mot slutten er sterke smertestillende og andre symptomlindrende medikamenter ofte en sentral del av lindrende behandling. Mange har behov for tjenester fra lege, prest, sosialkontor, trygdekontor eller andre.

Kartleggingsundersøkelsen viste at i løpet av 4 pasientdøgn var det 1 akutt situasjon, 3 ustabile/uavklarte situasjoner og ingen avklarte situasjoner. Det var dermed ustabile og uavklarte situasjoner i 100% av pasientdøgnene.

Ansatte må ha forståelse for lindrende behandling og grunnleggende kompetanse om pleie og omsorg. Fagperson med spesialkompetanse om kreftomsorg bør tilknyttes avdelingen for å bidra til økt kvalitet på tilbudet og trygge situasjonen for pasientene. Det samsvarer med konklusjon i delprosjektet "Tverrfaglig tjenestetilbud til alvorlig syke og døende" om at stilling som kreftsykepleier bør opprettes i enheten (Olsen og Strandquist. Foreløpig upublisert).

Hver pasient er spesiell og vil ha behov for tilrettelagt behandling, pleie og omsorg. Prosjektet mener at hver pasient bør ha en bestemt sykepleier som har ansvar for seg. Denne bør være pasientens kontaktperson og koordinere og bidra til kontinuitet i tjenestetilbudene. Det er nødvendig med døgnkontinuerlig sykepleierkompetanse i avdelingen.

5.0 ANSATTES ARBEIDSSITUASJON

Ansatte er opptatt av å kunne gjøre en god jobb som er faglig forsvarlig for pasientene og som bidrar til å gi pasientene en meningsfull hverdag. De er opptatt av trivsel på arbeidsplassen, gode arbeidsrutiner og mulighet for faglig utvikling.

Arbeidsgivers interesse er å ha et personale som ivaretar pasientene faglig forsvarlig og skaper kontinuitet i tilbudet til pasientene. Arbeidsmiljøet bør stimulere for å rekruttere og beholde gode medarbeidere. Turnus og bemanningsplan skal ivareta kontinuitet i arbeidet og effektivt benytte personalressursene. I tillegg skal driften være i samsvar med gjeldende lover og regler.

5.1 *Bemanning ved prosjektstart*

Sykehjemmet (Solstua og Soltoppen) hadde fra 01.02.01 én felles avdelingsleder. Det hadde vært enighet om å prøve dette for så å evaluere ordningen. Evaluering var blitt etterlyst av avdelingsleder, men var ikke påbegynt da prosjektet startet.

Avdelingsleder hadde ved prosjektstart ansvar for omtrent 80 ansatte i ulike stillingsstørrelser og med forskjellig helsefaglig utdanning. I tillegg hadde hun ansvar for økonomistyring, oppfølging av sykemeldte, saksbehandling i forhold til inntak av pasienter og overordnet faglig ansvar overfor pasienter og personale.

Ved hver enhet i sykehjemmet (tre enheter ved Solstua og to enheter (etasjer) ved Soltoppen) var det en gruppesykepleier som hadde faglig ansvar for pasienter og personale i sin gruppe. Gruppesykepleier jobbet hver 6. helg, ellers kun på dagtid. På dagtid hadde hun ansvar for daglig drift av enheten.

Internt i avdelingene Solstua og Soltoppen hadde det vært en praktisk ordning med primærkontakt og sekundærkontakt for pasientene. Gruppesykepleier oppnevnte primærkontaktene. Dette var oftest sykepleiere, men kunne være hjelpepleier. Dersom hjelpepleier ble oppnevnt, ble en sykepleier sekundærkontakt. I praksis var sekundærkontakt ofte gruppesykepleier. Uformell funksjonsbeskrivelse var utarbeidet. Primærkontaktens

oppgave var å følge opp pasienten, være dennes kontakt, observere utvikling, dokumentere og ordne praktiske forhold.

På Soltoppen var det på dagtid fire personer på vakt i 2. etasje og tre personer i 3. etasje. Dette var sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og ufaglærte. Mandag og torsdag var en person ekstra på vakt i hver etasje på grunn av legevisitt, medisindosering, møter og undervisning. På kveldstid og i helger var tre personer på vakt i 2. etasje og to personer i tredje etasje.

På Solstua var det på dagtid to personer på vakt ved hver enhet. Bemanningen ble tilsvarende forsterket mandager og noen torsdager. Av ulike grunner var det en skjev fordeling av sykepleierressursene mellom enhetene. På kveldstid og i helgene var bemanningen to personer på to av enhetene, og en person på den tredje enheten.

