

Lise Adal og Marit Strandquist

BEMANNINGSPLAN

Fordeling av kompetanse i hjemmetjenesten



NSF Vestfold

STOKKEPROSJEKTET

STOKKE  KOMMUNE HØGSKOLEN  I VESTFOLD

Rapport 7 / 2004

Lise Adal og Marit Strandquist

BEMANNINGSPLAN
Fordeling av kompetanse
i hjemmetjenesten



NSF Vestfold

STOKKEPROSJEKTET

STOKKE  KOMMUNE HØGSKOLEN  I VESTFOLD

Tønsberg: Høgskolen i Vestfold, 2004

Rapport 7 / 2004

Rapport 7 / 2004 Høgskolen i Vestfold

Copyright: Høgskolen i Vestfold/ Lise Adal og Marit Strandquist

ISBN: 82-7860-125-9

FORORD

Prosjektet "Bemanningsplan. Fordeling av kompetanse i hjemmetjenesten" er ett av flere delprosjekter i Stokkeprosjektet og er et samarbeid med Norsk Sykepleierforbund Vestfold. Delprosjektet ble ledet av rådgiver ved NSF's fylkeskontor Lise Adal. Veileder har vært høgskolelektor Terje Røsjorde. Rapporten er skrevet i samarbeid mellom Lise Adal 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 ekstern 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>Struktur og kompetanse i sykehjem</i>	Toril Sund
<i>Rom for læring</i>	Torbjørg 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	SAMMENDRAG	5
2.0	BAKGRUNN	8
3.0	PRESENTASJON AV PROSJEKTET	9
3.1	PROBLEMSTILLING OG DEFINISJONER.....	10
3.2	MÅL.....	13
4.0	VERKTØY FOR BEMANNINGSPLANLEGGING	14
5.0	PASIENTSITUASJONER AVGJØR PASIENTENS BEHOV FOR KOMPETANSE	18
6.0	METODE	22
6.1	KARTLEGGING AV TJENESTEN	22
6.2	ARBEIDSGRUPPE	24
6.3	KURS.....	25
6.4	EVALUERING.....	25
7.0	RESULTAT FRA KARTLEGGING OG ARBEIDSGRUPPE	28
7.1	PASIENTER I HJEMMETJENESTEN	28
7.2	BEMANNING.....	30
7.3	PASIENTARBEID OG BRUK AV KOMPETANSE.....	31
7.4	ANDRE FAKTORER BAK EN BEMANNINGSPLAN.....	33
8.0	BEMANNINGSPLANLEGGING I STOKKE	37
8.1	PASIENTENES BEHOV FOR KOMPETANSE	37
8.2	ARBEIDSFORHOLD FOR ANSATTE	38
8.3	FORSVARLIG OG EFFEKTIV DRIFT	39
8.4	NY BEMANNINGSPLAN	41
9.0	EVALUERING AV BEMANNINGSPLANEN	45
9.1	PASIENTGRUNNLAG OG PERSONALSAMMENSETNING	45
9.2	ARBEIDSFORHOLD	48
9.3	BRUK AV KOMPETANSE I DIREKTE PASIENTARBEID.....	50
9.4	BRUK AV KOMPETANSE FOR KOORDINERING OG KONTINUITET	52
9.5	ANDRE FAKTORER.....	55
10.0	KONKLUSJONER	57
10.1	PASIENTER I HJEMMETJENESTEN	57
10.2	BEMANNING	58
10.3	BRUK AV KOMPETANSE.....	58
10.4	ANDRE FAKTORER	62
11.0	OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE	64
	LITTERATUR	68
	VEDLEGG	70

1.0 SAMMENDRAG

I kartleggingsundersøkelsen om hva Stokkeprosjektet burde utvikle kom det frem ønsker om å vurdere bemanning ut fra pasientenes behov. Samtidig ble det stilt spørsmål om hvordan man kunne utnytte sykepleierkompetansen bedre. NSF Vestfold ønsket å starte et prosjekt for å se på bemanningsbehov og kompetansefordeling i kommunehelsetjenesten. Disse sammenfallende interessene gjorde at det ble inngått en samarbeidsavtale mellom NSF Vestfold og Stokkeprosjektet og foreliggende prosjekt ble igangsatt (kapittel 2)

Prosjektets mandat var å utvikle kompetanse om bemanningsplanlegging og kompetansefordeling. Både pasientens, ansattes og arbeidsgivers perspektiv skulle legges til grunn (kapittel 3).

Det skulle utvikles et verktøy for bemanningsplanlegging som kunne ivareta fordeling av kompetanse og kontinuitet i tjenesten og samtidig legge til rette for et godt arbeidsmiljø og faglig forsvarlig og effektiv drift (kapittel 4).

Prosjektet valgte å definere pasientenes behov for kompetanse ut fra den situasjonen pasienten er i. Tenkningen ble hentet fra professor Marit Kirkevold som har definert fire typer situasjoner som sykepleiere møter i praksis. Prosjektet valgte benevnelsen pasientsituasjoner. Det ble beskrevet hvilken kompetanse som er nødvendig i akutte og uforutsette situasjoner, ustabile og uavklarte situasjoner, avklarte og stabile situasjoner og situasjoner med behov for forebygging (kapittel 5).

Det ble foretatt en kartlegging av hjemmetjenesten i Stokke kommune og etablert en arbeidsgruppe med ansatte og leder i hjemmetjenesten for å knytte prosjektet opp mot praksis (kapittel 6).

Resultatet av kartleggingen viste at det oppstod akutte situasjoner hos 5% av pasientene, 13,3% var i uavklarte situasjoner og 86,7% var i avklarte situasjoner. Pleiepersonalet bruke ca en tredjedel av sin tid på de uavklarte pasientsituasjonene. Det viste seg også at det ikke var samsvar mellom budsjetterte årsverk og årsverk i turnusplan. Det var høy grad av deltidsansatte i tjenesten og sykefraværet var høyt. Ved fravær ble sykepleierkompetanse i stor grad erstattet av personell med lavere kompetanse.

Arbeidet i forhold til hver pasient omfattet direkte pasientrettet arbeid, koordinering av tjenestetilbudet og sikring av kontinuitet. Koordinering av tjenestetilbudet var samarbeid med lege og andre involverte tjenesteytere som har ansvar for et helhetlig tilbud. Sikring av kontinuitet betyr utarbeidelse av pleieplaner, oppfølging av sykepleietiltak, dokumentasjon og forsvarlig delegering av oppgaver. Det var soneledere og sykepleiere som utførte koordinering av tjenestetilbudet (kapittel 7).

Prosjektet utviklet ny bemanningsplan for hjemmetjenesten i Stokke kommune. Personalets kompetanse ble fordelt ut fra forekomst av pasientsituasjoner. Det ble lagt vekt på at de ansatte skulle oppleve å kunne tilby en faglig og etisk forsvarlig tjeneste. Antall timer pr. vakt skulle tilsvare en normal arbeidsdag. Bemanningsplanen skulle gi rom for kompetanseutvikling for personalet (kapittel 8).

Evalueringsundersøkelsen i prosjektet viste at det tok tid å få alle intensjonene bak ny bemanningsplan til å fungere optimalt. Det var blitt bedre samsvar mellom budsjetterte årsverk og årsverk i turnusplan. Men det var fremdeles utstrakt bruk av deltid for å få nok personer på vakt i helgene. Sykefraværet var fortsatt høyt. Sykepleiere hadde høyest sykefravær ved prosjektstart, men i evalueringssuken var det hjemmehjelpere som hadde høyest sykefravær. I evalueringssuken hadde vikarene i større grad samme kompetanse som den de vikarierte for. I den nye bemanningsplanen fikk sykepleierne høyere vaktbelastning med flere kveldsvakter fordi mange uavklarte pasientsituasjoner krevde mer sykepleierkompetanse på kveld. Dette var det ingen innsigelser mot fordi personalet opplevde en tryggere og bedre arbeidssituasjon på kveldsvaktene (kapittel 9).