Turnus var satt opp slik at det alltid skulle være en sykepleier på jobb på kveldsvakter og i helgene. Både på Solstua og Soltoppen var det mange ulike vaktlengder på dagvakter og kveldsvakter. Dette ble innført for å imøtekomme ansattes ønsker om kortere vakter. En annen grunn var å benytte personalressursen ut fra når det var mye aktivitet i avdelingene. Det ble vurdert at man i rolige perioder på dagen kunne ha bare en ansatt tilstede på hver enhet.

5.2 Behov for endring

Ordningen med korte vakter hadde vist seg å være lite tilfredsstillende, både for ansatte og pasienter. I begge arbeidsgrupper i prosjektet kom det frem et klart ønske fra personalet om mest mulig lik arbeidstid, minst mulig korte vakter og bedre overlapping av vakter.

Det var utilfredsstillende at det på en enhet ved Solstua kun var en person på vakt på kveldstid. Bedre fordeling av sykepleierkompetanse i helgene og på kveldstid ble etterspurt.

Begge arbeidsgruppene reiste spørsmål om ledelse. Umiddelbart var det et ønske om å gå tilbake til to avdelingsledere. Behovet for to avdelingsledere kom frem allerede i 2001. Situasjonen på Soletunet ble da vurdert i forbindelse med sykefravær, turnover og bemanning (Hovedutvalg for administrasjon; saksfremstilling fra møte 12.09.01). Under punktet

”ledelse” kommer det klart fram at det er politisk enighet om å ha to avdelingsledere ved sykehjemmet:

” Siden 01.02.01 har enhet for aldersdemens og somatisk sykeenhhet hatt felles avdelingsleder. Utgangspunktet var at personellhensyn gjorde en endring nødvendig. I tillegg ble det fra rådmannen vurdert riktig å samle de to avdelingene ut fra hensynet til bedre oversikt, muligheten til å flytte mer ressurser ut i direkte tjenesteproduksjon. Da dette ble innført, var dette ut fra de eksisterende forhold et riktig grep. I ettertid har det imidlertid vist seg nettopp det høye sykefraværet krever mer direkte ledelse og tilstedeværelse i avdelingene. Med en leder er det ikke mulig å fylle dette kravet for begge avdelingene. Somatisk sykeenhhet (21 senger) er svært arbeidskrevende. Mange pasienter er i terminalfase og det er mange vanskelige og komplekse pleiesituasjoner. Enhet for aldersdemens (21 senger) er nå ferdig utbygd og fullt ut tatt i bruk. Avdelingene har nå til sammen 36 årsverk, fordelt på 80 personer. Med høyt sykefravær vil også mye tid gå med til administrativt arbeid som arbeidstidsplanlegging, fylle huller i vaktlister, timeberegninger, informasjon, veiledning m.m.

Med dette som utgangspunkt er det rådmannens oppfatning at det bør opprettes en avdelingslederstilling på enhet for aldersdemens. Med henvisning til den lave grunnbemanningen bør seksjonen tilføres stillingen som en ny hjemmel.”

6.0 FORSLAG OM BEMANNING OG LEDELSE

Prosjektet la frem forslag om innføring av ordning med pasientansvarlig sykepleier (PAS). Ordning med PAS var en sentral konklusjon i prosjektet ”Samordning og kvalitet i hjemmetjenesten” (Fosaas og Strandquist. Foreløpig upublisert). Behovet for pasientansvarlig lege og pasientansvarlig sykepleier er nedfelt i offentlige utredninger og Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (1999).

Videre ble det lagt frem tre forslag om bemanning og ledelse. Forslagene var like for Solstua og Soltoppen. Alle forutsatte innføring av pasientansvarlig sykepleier. En annen forutsetning var at det skulle lages en felles bemanningsplan for avdeling Solstua og en annen felles bemanningplan for Soltoppen.

Avdelingene Soltoppen og Solstua kom med innspill til prosjektleder om forslagene.

6.1 *Forslag om pasientansvarlig sykepleier*

Pasientansvarlig sykepleier (PAS) skal være pasientens kontakt, ivareta kontinuitet og faglig forsvarlighet og ha et koordineringsansvar for pasienten. Formålet er å styrke pasientens situasjon innen det vedtak som er fattet om helsehjelp, og å bidra til bedre kommunikasjon mellom pasient, pårørende, avdelingen (virksomheten), pasientens lege og spesialisthelsetjenesten.

Kontinuitet og faglig forsvarlighet skal ivaretas ved at PAS har ansvar for føring av planer og dokumentasjon. Delegering av oppgaver i avdelingen skal skje etter Lov om helsepersonell m.v. (1999).

Å være pasientens kontakt og talsmann innebærer at PAS skal være den pasient og pårørende kan henvende seg til. I tillegg har PAS ansvar for at pasientens rett til medvirkning, informasjon, samtykke til helsehjelp og innsyn i dokumentasjon etter Lov om pasientrettigheter (1999) ivaretas.