Hovedfokus i tjenesten var direkte pasientrettet arbeid. Kategoriseringen ut fra pasientsituasjoner hadde gjort ansatte og gruppesykepleiere mer bevisste på hvordan ulike yrkeskompetanse skulle fordeles. Dette syntes de ansatte var positivt og gav en tryggere arbeidssituasjon (kapittel 10).

Koordinering og sikring av kontinuitet i tjenestetilbudet ble ikke ivarettatt tilfredsstillende. Ordning med pasientansvarlig sykepleier (PAS) var innført for å sikre koordinering av tjenestetilbudet nær pasienten av en sykepleier som kjente pasienten godt. Evalueringen viste at funksjonen må videreutvikles og at det må legges til rette for at PAS får ivareta ansvaret de

er pålagt. Den utstrakte bruken av vikarer svekker kontinuiteten i tjenesten. Evalueringen viste at for å sikre kontinuitet er det behov for bedre skriftlig dokumentasjon og at reduksjon av muntlig rapportering bør vurderes (kapittel 10).

Til kompetanseutviklingen for personalet ble det i den nye bemanningsplanen avsatt en time pr. uke hvor dag- og aftenvakt overlappet hverandre. Øvrig fagutvikling for ansatte, elev- og studentveiledning og ferieavvikling er ikke satt i system. For at bemanningsplanleggingen skal kunne utarbeides i tråd ansattes behov for permisjoner i forbindelse med kompetanseutvikling bør arbeidsgiver utarbeide en plan for kompetansehevede tiltak (kapittel 10).

Det synes som om de økonomiske rammene er trange og at det er behov for å vurdere hvilke tjenester som skal ytes i hjemmetjenesten. Tiltak i forhold til det høye sykefraværet bør utredes nærmere (kapittel 10).

Prosjektet hadde mange målgrupper med ulike perspektiver på hjemmetjenesten i kommunen og har gjennom lærende samarbeid ønsket å utdype disse perspektivene og finne en logisk sammenheng dem. Etter at forekomsten av pasientsituasjoner, eksisterende bemanning og hvilke yrkesgrupper som utførte tjenester til pasientene var kartlagt ble det utarbeidet ny bemanningsplan for hjemmetjenesten. Det viste seg at bevisst arbeid med bemanningsplanlegging sørget for bedre fordeling av ansattes kompetanse. Prosjektet avdekket svakheter ved kontinuiteten i tjenestetilbudet på grunn av utstrakt bruk av vikarer og strukturen i dokumentasjonssystemet. Det er et generelt behov for systemutvikling i hjemmetjenesten som blant annet innebærer utvikling av et enkelt verktøy for jevnlig kategorisering av pasienter i ulike situasjoner. Leder og arbeidsgiverorganisasjoner vil ha nytte av utdypning av hvordan kompetanse kan benyttes effektivt (kapittel 11).

Forståelse og kunnskap om pasientenes behov for kompetanse sett i sammenheng med bemanningsbehov og fordeling av ansattes kompetanse hele døgnet vil være med å bidra til en faglig forsvarlig og effektiv drevet hjemmetjeneste.

2.0 BAKGRUNN

Tradisjonelt har pleie- og omsorgsoppgaver i kommunene blitt ivaretatt ved pleiehjemmene. Fra 1950 skjedde en utvikling mot mer aktiv behandling i institusjonene, og begrepet sykehjem ble tatt i bruk. Tilbud om sykepleietjenester i hjemmene startet på 1970-tallet. Siden dette har hjemmetjenester vært i stadig utvikling. Statlige handlingsplaner har medvirket til at kommunene har bygget tilrettelagte boliger med livsløpstandard for eldre (omsorgsboliger) og utviklet tjenestetilbudet (Stortingsmelding nr. 50 (1996-97), Stortingsmelding 34 (1999-2000), Stortingsmelding nr. 28 (1999-2000), Stortingsmelding nr. 31 (2001-2002), Stortingsmelding nr. 45 (2002-2003)).

Hjemmetjenesten yter tjenester til pasienter med stadig mer utfordrende lidelser og behandlingsbehov. Det er behov for kompetanse for å sikre faglig forsvarlige helsetjenester. Samtidig har det fra flere hold blitt påpekt at kvaliteten på de kommunale helsetjenestene på flere områder ikke er tilfredsstillende (Hofseth og Norvoll 2003).

Ønske om delprosjekt

I kartleggingsundersøkelse om hva Stokkeprosjektet burde utvikle (Strandquist 2002) kom det frem ønske om å vurdere bemanning ut fra pasienters behov. Mange ba om et prosjekt som kunne svare på hvordan en kunne benytte sykepleierkompetanse bedre. Det var behov for å tydeliggjøre kompetanse og ansvarsområder for ulike faggrupper innen pleie og omsorg. Stokkeprosjektet ønsket derfor å etablere et prosjekt som kunne bidra til å få oversikt over pasientenes kompetansebehov og utvikle et verktøy for bemanningsplanlegging.

NSF Vestfold ønsket å starte et prosjekt for å se på bemanningsbehov og kompetansefordeling i kommunehelsetjenesten. Interessen for å utvikle kunnskap om bemanningsplanlegging var sammenfallende. Det ble 06.02.03 inngått samarbeidsavtale mellom Norsk Sykepleierforbund Vestfold og Stokkeprosjektet om igangsetting av foreliggende prosjekt (vedlegg 1).

3.0 PRESENTASJON AV PROSJEKTET

Samarbeidsprosjektet ”Bemanningsplan. Fordeling av kompetanse i hjemmetjenesten” foregikk i perioden februar 2003 til februar 2004. Prosjektet benevnes videre i rapporten også som ”Bemanningsprosjektet”.

Prosjektets mandat var å utvikle kompetanse om bemanningsplanlegging. Både pasienters, ansattes og arbeidsgivers perspektiver skulle legges til grunn. Det skulle utvikles verktøy for bemanningsplanlegging, gjennomføres en kartlegging av tjenesten og utformes nye bemanningsplaner. I tillegg skulle det gjennomføres kurs og veiledning for ansatte som arbeider med bemanningsplanlegging. Prosjektet skulle til slutt evalueres og rapporteres.

Avgrensning

Samtidig med Bemanningsprosjektet foregikk delprosjektet ”Samordning og kvalitet i hjemmetjenesten” (Fosaas og Strandquist 2004. Foreløpig upublisert). Prosjektene hadde mange sammenfallende interesser og valgte derfor å samarbeide. Bemanningsprosjektets interesse var i utgangspunktet hele kommunehelsetjenesten. Fordi Samordningsprosjektet var avgrenset til hjemmetjenesten, ble Bemanningsprosjektet også avgrenset til denne delen av kommunehelsetjenesten.

På grunn av kommunens økonomiske situasjon var det ikke mulig å tilføre nye stillinger. Bemanningsprosjektet utarbeidet derfor en bemanningsplan innenfor gjeldende økonomiske rammer og med eksisterende personale.

Bemanningsprosjektet rettet seg mot mange målgrupper som har ulike perspektiv på hjemmetjenesten. I Stokke kommune er arbeidet relevant for ansatte, ledere og politikere. Ved Høgskolen i Vestfold er målgruppen fagutviklere, forskere, lærere og studenter. Norsk Sykepleierforbund har målgruppene arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner, ansatte, ledere og politikere. Prosjektet ble avgrenset til å finne en logisk sammenheng mellom de ulike perspektivene. Utdyping av hvert perspektiv var ikke mulig eller ønskelig innenfor prosjektets rammer.

3.1 Problemstilling og definisjoner

Stokke kommune har 10.000 innbyggere. Ved prosjektstart mottok 240 personer tjenester i hjemmet.