Koordineringsansvaret innebærer å sikre ekstern faglig forsvarlighet. Det vil si at PAS samarbeider med leger og andre eksterne som yter helsehjelp til pasienten. PAS har ansvar for at tjenestene som ytes til pasienten er tverrfaglig forsvarlige.

6.2 Forslag om bemanning og ledelse

Forslag om bemanning og ledelse bygget på arbeidsgruppens innspill og samtaler med ansatte, virksomhetsleder, prosjektleder av Stokkeprosjektet og ledere av delprosjektene "Bemanningsplan. Fordeling av kompetanse i hjemmetjenesten" og "Samordning og kvalitet i hjemmetjenesten".

Første forslag

Sykehjemmet fortsetter med samme struktur og bruk av kompetanse som ved prosjektstart:

- Soltoppen og Solstua har felles avdelingsleder.
- Gruppesykepleiere har ansvar for hver sin enhet/etasje.
- Ansatte i hver enhet utgjør et arbeidslag.

Avdelingsleder er tilknyttet avdelingen, og skal være synlig og tilgjengelig for personalet og pasientene. Ansvar for personalet ligger hos avdelingsleder.

Hver etasje/enhet har en gruppesykepleier som har ansvaret for at avdelingens daglige gjøremål blir utført på en faglig forsvarlig måte. Gruppesykepleier samarbeider med avdelingsleder. Arbeidslagene er sammensatt av øvrig personale: sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter. Turnus settes opp etter behov for kompetanse.

Andre forslag

Sykehjemmet går tilbake til struktur slik det var før det ble en felles avdelingsleder:

- Soltoppen og Solstua har hver sin avdelingsleder.
- På Soltoppen er det en gruppesykepleier i hver etasje, og på Solstua en i hver enhet.
- Ansatte i hver enhet utgjør et arbeidslag.

Avdelingsleder, gruppesykepleier og arbeidslag fungerer som beskrevet ovenfor.

Tredje forslag

Sykehjemmet innfører to avdelingsledere. En går bort fra gruppesykepleiere. Deres funksjon og ansvar overføres i stedet til avdelingsleder, pasientansvarlige sykepleiere og vaktansvarlig person:

- Soltoppen og Solstua har hver sin avdelingsleder.
- Ingen har gruppesykepleier.
- Ansatte i hver enhet utgjør et arbeidslag.

Avdelingsleder og arbeidslag skal være som beskrevet ovenfor. Forslaget legger stor vekt på ordening med pasientansvarlig sykepleier (PAS). I tillegg innføres vaktansvarlig på hver vakt. Dette kan være sykepleier, hjelpepleier eller omsorgsarbeider.

6.3 Innspill om forslagene

Forslagene om bemanning og ledelse ble drøftet i avdelingene og anbefalinger ble gitt til prosjektleder.

Soltoppen

Ved avdeling Soltoppen anbefalte personalet at pasienter med stor fysisk funksjonssvikt burde flytte til 3. etasje, for at tilbudet til dem kunne bli mer tilrettelagt. De så ingen ulemper med å samle plasser for øvrige pasienter i 2. etasje. Personalet ønsket innføring av *tredje forslag* om bemanning og ledelse.

Solstua

Avdeling Solstua leverte to skriftlige innspill. "Vurdering av bemannings-struktur" (heretter kalt vurderingsnotatet) av 17.09.03 var fra en gruppe som bestod av konstituert avdelingsleder, gruppesykepleiere og to andre sykepleiere. Det andre innspillet var referat fra personalmøte 29.09.03 (heretter kalt personalmøtet) hvor forslagene om bemanningsstruktur var tema.

Vurderingsnotatet konkluderte med at *andre forslag* ville være det beste alternativet for Solstua. Det vil si at Solstua skulle få egen avdelingsleder med gruppesykepleiere og arbeidslag på hver enhet. I notatet ble det argumentert for viktigheten av egen avdelingsleder med nærhet til personalet.

Behovet for lengre vakter med god overlapping for personalet ble også løftet frem. Det ble vist til forskningsprosjektet ”Trøtthetens tid” som peker på konsekvenser av korte vakter (Lilleaas og Wiedeberg 2001): ”Effektivisering som målsetting betyr så godt som uten unntak økt arbeidsintensivitet. Målet er helt enkelt at man skal få mer gjort på kortere tid”. Forskerne sier videre at det har blitt normalisert å ha for mye å gjøre, og at plager som søvnproblemer og vondt i rygg, nakke, ledd og mage har blitt vanlig og en del av hverdagen. De advarer i sin rapport mot den korte, norske hverdagen. Økt arbeidsintensitet i kombinasjon med en kort arbeidsdag kan innebære at man tar seg helt ut på jobben. I tillegg blir det ikke tid til det sosiale, noe vi vet er viktig for å få påfyll av energi og håndtere trøttheten. Forskerne mener også at kvinner i kvinneyrker er spesielt sårbare fordi de ofte har ”Flink-pike”syndromet. Denne pliktoppfyllelsen kombinert med høyt tempo mener Lilleaas og Wideberg er en uheldig kombinasjon, og gjør kvinner sårbare. Trøttheten gir seg uttrykk gjennom en sinnsstemning av malende irritasjon.

Vurderingsnotatet vektla gruppesykepleiers betydning for kontinuitet for pasientene og fremming av gode arbeidsrutiner. Viktigheten av høy grad av kontinuitet for at pasientene med demens skal fungere optimalt ble understreket. Uforutsigbarhet og mangel på rutiner kan skape angst og forvirring hos pasienten. Gruppesykepleiere som kjenner pasienten godt burde delta på legevisitt for ikke å miste viktig informasjon om sykdoms- og symptomutvikling hos pasienten. Sykepleier burde ha ansvar for en gruppe pasienter, ikke hele avdelingen. Ved faglig uenighet når symptomer som vrangforestillinger og forandret døgnrytme oppstår, ble det ansett som viktig at en gruppesykepleier kunne ”skjære igjennom” og sikre faglig forsvarlighet. Oppfølging av pårørende var også en viktig oppgave for gruppesykepleier. Likeledes vurdering av egnet mengde og type miljøterapi for den enkelte pasient. Til slutt ble det argumentert for at gruppesykepleier hadde en viktig oppgave i forhold til oppfølging av dokumentasjon.

Personalmøtet konkluderte med at det hadde vært merkbart når enheter hadde manglet gruppesykepleier og sykepleier. Behovet for sykepleier på vakt både dag og kveld, samt helger og høytider ble løftet frem. Det ble stilt spørsmål om gruppesykepleiere burde arbeide i turnus. Personalmøtet mente ellers at primærkontaktene burde kunne ta mer ansvar for pasientene. En ”daglig leder”-funksjon mente de var viktig. Dette kunne godt ivaretas av en hjelpepleier.

7.0 VURDERINGER OG KONKLUSJON

Prosjektet skulle utrede behov for utvikling av tilbudet til pasientgruppene i sykehjemmet. Det skulle vurderes om pasienter og ansatte kunne dra nytte av konklusjoner fra andre delprosjekter i Stokkeprosjektet. Innføring av ordning med pasientansvarlig sykepleier skulle vurderes spesielt. Problemstillingen var: *Hvilken struktur og bruk av kompetanse i sykehjem er optimal for pasienter, ansatte og arbeidsgiver?*

Prosjektet mener at konklusjonene nedenfor sikrer pasientenes behov for struktur, kompetanse og kontinuitet samtidig som det legges til rette for godt arbeidsmiljø og effektiv og forsvarlig drift.

7.1 *Pasienten på rett sted i sykehjemmet*

Prosjektet vurderte hvilken struktur, det vil si hvilke deler av bygningene, som var best egnet for hver pasientgruppe.

Det var stor enighet om at pasienter med demens hadde optimale boforhold med sine tre tilrettelagte boenheter på bakkeplan, i tilknytning til hage spesielt anlagt etter deres behov.

Ved avdeling Soltoppen var det enighet om at pasienter med stor fysisk funksjonssvikt og langtidsplass hadde helt andre behov enn rehabiliteringspasienter og alvorlig syke.

Utfordringen var å ivareta god pleie, omsorg og samtidig et meningsfullt og godt hverdagsliv. Konklusjonen var derfor at pasienter med langtidsplass burde flytte til 3. etasje i sykehjemmet. Her burde to av rommene benyttes til korttidsopphold for pasienter som ennå kunne bo hjemme, men trengte et tilbud om tettere oppfølging i perioder. Når pasientene etter hvert hadde behov for et høyere omsorgsnivå, ville de ha blitt kjent med avdelingen og de som jobber der. Overgangen fra å være hjemmeboende til å bo i sykehjem ville da bli lettere og tryggere for den enkelte.

Alvorlig syke og døende og pasienter med rehabiliteringsbehov har kortere opphold i sykehjemmet. Det ble konkludert med at pasientgruppene kunne samlokaliseres i 2. etasje.

7.2 Pasientansvarlig sykepleier

Ordning med pasientansvarlig sykepleier er beskrevet i kapittel 6.1. Alle pasienter ved sykehjemmet hadde behov for en bestemt sykepleier som hadde ansvar for dem. Personen skulle være pasientens og pårørendes kontakt og talsmann. Han/hun skulle ha ansvar for å planlegge og følge opp at riktig pleie, omsorg og behandling skjer.

Gruppesykepleiere hadde ved prosjektstart faglig ansvar for pasienter i sin enhet. Uformelt var det oppnevnt primærkontakter og sekundærkontakter som skulle følge opp pasienter (kapittel 5.1). Det formelle ansvaret lå likevel hos gruppesykepleier. De to første forslagene til bemanning og ledelse innebar å beholde gruppesykepleier i tillegg til innføring av ordning med pasientansvarlig sykepleier (kapittel 6.2).