Hjemmetjenesten er organisert som en del av Virksomhet for pleie, omsorg og rehabilitering. Ved prosjektstart var hjemmesykepleie og hjemmehjelp separate enheter med felles avdelingsleder. Hjemmesykepleien med sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere hadde kontorer i tilknytning til sykehjemmet. De var delt i to adskilte geografiske soner med eget personale. Hjemmehjelperne var ufaglært personale og hadde ikke noen felles base.

En bemanningsplan skal ivareta pasientenes behov for kompetanse hele døgnet. Ansatte skal ha ansvar og oppgaver i tråd med sin kompetanse. Arbeidsgiver er ansvarlig for at tjenesten organiseres slik at helsepersonell kan oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse.

Prosjektet arbeidet derfor ut fra problemstillingen:

Hvordan kan en bemanningsplan fordele kompetanse riktig for pasienter, ansatte og arbeidsgiver?

Bemanningsplan

Bemanningsplan er en oversikt over antall personer som må være tilstede på hver vakt i løpet av uken og hvilken kompetanse personene må ha. Planen skal sikre at personalet som yter tjenester til pasientene har nødvendig kompetanse. Den skal gi rom for planlegging og koordinering av tiltak og sikring av kontinuitet ved rapportering og dokumentasjon. Basis for beregning av bemanningsbehovet er hvilke tjenester som skal ytes og omfanget av dem. Sykefravær, ferieavvikling og tid til kompetanseutvikling for personalet og utdanning av helsepersonell må innarbeides. Kjøretid må vurderes.

Turnusplan utledes av bemanningsplan. Det er en systematisk rullerende plan som viser arbeidstiden for arbeidstakere som inngår i planen.

Kompetanse

Kompetanse kan deles inn i formalkompetanse og realkompetanse (Dahlin 1993).

Formalkompetanse er betegnelse på kunnskaper og ferdigheter som er dokumentert gjennom eksamener og prøver. Realkompetanse er den kompetanse som kommer til uttrykk gjennom arbeidet. Denne kompetansen er et resultat av kunnskaper, holdninger, ferdigheter og erfaringsbasert innsikt. I tillegg vil man i en arbeidssituasjon kunne nytte andres kompetanse gjennom samarbeid eller veiledning som supplement til egen kompetanse, når oppgaver skal løses.

Kompetanse på individnivå i en organisasjon er derfor et produkt av teoretiske kunnskaper, holdninger, ferdigheter, erfaringsbasert innsikt og evne og vilje til å bruke andres kompetanse.

Hjemmehjelpere har ingen formalkompetanse, men deres oppgave er å holde et hjem rent og i orden. Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har formalkompetanse i grunnleggende stell og pleie av pasienter. Lyberg og Strandquist (1998) har beskrevet sykepleieres spesielle handlingskompetanse. Det omfatter rasjonelle ferdigheter, samhandlingsferdigheter og manuelle ferdigheter. Rasjonelle ferdigheter er å kunne vurdere situasjoner og problemer, tenke kritisk, vurdere klinisk og fatte beslutninger. Samhandlingsferdigheter omfatter samhandling med personer i utfordrende situasjoner. Det kan være ved sansetap, hjerneskade, eller for eksempel følelsesmessige reaksjoner på grunn av demens og kriseopplevelse. Manuelle ferdigheter dreier seg om alle bevegelser som omfatter hender og kropp for øvrig, som ved forflytning av pasient og spesielle prosedyrer.

Pasient

Prosjektet drøftet om betegnelsen pasient eller bruker skulle benyttes. Lov om pasientrettigheter (1999) definerer pasient som en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle (§1-3a). Personer som mottar praktisk bistand har ingen spesiell betegnelse i loven. Prosjektet valgte derfor å bruke begrepet pasient for alle personer som mottar hjemmetjenester.

Pasientens perspektiv

Pasientene i hjemmetjenesten trenger praktisk hjelp og/eller helsehjelp på grunn av alderssvikselser, ulike sykdommer og behandlingstiltak. Hjemmetjenester omfatter helsehjelp

etter Lov om helsetjenester i kommunene (1982) og/eller praktisk bistand etter Lov om sosiale tjenester (1991).

Personer som mottar helsehjelp har sine rettigheter regulert i Lov om pasientrettigheter (1999) og Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene 2003).

Ansattes perspektiv

Ansattes interesse er å ha en jobb med avtalt lønn og gode arbeidsforhold. Arbeidsmiljøet skal tilpasses arbeidstakers behov for tilrettelegging og oppfylle intensjonen i kommunens avtale om Inkluderende Arbeidsliv inngått 15.05.02. Fravær av ulike årsaker må ikke utløse urimelig arbeidsbelastning på de ansatte. De ansatte skal kunne gi et faglig og etisk forsvarlig pasienttilbud (Lov om helsepersonell m.v. 1999). Det må være mulighet for generell kompetanseheving og stimulerende fagmiljø slik at kompetanse kontinuerlig utvikles og oppdateres.

Ansattes interesser er blant annet regulert av Arbeidsmiljøloven (1977) og Hovedtariffavtalen mellom KS og de ulike fagforeningsorganisasjonene.

Arbeidsgivers perspektiv

Arbeidsgiver skal sikre at kommunens tilbud om helsetjenester er faglig forsvarlig og i henhold gjeldende lovverk (Lov om helsetjenester i kommunene 1982, Lov om sosiale tjenester 1991, Forskrift om internkontroll 2002 og Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene 2003). Pasientrettighetsloven (1999) har bestemmelser om krav til informasjon, opplæring og veiledning både av pasienter og pårørende. Pasientenes rett til helsehjelp og helsepersonells yrkesutøvelse og organisering av virksomheten er regulert i Helsepersonelloven (1999).

For arbeidsgiver er det viktig å rekruttere og beholde dyktige medarbeidere gjennom et godt og utviklende arbeidsmiljø. Samtidig må det være kostnadseffektiv drift.

Kommunehelsetjenesten er arena for utdanning av helsepersonell. Det må legges til rette for gode læringssituasjoner og krav til veiledning av studenter og elever må tilfredsstilles.

3.2 Mål

Stokkeprosjektet skal utvikle tjenester og kompetanse innen helsesektoren i kommunen. Et delmål er at tjenestetilbudet skal kjennetegnes ved god kvalitet. I tillegg skal ansatte med riktig kompetanse rekrutteres og beholdes. Det er viktig at de opplever arbeidsplasser som spennende, utfordrende og utviklende, og at de samtidig føler trygghet og delaktighet i jobbsituasjonen. Hva som er riktig kompetanse skal vurderes ut fra pasientenes behov og hva kommunetjenesten skal yte (Strandquist 2003).

Bemanningsprosjektet utledet sine mål fra Stokkeprosjektets overordnede mål. Målene var

- heve ansattes kompetanse i forhold til bemanningsplanlegging
- å utvikle et verktøy for fordeling av kompetanse i en bemanningsplan
- at bemanningsplanen skal dekke pasientenes behov for kompetanse og kontinuitet
- at bemanningsplanen skal legge til rette for godt arbeidsmiljø og forsvarlig og effektiv drift

4.0 VERKTØY FOR BEMANNINGSPLANLEGGING

En bemanningsplan skal utarbeides på grunnlag av virksomhetens mål og verdigrunnlag. Bemanningsplanen skal medvirke til at virksomhetens aktivitet er i tråd med lov- og avtaleverk, overordnede planer, målsettinger, politiske føringer og innenfor økonomiske og ressursmessige rammer. Det skal tas hensyn til geografiske og demografiske forhold. Ledere på alle nivå, tillitsvalgte og eventuelt andre representanter fra ansatte og pasienter skal samarbeide om utarbeidelse av bemanningsplanen.