Det *tredje forslaget* til bemanning og ledelse innebar å fjerne gruppesykepleier. I stedet skulle ansvaret for pasientene fordeles på flere pasientansvarlige sykepleiere i enheten.

Gruppesykepleiers ansvar for daglig drift skulle overføres til vaktansvarlig person.

Vurderingsnotatet fra Solstua (kapittel 6.3) hevdet at gruppesykepleier burde være den ansvarlige for pasienten. Samtidig mente personalmøtet at primærkontaktene kunne ta mer ansvar.

Prosjektets vurdering er at avdelingene må velge om gruppesykepleiere skal ha ansvar for alle pasienter i en enhet eller om ordning med pasientansvarlig sykepleier (PAS) skal innføres. Ved innføring av PAS fordeles ansvaret for pasientene på flere sykepleiere i enheten. Slik prosjektet har beskrevet ordningen med PAS betyr det også en tydeliggjøring av hva ansvaret innebærer. Føring av plandokumenter blir helt nødvendig for å sikre kontinuitet for pasientene. PAS oppnevnes av avdelingsleder.

Alle ansatte har ut fra Lov om helsepersonell ansvar for faglig forsvarlig tjenesteutøvelse. Ordning med primærkontakter kan fortsette dersom avdelingene ønsker det. Det bør da tydeliggjøres at ordningen er delegering av oppgaver, ikke ansvar.

Prosjektets konklusjon er at den beste løsning er å innføre ordning med pasientansvarlig sykepleier. Ordningen imøtekommer ønsket fra sykepleiere om mer ansvar for pasienter.

Ansvar for faglig forsvarlighet og lovpålagte oppgaver for den enkelte pasient plasseres på en tydelig og formell måte. Pasientansvarlig sykepleier er derfor også et godt styringsverktøy for arbeidsgiver.

Innføring av ordningen vil kreve utarbeidelse av funksjonsbeskrivelser for PAS og vaktansvarlig person. Vaktansvarlig kan være hjelpepleier, omsorgsarbeider eller sykepleier. Denne skal overta gruppesykepleiers ansvar for daglig drift. Det vil si å ha ansvar for å fordele vaktens gjøremål, sørge for at PAS får ivaretatt sitt ansvar, administrere medikamenter, være brannansvarlig, ha telefonvakt og delta i legevisitt når pasientansvarlig sykepleier ikke er tilstede. Hvem som skal være vaktansvarlig defineres i turnus.

7.3 To avdelingsledere

Ved sykehjemmet hadde man forsøkt ordning med felles avdelingsleder for avdelingene Soltoppen og Solstua. Begge arbeidsgruppene ønsket to avdelingsledere og argumenterte for dette. Innspillene til forslag om ledelse viste at personalet ønsket å ha en avdelingsleder som deltok mer aktivt i avdelingen, slik det var før prøveordningen trådte i kraft.

Det kan være fordeler ved at en avdelingsleder har administrativt ansvaret for begge avdelingene. Økonomistyring og budsjetter, felles innkjøp av medisinsk utstyr og medisiner kan for eksempel samordnes. Men skal en avdelingsleder ha muligheten til å følge opp ansatte på en god måte, er det nødvendig med nærhet til avdelingen. Det gjelder både geografisk nærhet og at antall ansatte man har ansvar for ikke er for stor.

Konklusjonen i prosjektet er derfor en anbefaling om egen avdelingsleder for hver av avdelingene Soltoppen og Solstua. Avdelingsleder bør ha kontor i eller så nær sin avdeling som mulig og være nær personalet. Avdelingsleders ansvar er utformet i stillingsinstruks.

7.4 Bemanning ut fra kompetansebehov

Prosjektet vurderte pasientenes behov for kompetanse ut fra to forhold. Pasientens sykdom, behandling, lidelse og hjelpebehov var første perspektiv. Det andre perspektivet var hvilken situasjon pasienten var i; om den var akutt, ustabil/uavklart eller stabil og avklart.

Resultatene fra kartleggingsundersøkelsen om hvilke situasjoner pasientene var i er ikke generaliserbare. Bare en liten gruppe pasienter ble kartlagt og undersøkelsen foregikk kun en uke. I tillegg ble opplysningene hentet fra skriftlige rapporter som kan ha hatt mangler. Resultatene kan bære preg av spesielle forhold ved pasienter og ansatte som var tilstede denne uken.