Det er to mulige måter å utarbeide bemanningsplaner på. Man kan ta utgangspunkt i tjenestens behov og hvilke ressurser dette krever. Alternativt tas det utgangspunkt i det personalet og de ressurser virksomheten faktisk har.

Uavhengig av hvilken metode man velger må man først lage en oversikt over alle aktiviteter i virksomheten, tidsbruk og hvem som skal være utførere. Aktivitetene er direkte pasientrettet arbeid (tjenester som ytes til pasientene), koordinering av tilbudet til pasientene (samarbeid med andre interne og eksterne samarbeidspartner), sikring av kontinuitet ved dokumentasjon og rapporter, kompetanseutvikling for personalet (videreutdanning, kurs, refleksjonsgrupper, opplæring av nyansatte og vikarer), utdanning av helsepersonell og kjøretid.

I de fleste tilfelle (bortsett fra nyetableringer) må man ved utarbeidelse av ny bemanningsplan ta hensyn til eksisterende personale og kompetanse. Det må derfor skaffes oversikt over budsjetterte stillinger (antall årsverk) og tilgjengelige personalressurser (stillingsstørrelser og kompetanse).

Antall personer i bemanningsplanen er avhengig av bemanningsbehovet i helgene og hvor ofte personalet skal arbeide helg. For eksempel vil det være behov for 42 personer dersom totalt 14 personer skal arbeide hver tredje helg ($14 \text{ personer} \times 3 \text{ helger} = 42 \text{ personer}$).

Andre sentrale rammefaktorer er antall arbeidstimer pr. vakt og om det for noen ansatte er behov for spesiell tilrettelegging av arbeid eller arbeidstid. I tillegg må det vurderes om bemanningssituasjonen i forbindelse med sykefravær og ferieavvikling skal tas hensyn til.

Ut fra de innhentede opplysningene kan det settes opp en oversikt over antall personer man har behov for på hver vakt i løpet av uken. Det er hensiktsmessig å begynne med bemanningsbehovet på helg, kveld og natt. Vakttyper og vaktlengder må bestemmes. Ut fra dette beregnes timeantallet per uke for hver vakttype. Antall stillinger beregnes ut fra summen av timeantallene ved å dele på uketimetallet (for turnusarbeidere utgjør det 35,5 timer) for stillingene.

Tabellen nedenfor viser en bemanningsplan for avdeling med 40 årsverk. Årsverkene utgjør (40 årsverk x 35,5 timer) 1420 timer per uke.

Vakttype	Man	Tirs	Ons	Tors	Fre	Lør	Søn	Vaktlengde	Antall timer
Dagvakter	Antall personer på vakt								
D1 07.30-15.00	15	16	16	16	15	8	8	7 timer eks. pause ½ time	658 timer
D2 07.00-15.00	2	2	2	2	2	1	1	7,5 timer eks. pause ½ time	90 timer
D3 07.30-14.00					1			6 timer eks. pause ½ time	6 timer
Aftenvakter									
A1 14.45-21.45	9	9	9	9	9	6	6	8 timer	456 timer
Nattevakt									
N 21.30-07.30	3	3	3	3	3	3	3	10 timer	210 timer
Sum timer									1420 timer

Tabell 1: Samlet bemanningsplan for en uke

Plan for kompetansefordeling utarbeides ut fra samlet bemanningsplan. Det vil si at man vurderer hvor mange av hver yrkesgruppe det er behov for på den enkelte vakt. For hver yrkesgruppe settes det opp separate bemanningsplaner.

I vårt eksempel har vi vurdert behovet for sykepleiere og tabellen nedenfor viser et forslag til bemanningsplan for disse i denne avdelingen. Det arbeides det hver tredje helg.

Vakttype	Man	Tirs	Ons	Tors	Fre	Lør	Søn	Vaktlengde	Antall timer
Dagvakter	Antall sykepleiere på vakt								
D1 07.30-15.00	4	3	3	3	4			7 timer eks. pause ½ time	119 timer
D3 07.00-15.00	1	1	1	2	1	2	2	7,5 timer eks. pause ½ time	75 timer
Aftenvakter									
A1 14.45-21.45	3	3	3	3	3	2	2	8 timer	152 timer
Nattevakt									
N 21.30-07.30	1	1	1	1	1	1	1	10 timer	80 timer
Sum timer									426 timer

Tabell 2: Bemanningsplan for sykepleiere

Det neste skritt er å beregne antall årsverk dette utgjør. Dette gjøres ved å dele antall timer på uketimetallet (for turnusarbeidere utgjør det 35,5 timer) for stillingene. Tabellen nedenfor viser beregningen av antall årsverk for sykepleiere i vårt eksempel.

Antall timer per uke for sykepleier	Uketimetall for turnusarbeidere	Antall årsverk
426 timer	35,5 timer per uke	12 årsverk

Tabell 3: Beregning av antall årsverk

I vårt eksempel var det behov for 12 årsverk for sykepleiere. Det var fem sykepleiere som skulle arbeide hver tredje helg. Det vil si at det var behov for 15 sykepleiere (5 sykepleiere x 3 helger). Vi må derfor fordele de 12 årsverkene slik at vi får 15 personer. Tabellen nedenfor viser et eksempel på fordeling av stillingsstørrelser i forhold til 12 årsverk når man trenger 15 personer.

Antall årsverk	Stillingsstørrelse	Antall personer
6 årsverk	100 %	6 personer
4,5 årsverk	75 %	6 personer
1,5 årsverk	50 %	3 personer
12 årsverk		15 personer

Tabell 4: Årsverk fordelt på stillingsstørrelser

Det må videre utarbeides en oversikt over de vaktene hver enkelt stillingsstørrelse skal dekke.

Det totale bemanningsbehovet i vårt eksempel utgjorde 1420 timer. Sykepleierbehovet utgjorde 426 timer. Det er da 994 timer (1420 timer – 426 timer) tilbake. Disse fordeles på de andre yrkesgruppene i avdelingen på samme måte som for sykepleierne.

5.0 PASIENTSITUASJONER AVGJØR PASIENTENS BEHOV FOR KOMPETANSE

Prosjektet skulle utvikle en bemanningsplan som dekket pasientenes behov for kompetanse hele døgnet. Det ble da nødvendig å definere hvilken kompetanse pasientene hadde behov for. Et sentralt spørsmål var hvordan en skulle skille på behov for kompetanse fra sykepleier, hjelpepleier og hjemmehjelper. Prosjektet vurderte flere måter å kategorisere pasientene i hjemmetjenesten på for å kunne planlegge bemanning.

Data om enkeltpasienters sykdomsbilde, funksjonsnivå og omsorgstynge har i tidligere studier blitt brukt til å kartlegge pasientsammensetning og bestemme bemanningsbehov (Grue og Sørbye 1988, Hofseth og Norvoll 2003).

Prosjektet fant ikke tidligere kategoriseringsverktøy tilfredsstillende. De gav ikke svar på pasientenes kompetansebehov og om det er behov for en sykepleier eller hjelpepleier. En pasient kan ha mange sykdommer og aktive diagnoser men leve et godt liv med lite helsehjelp. Prosjektet drøftet alternative måter for kategorisering av pasienter. Dette ble drøftet med andre ledere av delprosjekter i Stokkeprosjektet. Det var enighet om at det var pasientens situasjon som var avgjørende for hvilken kompetanse som var nødvendig.

Denne tenkningen ble hentet fra professor Marit Kirkevold, Institutt for sykepleiervitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo. Hun har definert fire typer situasjoner som sykepleiere møter i sin praksis (Kirkevold 1996). Situasjonene benevnes både som sykepleiesituasjoner og sykepleiens praksissituasjoner. Dette er akuttsituasjoner, problematiske situasjoner, ikke-problematiske situasjoner og problemidentifiserende situasjoner. Hun mener at en pasientsituasjon kan være karakterisert ved flere av disse situasjonene samtidig eller kan endre seg fra en type til en annen over tid. Sykepleieren må møte pasienten i den situasjonen han er. Kirkevold beskriver også hvilken kompetanse de ulike situasjonene krever.

Prosjektet valgte å ta utgangspunkt i Kirkevolds situasjonsbeskrivelser. Muligheten for å tilpasse modellen ble drøftet i møte med professor Marit Kirkevold. Prosjektets fokus var pasientene og deres behov. Det var derfor ønskelig å beskrive hvilke situasjoner pasienter kan være i, fremfor hvilke situasjoner sykepleiere/helsearbeidere kan komme til å møte i praksis.

Kirkevolds benevnelser på situasjonene ble derfor endret slik:

- *Akuttsituasjoner* ble endret til *akutte og uforutsette pasientsituasjoner*
- *Problematiske situasjoner* ble endret til *ustabile og uavklarte situasjoner*
- *Ikke-problematiske situasjoner* ble endret til *avklarte situasjoner*
- *Problemidentifiserende situasjoner* ble endret til *behov for forebygging*

Nedenfor konkretiseres pasientsituasjonene og hvilken kompetanse Kirkevold har beskrevet at de krever. Eksempler på situasjoner er hentet fra Kirkevold (1996) i tillegg til at prosjektet har tilføyet typiske eksempler for pasienter som mottar helsetjenester i hjemmet.

Akutte og uforutsette situasjoner

Dette er situasjoner som oppstår uventet og brått. De kan være komplekse og uoversiktlige (Kirkevold 1996). Prosjektet definerte eksempler på akuttsituasjoner i hjemmetjenesten. Det er akutt sykdom som hjertestans, hjerteinfarkt, hjerneblødning, astma anfall, skader ved fall og føling i forbindelse med diabetes. I tillegg kan angst og akutt forvirring hos demente utløse akutte situasjoner. Alle akutte medisinske situasjoner som ikke løses ved faste prosedyrer i hjemmetjenesten defineres som akuttsituasjoner. Alarm som utløses med ukjent årsak, regnes også som uforutsett situasjon.

Kirkevold beskriver kompetansebehovet i akuttsituasjoner (1996). 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. Behovet for kompetanse er evne til raskt å få oversikt over problemet og kunne avpasse kravene og ressursene i situasjonen. En må ha evne til å håndtere situasjonen og igangsette nødvendige tiltak inntil hjelp er tilgjengelig. Det er viktig 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.

Prosjektet fant at beskrivelsen av kompetansebehovet samsvarte med behovet for kompetanse hos ansatte i hjemmetjenesten. Personalet er ofte alene hos pasienten. De må derfor ha kompetanse til å takle alle typer akuttsituasjoner.

Ustabile og uavklarte situasjoner

Situasjonene er her uklare eller udefinerte. Det kan være fordi pasienten er ny for helsepersonellet 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 (Kirkevold 1996). Dette kan i hjemmetjenesten blant annet gjelde alvorlig syke og døende, pasienter under rehabilitering og pasienter med uregulert diabetes eller for eksempel hjerneslag. Andre eksempler er psykiatriske pasienter og demente.

Kirkevold (1996) hevder at det som skiller eksperter fra uerfarne er evne til å oppfatte og tolke situasjoner fra ulike synsvinkler, raskt komme med mulige forklaringer og teste disse ut for å finne hvilken som gir best mening og sammenheng. Utredning av uavklarte situasjoner får betydelig oppmerksomhet i sykepleierutdanningen. Studentene trener teoretisk og praktisk på å utvikle evne til problemløsning og problemløsning. Sykepleierens evne til å foreta en klinisk vurdering er viktig for å avklare hvilken type problem en står overfor, om problemet er klinisk eller for eksempel av mellommenneskelig art. Den 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.

Det er viktig at den som yter tjenester til pasienter i uavklarte eller ustabile situasjoner har kompetanse til å foreta klinisk vurdering, se relevante sammenhenger, ut fra dette iverksette tiltak og vurdere effekten av dem. Prosjektet mener at når man er i pasientens eget hjem vil forholdet til pårørende og deres påvirkning på situasjonene være av en annen karakter enn om pasienten var i institusjon. Dette gjør at det stilles høye krav til kompetanse og erfaring for å ivareta pasientene i ustabile og uavklarte situasjoner i hjemmetjenesten.

Avklarte situasjoner

Kirkevold (1996) beskriver at dette er når pasientens behov er kjent og situasjonen er stabil. Pasienten trenger hjelp til å få dekket sine grunnleggende behov. Hjelpet behovet kan være både langvarig og omfattende. Dette er pasienter som har behov for hjelp, pleie og omsorg for å takle sin sykdom eller alderssvækkelse slik at de kan mestre hverdagen. Tiltak og behandling

følger et fast regime. Avklarte pasientsituasjoner forekommer ofte i hjemmetjenesten hvor pasienter mottar hjelp over lang tid.

Behovet for kliniske vurderinger er ikke mest fremtredende, selv om ustabile situasjoner når som helst kan oppstå på grunn av pasientens sykdom, høye alder eller helsetilstand for øvrig. Utfordringen ligger oftest i kompleksiteten knyttet til verdimeslige og moralske utfordringer. Det er viktig å kjenne pasienten og gjennom innlevelse, god kommunikasjon og personlig engasjement handle på en måte som ivaretar pasienten helsemessig og personlig, sier Kirkevold (1996). Prosjektet mener mange ansatte har høy realkompetanse som er verdifull i møte med disse pasientsituasjonene.

Situasjoner med behov for forebygging

I disse situasjonene er det viktig å identifisere mulige problemer før de oppstår (Kirkevold 1996). Prosjektet mener disse situasjonene kan oppstå hos pasienter med generell alderssvakkelse som kan være disponert for å utvikle ulike sykdommer eller føle seg utrygge.

Kirkevold (1996) hevder at en forutsetning for å kunne identifisere mulige helserelaterte problemer er å ha solid kunnskap om og 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, samt forståelse av forventet utvikling i forhold til problemer som sannsynlig kan oppstå.

Forebyggende tiltak bør settes inn så tidlig som mulig slik at symptomene ikke får utvikle seg. Prosjektet mener de ansatte i hjemmetjenesten derfor må ha bred kunnskap, erfaringer og kjennskap til pasientene for å kunne fange opp disse pasientsituasjonene.

6.0 METODE

Prosjektet kartla hjemmetjenesten ved å benytte et registreringsskjema og gjennomføre gruppeintervjuer. I tillegg ble prosessorienterte metoder for prosjektarbeid benyttet. Ansatte deltok på opplæring om bemanningsplanlegging og problemstillinger ble drøftet i prosjektets arbeidsgruppe. Alle ansatte ble informert om prosjektet på personalmøter og allmøter gjennom hele prosjektperioden.

Det ble utarbeidet et kartleggingsskjema og foretatt en kartleggingsundersøkelse av et stratifisert utvalg av pasienter i hjemmetjenesten. En arbeidsgruppe med medlemmer fra ulike nivå i hjemmetjenesten ble opprettet. Informasjon ble hentet fra kommunenes personaladministrative systemer. I tillegg kom det frem opplysninger i Samordningsprosjektet (Fosaas og Strandquist 2004. Foreløpig upublisert) som bemanningsprosjektet kunne dra nytte av. Det ble utviklet forslag til bemanningsplan og turnusplan for hjemmetjenesten som ble iverksatt 20. oktober 2003. Til slutt ble det gjort en evaluering av prosjektet gjennom gruppeintervjuer med ansatte januar 2004.