Undersøkelsen gav likevel prosjektet viktige opplysninger. Det ble definert hvilken kompetanse som må være tilstede hos pasientene i ulike situasjoner. Behovet for sykepleieres kompetanse ved akutte, ustabile og uavklarte situasjoner kom klart frem. Responsen fra arbeidsgruppene og avdelingene bekreftet at Kirkevolds (1996) og bemanningsplanprosjektets (Adal og Strandquist. Foreløpig upublisert) beskrivelser av pasientsituasjoner gav mening. En viktig konklusjon i prosjektet er derfor at pasientsituasjoner er egnet utgangspunkt for fordeling av kompetanse i en bemanningsplan og i det daglige arbeidet.

Nedenfor konkretiseres forslag om bemanningsplan for Solstua og Soltoppen. Sykepleiere fordeles ut fra faglig forsvarlighet, og etter de ressurser som finnes. Innføring av PAS og vaktansvarlige innebærer mer fleksibilitet til bruk av sykepleierkompetanse der det er behov på dag, kveld og helg.

Det var enighet fra alle parter i prosjektet om en bemanningsplan for hver av avdelingene Solstua og Soltoppen. Likeledes at mest mulig like vaktlengder burde innføres i bemanningsplaner og turnus. Prosjektet anbefaler at dag- og kveldsvakt overlapper med en time torsdager. Det vil legge bedre til rette for undervisning, samrefleksjon og møter for ansatte.

Bemanningsplan for Solstua

Pasientenes behov for kompetanse er beskrevet i kapittel 4.1. Det er behov for ansatte som kjenner pasientene. Alle ansatte bør ha generell kunnskap om pleie og omsorg til demente. I tillegg bør minst en av de ansatte fagpersonene i avdelingen ha spesialkompetanse innen geriatri og om behandling av demente. Kunnskap om mental stimulering og aktivisering for en meningsfull hverdag er viktig.

Undersøkelsen viste at det var uavklarte og ustabile situasjoner i 25% av pasientdøgnene. Situasjonene var fordelt på hele døgnet. Det betyr at sykepleierkompetanse til enhver tid må være tilgjengelig.

Prosjektet konkluderer med at Solstua fortsatt bør ha ett arbeidslag for hver av de tre enhetene, men med felles bemanningsplan. På kveldstid og i helger må personalet samarbeide på tvers av enhetene. Det må da være to ansatte på vakt ved hver enhet, det vil si til sammen seks ansatte for hele avdelingen. En av disse må være sykepleier. Så langt det er mulig må minst en person fra hver enhet kjenne pasientene.

På dagtid hverdager bør hvert arbeidslag ha en sykepleier og en annen ansatt på vakt. Mandag og torsdag bør det være tre på hvert arbeidslag på grunn av legevisitt, møter og undervisning. Hvert arbeidslag skal ha en ansvarsvakt som sørger for fordeling av dagens oppgaver.

Bemanningsplan for Soltoppen

Pasientenes behov for kompetanse er beskrevet i kapittel 4.2 – 4.4. Behovene er forskjellige for hver pasientgruppe.

Pasienter med stor fysisk funksjonssvikt har behov for ansatte som kjenner dem. Alle ansatte bør ha generell kunnskap om pleie, omsorg og om hvordan en kan bidra til en meningsfull hverdag. Kunnskap om ulike typer funksjonssvikt må være tilgjengelig i enheten.

Undersøkelsen viste at det var ustabile eller uavklarte situasjoner i 14% av pasientdøgnene. Sykepleierkompetanse må derfor være tilgjengelig, men behøver ikke alltid være tilstede i enheten.

Pasienter med rehabiliteringsbehov trenger at personalet har forståelse for rehabilitering og grunnleggende kunnskap om pleie og omsorg. Spesialkompetanse om rehabilitering bør være tilstede i enheten. Det er stor utskifting av pasienter. Gjennomsnittlig 26% av pasientdøgnene var det ustabile eller uavklarte situasjoner. Pasientgruppen bør derfor alltid ha en sykepleier tilgjengelig.

Alvorlig syke og døende pasienter har behov for ansatte med forståelse for lindrende behandling og grunnleggende kunnskap om pleie og omsorg. Fagperson med spesialkompetanse innen kreftomsorg bør være ansatt i avdelingen (kapittel 4.4).

Undersøkelsen viste at det var uavklarte eller ustabile situasjoner i 100% av pasientdøgnene. Sykepleierkompetanse må derfor alltid være tilstede.

Avdeling Soltoppen bør ha to arbeidslag; ett for hver etasje. En vaktansvarlig i hvert arbeidslag sørger for fordeling av dagens gjøremål. På kveld og i helger ivaretar bemanningsplan for Soltoppen at tilstrekkelig sykepleierkompetanse er tilgjengelig. Pasientene i tredje etasje har ikke behov for sykepleierkompetanse tilstede på hver kveld og helg. Sykepleiere i andre etasje må da ha ansvar for akutte, uforutsette og uavklarte situasjoner i tredje etasje.