6.1 *Kartlegging av tjenesten*

Prosjektet ønsket informasjon om pasientgrunnlaget i hjemmetjenesten ved prosjektstart, samt bruk av kompetanse fra ulike yrkesgrupper. Samordningsprosjektet hadde behov for registrering av hvilke tjenester som ble utført. Prosjektene samarbeidet med ekstern veileder om utarbeidelse av felles kartleggingsskjema (vedlegg 2). Nedenfor gjøres det rede for hvilke opplysninger i kartleggingsskjemaet som tilhører foreliggende prosjekt.

Undersøkelsens innhold

Bakgrunnsdata som ble registrert var: aldersgruppe, boligtype og kjønn. Det var også planlagt å registrere antall aktive diagnoser, men dette viste seg å være komplisert. Det var vanskelig å finne frem til diagnosene hver enkelt pasient hadde for så å definere hvilke diagnoser som var aktive. Kartlegging av dette ble derfor ikke utført.

Prosjektet ønsket informasjon om hvilken situasjon pasientene var i når de mottok helsehjelp. Beskrivelser og eksempler på de ulike situasjonene ble utarbeidet (kapittel 5.0). Kartleggingen

omfattet hvilke yrkesgrupper som utførte tjenester i ulike situasjoner og hvor mye tid som gikk med til dette. Tjenestene omfattet hjelp til personlig stell, praktisk hjelp, medikamentadministrasjon, oppfølging og koordinering av tiltak samt veiledning av pasienter og pårørende.

Deltakere i undersøkelsen

Antall pasienter med vedtak om hjemmetjenester var på kartleggingstidspunktet 240 pasienter. Det var 94 pasienter som mottok kun hjemmehjelpstjenester, 97 pasienter mottok både hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjenester og 49 pasienter mottok kun hjemmesykepleie. Fra hver av disse gruppene ble det trukket et tilfeldig utvalg på 25%. Det stratifiserte utvalget bestod av til sammen 60 pasienter.

Alle pasientene i utvalget ble informert muntlig og forespurt om de var villig til å være med i undersøkelsen. En informasjonsguide ble utviklet. Det var frivillig å delta i kartleggingen og det fikk ingen konsekvenser for dem som ikke ønsket å være med.

Gjennomføring av undersøkelsen og behandling av data

Kartleggingen foregikk uke 23 våren 2003. Lederne for foreliggende prosjekt og Samordningsprosjektet innhentet data gjennom samtaler med ansatte og fra arbeidslister for dag-, kveld- og nattevaktene. For hver pasient ble det utfyllt ett skjema per døgn i fem dager. Opplysningene ble overført til et elektronisk samleskjema i Excel som var identisk med kartleggingsskjemaet. Ut fra dette skjemaet summerte og prosentuerte prosjektleder resultatene slik at omfanget for hele hjemmetjenesten kunne kalkuleres.

Informasjonssikkerhet

Melding om undersøkelsen ble sendt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). De vurderte den som et kvalitetssikringsprosjekt som utføres internt i kommunen. På NSDs oppfordring ble derfor melding om undersøkelsen sendt Datatilsynet.

Det var bare prosjektleder som hadde tilgang til listen over pasientene som var trukket ut. Listen ble makulert så snart kartleggingen var avsluttet. Kartleggingsskjemaet inneholdt ikke person- og helseopplysninger som kunne spores tilbake til pasienten. Det var kun lederne av bemanningsprosjektet og samordningsprosjektet som hadde tilgang på opplysningene på laptop.

Reliabilitet og validitet

Data som alder, boligtype og hvem som utførte de ulike oppgavene og tidsforbruk var eksakte variabler med klare definisjoner. Det kan imidlertid ha forekommet små registreringsfeil og tilfeldige skjevheter som forsterkes ved generalisering av funnene. Prosjektet mener likevel at funnene er representative i forhold til totalbildet av hjemmetjenesten.

Prosjektet benyttet en ny måte å beskrive hva som foregår i praksis og hvilken kompetanse som kreves. Dette innebar at pasientene ble kategorisert ut fra hvilken situasjon ansatte mente de var i. For å begrense ulike tolkninger var det prosjektlederne som innhentet data om pasientsituasjonene fra de ansatte. En usikkerhet for resultatene ligger i at dette var bruk av helt nye begreper om praksis. Det kan være problematisk å påstå at en pasient kan kategoriseres til å være i en bestemt situasjon. Ansattes oppfatning om hvilken situasjon pasienten er i kan være annerledes enn hva pasienten oppfatter. Prosjektet mener likevel at kategoriseringen var funksjonell. Det hersket betydelig enighet blant ansatte om hvilken situasjon pasienten befant seg i.

6.2 Arbeidsgruppe

Det ble oppnevnt en arbeidsgruppe for prosjektet bestående av ledere og ansatte i hjemmetjenesten i Stokke kommune. Hensikten var at arbeidsgruppen skulle knytte prosjektet direkte opp til praksisfeltet og bidra med informasjon og forslag i forhold til elementer som har betydning for en bemanningsplan.

Virksomhetsleder gav prosjektleder ansvar for å sette sammen arbeidsgruppen. Det var en forutsetning at sentrale fagpersoner, alle yrkesgruppene i organisasjonen og tillitsvalgte skulle være representert. Det skulle også være en deltaker fra sykehjemmet fordi man ønsket å gjennomføre et liknende prosjekt der.

Prosjektleder valgte representanter fra hvert ledernivå. Hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne valgte selv ut sin representant i gruppen. Deltakeren fra sykehjemmet ble utnevnt av virksomhetsleder.

Arbeidsgruppen bestod av: Avdelingsleder Mari Ann Borge (fra 13.09.03 erstattet med avdelingsleder Evy Fosaas), soneleder Marit Dale Petersen, fagutviklingssykepleier Toril Skar Enger, hjelpepleier og tillitsvalgt for Helse- og sosialforbundet/Fagforbundet Thove Skretting og gruppesykepleier fra sykehjemmet Toril Sund. Leder for arbeidsgruppen var prosjektleder Lise Adal.

Arbeidsgruppen hadde faste møter i hele prosjektperioden. Den vurderte forhold av betydning for bemanningsplan og turnusplan og så på ulike muligheter for å omsette dette i praksis. I tillegg ble informasjon fra eksisterende skjema som arbeidslister, fraværslister og turnusplaner innhentet. Gruppen deltok i utarbeidelse av kartleggingsskjema. Prosjektleder hentet informasjon om budsjettert bemanning fra kommunens personaladministrative systemer.

6.3 Kurs

Samtidig med arbeidet med kartlegging var det opplæring for ansatte i hjemmetjenesten. De deltok på flere kurs og temadager som var relevante i forhold til prosjektet.

Kursenes innhold dreide seg om hvilke forutsetninger som måtte ligge til grunn for en sykepleietjeneste av god kvalitet. De tok for seg ansattes rolle og funksjon i forhold til pasientenes behov for kompetanse. Sykepleiernes lovpålagte oppgaver og pasientansvarlig sykepleiers funksjon ble gjennomgått. Videre ble det undervist i betydningen av god dokumentasjon i sykepleietjenesten, viktigheten av refleksjon over egen praksis, krav til muligheter for faglig ajourhold for ansatte og utviklingen av verktøy for å sikre kvaliteten på tjenesten. Det ble også undervist om hvordan man utarbeider bemannings- og turnusplaner og om lov- og avtaleverk i forhold til dette.

6.4 Evaluering

Evaluering av prosjektet ble foretatt gjennom to gruppeintervjuer med ansatte fra alle yrkesgrupper. Henholdsvis fem og seks personer deltok i gruppene som representerte gruppesykepleiere, sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og hjemmehjelpere. Avdelingsleder og gruppesykepleiere pekte ut deltakerne.