I andre etasje er pasienter med rehabiliteringsbehov og alvorlig syke og døende. I det daglige deles arbeidslaget i to team med ansvar for hver sin pasientgruppe i den grad det er mulig. Men personalet må være åpen for fleksibilitet i forhold til hvilke pasienter som er innlagt.

På dagtid bør det være tre på vakt i tredje etasje, og fire i andre etasje. En av personene på vakt i hvert arbeidslag må være sykepleier. Mandag og torsdag forsterkes personalet som i dag med en person ekstra i hvert arbeidslag. Dette på grunn av legevisitt, dosering av medisiner, eventuelle møter og undervisning.

8.0 VEIEN VIDERE

Virksomheten avgjør om konklusjonene i prosjektet skal iverksettes i sykehjemmet. Funksjonsbeskrivelser for pasientansvarlig sykepleier og vaktansvarlig er nødvendig for vellykket gjennomføring. Det må planlegges hvordan kontinuitet for pasientene skal ivaretas ved avdelingsleder, pasientansvarlige sykepleiere og vaktansvarlig person.

Pasientene med demens og stor fysisk funksjonssvikt har sammenfallende behov om en meningsfull hverdag. Det bør arbeides videre med organisering av aktiviteter og tilrettelegging av en innholdsrik hverdag for den enkelte. Fokus bør flyttes fra ”det syke” til ”det friske”. Aktivitører i virksomheten og det nye delprosjektet i Stokkeprosjektet ”Frivillig arbeid og kultur for pårørende” (Havnås og Strandquist) kan være viktige samarbeidspartnere fremover. Den nye sansehagen som er anlagt utenfor Solstua er et stort potensiale for gode aktiviteter og sanseopplevelser.

Det er ønskelig med mer forståelse for pasientgruppen med stor fysisk funksjonssvikt i sykehjemmet. Prosjektet anbefaler at det innhentes spesialkompetanse om pasientgruppen for utvikling av omsorgstilbudet. Arbeidsvilkårene for de ansatte bør også vurderes. Særlig bør det sees på hjelpemidler for å lette arbeidet med tunge, pleietrengende pasienter.

Ved Solstua er det behov for å videreutvikle tilbudet til dagpasienter med begynnende demens. Det gjelder både utrednings- og dagplasstilbudet.

Ved Soltoppen er tilbudet til alvorlig syke og døende godt tilrettelagt. Kommunen har iverksatt konklusjoner fra delprosjektet ”Tverrfaglig tjenestetilbud til alvorlig syke og døende” (Olsen og Strandquist. Foreløpig upublisert). Kreftsykepleier er ansatt i avdelingen. I tillegg er kreftsykepleier og koordinator for tverretattlig rådgivningsgruppe ansatt i hjemmetjenesten.

Tilbudet til pasienter med rehabiliteringsbehov må videreutvikles. Prosjektet har i liten grad sett på sammenhengen mellom plassene for rehabilitering i sykehjemmet og rehabiliteringsavdelingen, som har ansatt fysio- og ergoterapeuter. Det bør konkretiseres hva vedtak om rehabilitering innebærer. En mulighet for å arbeide med dette er i nytt delprosjekt

”Tjenestebeskrivelser” (Berntsen og Strandquist) som beskriver helse- og sosiale tjenester i kommunen.

I et større perspektiv kan veien videre imidlertid bety større endringer. Tradisjonelt er eldre gitt botilbud i alders- og sykehjem. Sammenligner vi med andre grupper i samfunnet gjelder andre tradisjoner og politiske beslutninger. Psykisk utviklingshemmede flyttet for eksempel ved ansvarsreformen fra tilrettelagte sentralinstitusjoner til boliger i sine hjemkommuner. Bolig- og hjelpetilbudet til psykisk og fysisk funksjonshemmede har ved statlig styring ført til andre tilbud innen kommunen enn det som er vanlig i eldreomsorgen.

Stortingsmelding nr. 45 (2003) gir signaler om hva som fremover vil være verktøy for bedre kvalitet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Den kommunale helse- og sosiallovgivningen skal samordnes. Regjeringen har allerede satt ned et lovutvalg som skal legge frem sin innstilling om harmonisering av lovverket våren 2004.

Regjeringen ønsker blant annet å endre kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven slik at vedtak om plass i institusjon blir erstattet av spesifiserte enkeltvedtak, der det tjenestetilbudet brukeren skal få blir konkretisert. Tjenestetilbudet skal være uavhengig av hvor brukeren bor. Bedre kontroll med helse- og sosiale tjenester varsles også.