Intervjuguide ble utarbeidet (vedlegg 3). Gruppene ble bedt om å svare på bruk av ulike yrkesgruppers kompetanse i forhold til hvilken situasjon pasientene er i (akutt, uavklart/ustabil og avklart). Det ble også spurt om hvordan ansatte er tilfreds med egen turnusplan. Gruppene skulle vurdere om ny bemanningsplan hadde medført endringer. Intervjuguiden ble utdelt på forhånd slik at deltakerne kunne innhente synspunkter fra sine kollegaer. Hvert gruppeintervju varte 1 1/2 time og ble ledet av prosjektleder. Leder for Stokkeprosjektet var referent.

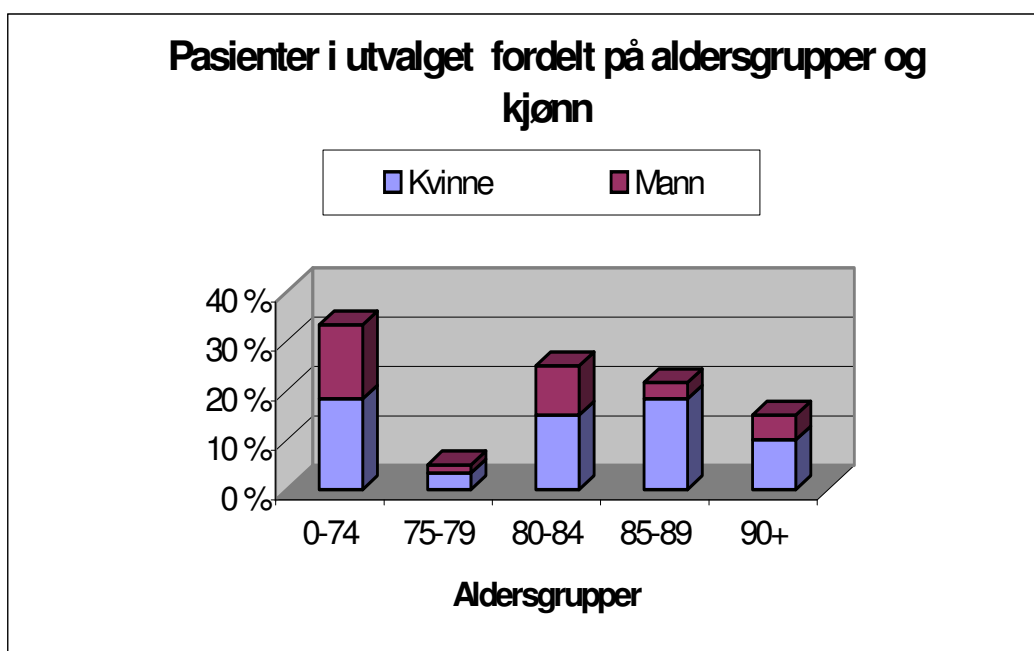
Under intervjuene ble intervjuguiden fulgt, men gruppene la vekt på ulike tema. Ved skriving av referat ble intervjuenes innhold sortert etter tema som ble drøftet. Det viste seg at gruppenes svar rettet seg mot både Bemanningsprosjektet og Samordningsprosjektet som forgikk samtidig i organisasjonen. Etter samtykke fra intervjudeltakerne ble resultater som angikk Samordningsprosjektet overlevert dette. Det gjøres rede for tema som berørte Bemanningsprosjektet i kapittel 9.0.

7.0 RESULTAT FRA KARTLEGGING OG ARBEIDSGRUPPE

Kapittelet presenterer resultater fra kartleggingsundersøkelsen og arbeidsgruppens arbeid. Dette var grunnlag for utarbeidelse av ny bemanningsplan for hjemmetjenesten i Stokke kommune (kapittel 8.0). Evaluering og konklusjon er tema i kapittel 9.0 og 10.0. Til slutt oppsummeres prosjektet i kapittel 11.0 og videre utviklingsområder skisseres.

7.1 *Pasienter i hjemmetjenesten*

Det var 240 pasienter med vedtak om hjemmetjenester ved prosjektstart. 25% av disse ble trukket ut til å delta i kartleggingsundersøkelsen (til sammen 60 pasienter). Prosjektet la til grunn at utvalget var representativt for alle pasienter innskrevet i hjemmetjenesten.



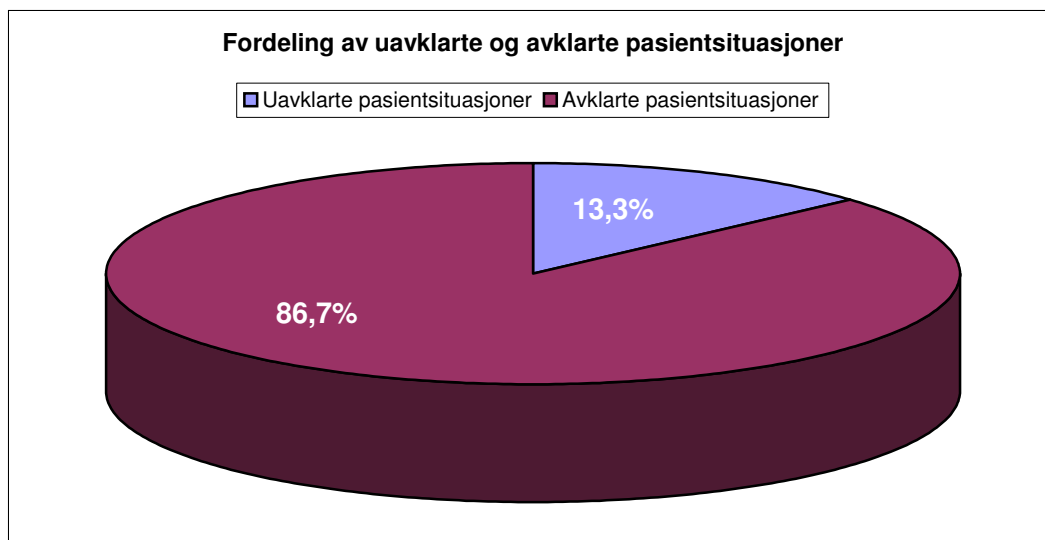
Figur 1: Pasienter i utvalget fordelt på aldersgrupper og kjønn

I utvalget var vel 30% av pasientene yngre enn 74 år og vel 60 % av pasientene over 80 år. Utvalget bestod av 65 % kvinner og 35 % menn og i alle aldersgruppene var det størst andel av kvinner. Blant undersøkelsesdeltakerne bodde 67 % i egen bolig og 33% i omsorgsbolig/trygdebolig.

Pasientsituasjoner

Prosjektet kartla om pasientene var i akutte, uavklarte, avklarte eller forebyggende situasjoner (kapittel 5.0). I kartleggingsuken ble det registrert totalt tre pasienter i akutte situasjoner. Det vil si at 5% av pasientene kom i en akutt situasjon. Akuttsituasjonene oppstod uavhengig av hvilken situasjon pasienten i utgangspunktet var i.

Ingen pasienter ble registrert i situasjon med behov for forebygging. Arbeidsgruppen i prosjektet mente ansatte arbeider forebyggende, men at en ikke er vant til å definere praksis på denne måten. De mente at praksis inkluderte det forebyggende aspektet i de avklarte situasjonene. Prosjektet har derfor i ettertid inkludert situasjoner med behov for forebygging som en del av de avklarte situasjonene. Alle pasienter var dermed i utgangspunktet i en avklart eller uavklart situasjon, og i tillegg kom noen pasienter i akuttsituasjoner.