Signalene fra regjeringen om samordning av lovverket kan være en anledning til å se nærmere på tradisjonell hjelp til funksjonshemmede og til eldre. Pasientene betjenes av to ulike fagtradisjoner, vernepleiere og sykepleiere. Dersom prosjektets konklusjoner innføres i drift kan det være en anledning til lærerikt samarbeid mellom faggruppene. I sykepleietjenesten er det vanlig med plandokumenter ut fra pasientens funksjon i forhold til grunnleggende behov. Plandokumenter i vernepleien tar i stedet ofte utgangspunkt i hverdagen til brukeren. Ved hjelp av dags- og ukeplaner beskrives hvordan hverdagen skal være i en topografisk rekkefølge. Et spørsmål for sykehjemmet er hvilke plandokumenter som best kan ivareta skifte av fokus fra ”det syke” til ”det friske”.

Skiftet av fokus fra ”det syke” til ”det friske” gjelder pasienter med stor fysisk funksjonssvikt eller demens. Omstilling er nødvendig, men må samtidig ikke gå for langt. Pasientene har behov for en bestemt pasientansvarlig sykepleier som bærer ansvaret for at omsorgstilbudet er faglig forsvarlig og følger opp at det er riktig helsehjelp som ytes. Pasientene har også behov

for at en bemanningsplan sikrer at det alltid er sykepleier tilgjengelig for å vurdere ustabile og uavklarte situasjoner som oppstår.

LITTERATUR

Adal og Strandquist. Bemanningsplan. Fordeling av kompetanse i hjemmetjenesten. Stokkeprosjektet og Norsk Sykepleierforbund Vestfold. Foreløpig upublisert

Berntsen og Strandquist. Tjenestebeskrivelser. Stokkeprosjektet. Foreløpig upublisert

Botten og Aasland. Befolkningens ønsker om helsetjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2995-9

Eek A. og Nygård Aa-M. Innsyn og utsyn. Tilbud til personer med demens i norske kommuner. INFO-banken 1999

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Helsedepartementet 1988

Fosaas og Strandquist. Samordning og kvalitet i hjemmetjenesten. Stokkeprosjektet. Foreløpig upublisert

Havnås og Strandquist. Frivillig arbeid og kultur for pårørende. Stokkeprosjektet. Foreløpig upublisert

Jahren Kristoffersen. Generell sykepleie I. Universitetsforlaget. 1996

Kirkevold, Marit. Vitenskap for praksis. Universitetsforlaget. 1996

Lian O. Behovet for helsetjenester - naturgitt eller sosialt bestemt? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 111-114

Lilleaas, Ulla-Britt og Wiedeberg, Karin. Trøtthetens tid. Pax forlag. 2001

Lov om helsepersonell m.v. Sosial- og helsedepartementet 1999

Lov om helsetjenesten i kommunene. Helsedepartementet 1982

Lov om pasientrettigheter. Sosial- og helsedepartementet 1999

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Sosial- og helsedepartementet 1999

Nygaard, H. Sykehjemmet som medisinsk institusjon –et fatamorgana? Tidsskr. Nor Lægeforen nr. 8, 2002; 122: 823-5

Olsen og Strandquist. Tverrfaglig tjenestetilbud til alvorlig syke og døende. Stokkeprosjektet. Foreløpig upublisert

Sosial- og helsedepartementet. Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Oslo. Rapport. 1999

Stortingsmelding nr. 50 (1996-97). Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet

Stortingsmelding nr. 34 (1999-2000). Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år

Stortingsmelding nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene. Omsorg 2000

Stortingsmelding nr. 31 (2001-2002) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen. «Fra hus til hender»

Stortingsmelding nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene

Stokke kommune. Behovsrapport-Bemanning. Somatisk sykeenheter 2.etg. Soltoppen. 17.01.02

Stokke kommune. Hovedutvalg for administrasjon. Saksfremstilling fra møte 12.09.01

Stokke kommune. Kommuneplan 2003 - 2006

Strandquist, Marit. Som man roper på sykehjem får man svar. Behovsanalyse om eldreomsorg. Senter for helseadministrasjon. Universitetet i Oslo. Working paper 2002:2

Strandquist, Marit. Dette vil vi med Stokkeprosjektet! Resultater fra 21 møter med involverte parter. Stokkeprosjektet 2002

Strandquist, Marit. Stokkeprosjektet. Konkretisering av omfang. Stokkeprosjektet 2003

VEDLEGG

KARTLEGGINGSSKJEMA

Pasient nummer:

| Ukedag | Pasientgruppe | | | | Pasientsituasjon | | |
|---------|---------------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------|
| | Stor fysisk funksjons- svikt | Pasient med demens | Pasient i rehabilitering | Alvorlig syk eller døende | Avklart, stabil situasjon | Uavklart/ustabil situasjon | Akutt-situasjon |
| Mandag | | | | | | | |
| Tirsdag | | | | | | | |
| Onsdag | | | | | | | |
| Torsdag | | | | | | | |
| Fredag | | | | | | | |
| Lørdag | | | | | | | |
| Søndag | | | | | | | |