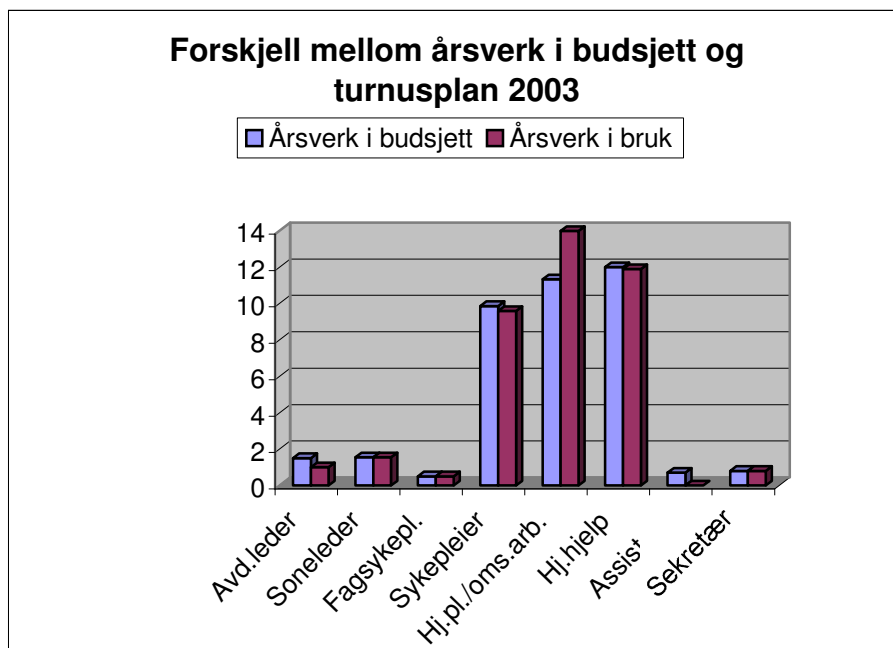


Figur 2: Fordeling av uavklarte og avklarte pasientsituasjoner

Resultatet viste at pasientene var i samme situasjon alle de fem dagene kartleggingen pågikk. Det samsvarer med at pasienter i hjemmetjenesten erfaringsmessig er i samme situasjon over lengre tid. Av de 60 pasientene i utvalget var åtte pasienter (13,3%) i uavklarte situasjoner og 52 pasienter (86,7%) i avklarte situasjoner.

7.2 Bemanning

Oversikt over bemanningen i hjemmetjenesten ble hentet fra kommunens personaladministrative system. Det viste seg at det ikke var overensstemmelse mellom budsjetterte årsverk og årsverk brukt i turnusplan. I april 2003 var det budsjettert med 38,24 årsverk i hjemmetjenesten. Turnusplan for pleiepersonalet og arbeidsplan for hjemmehjelpere var basert på 39,31 årsverk.



Figur 3: Forskjell mellom årsverk i budsjett og turnusplan

I bemanningsoversikten var det 1,5 årsverk for avdelingsleder, og ett årsverk ble benyttet til dette. En sykepleier i 50% stilling på natt hadde lønn men ikke funksjon som avdelingsleder. To soneledere og en fagutviklingssykepleier disponerte 2,05 årsverk i tråd med budsjettet. Antall årsverk for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere var i budsjettet 11,33, men turnusplanen benyttet 13,98 årsverk. For sykepleiere og hjemmehjelpere var det en ubetydelig forskjell mellom budsjett og turnusplan. For assistent viste personaloversikten 0,7 årsverk, men denne var ikke i bruk. Årsverk som ble benyttet til sekretær var i overensstemmelse med personaloversikten. Turnusplanen benyttet totalt 1,07 årsverk mer enn budsjettert.

Sammensetningen av fagpersonell fordelte seg med 35% sykepleiere, 32% hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, 32% hjemmehjelpere og 2% merkantilt personell.

Turnusplanen viste at ansatte i 100% stilling hadde 29 arbeidsdager og ansatte i 50 % stilling hadde 15 arbeidsdager på 6 uker. Aftenvaktene varierte i antall. Sykepleiere i 100% stilling hadde 5- 6 aftenvakter, mens hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i 100 % stilling hadde 9 – 13 aftenvakter. Vaktens lengde varierte fra 7,5 til 4 timer.

Mange deltidansatte

Det var 66 ansatte i hjemmetjenesten av disse var 56 personer (84,9 %) deltidansatt. Kun 10 personer (15,2 %) var ansatt i 100% stilling (en avdelingsleder, en sykepleier, seks hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og to hjemmehjelp). Totalt var 56 personer (84,9%) ansatt i deltidstillinger. Det var 43 personer (65,2 %) som hadde stillingsstørrelser mellom 50 - 90% (sytten sykepleiere, elleve hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, fjorten hjemmehjelpere, en sekretær). Stillingsstørrelser under 50% hadde 13 personer (en sykepleier, seks hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og seks hjemmehjelpere).

7.3 Pasientarbeid og bruk av kompetanse

Det ble registrert hvilke yrkesgrupper som utførte pasientarbeid og hvor mye tid som medgikk. Pasientarbeidet ble delt i direkte pasientrettet arbeid, koordinering av tjenestetilbudet og sikring av kontinuitet. Koordinering av tjenestetilbudet innebar samarbeid med leger og andre involverte tjenesteytere og ansvar for et helhetlig tilbud. Sikring av kontinuitet betydde utarbeidelse av pleieplaner, oppfølging av sykepleie og dokumentasjon og forsvarlig delegering av oppgaver. Kartleggingen viste at det ble brukt omtrent 1100 timer på pasientarbeid i hjemmetjenesten i løpet av 5 dager.

Direkte pasientrettet arbeid

Kartleggingen registrerte hvilken situasjon pasienten var i og hvor lenge pleiepersonalet og hjemmehjelp var hos hver pasient. Det ble beregnet hvor mye tid hver yrkesgruppe benyttet i de ulike pasientsituasjonene. I tabellen nedenfor tas ikke hjemmehjelpere med fordi de utførte renhold og øvrig husarbeid uavhengig av pasientsituasjonene.

Kartleggingen viste at 86,7% av pasientene var i avklarte situasjoner og 13,3% var i uavklarte situasjoner (kapittel 7.1). Det ble registrert at det gikk med 44 timer (24%) til direkte pasientrettet arbeid i de uavklarte pasientsituasjonene. Tidsbruk fordelte seg med 30% på

sykepleier/soneledere og 70% på hjelpepleiere/omsorgsarbeidere. Dette må sees i sammenheng med fravær og innleie av vikar (kapittel 7.4). Resten av tiden (139 timer) ble brukt på de avklarte pasientsituasjonene. De akutte situasjonene kom i tillegg.

Det var bare en sykepleier på aftenvakt. Pasientenes behov for kompetanse i akutte og uavklarte situasjoner kunne derfor bli vanskelig å dekke opp når det var fravær og sykdom i sykepleiergruppen. Det var derfor en utstrakt bruk av vikarer og bakvakter. Når nødvendig kompetanse ikke var tilgjengelig, gikk dette utover tjenestens faglige forsvarlighet og det øvrige pleiepersonalet måtte utføre oppgaver som lå utenfor deres kompetanseområde.

Koordinering av tjenestetilbudet

Kartleggingen registrerte hvordan koordinering av tjenestetilbudet foregikk. Dette var vurderingsbesøk, ansvarsgruppemøter, utskrivningsmøter, telefoner til samarbeidende parter og lignende.

Arbeidsoppgave	Antall timer per uke	
	Soneleder / Sykepleier	Hjelpepleier / oms.arbeider
Mottak av ny pasient (vurderingsbesøk og planlegging)	2	
Ansvarsgruppemøter	1,5	
Utskrivningsmøter	4	
Fagmøte	1	
Fysio- / ergo møte	0,5	
Telefoner (lege, sykehus, og lignende)	2	
Telefon apotek	0,5	
Inntaksmøte	3	
SUM	14,5 timer	

Tabell 5: Tid til koordinering av tjenestetilbudet

Vurderingsbesøk, inntak og utskrivning ble for det meste gjort av soneledere. Øvrige koordineringsoppgaver ble utført av sykepleiere i samarbeid med soneledere. Fordelingen ble i noen grad styrt av arbeidsbelastningen i tjenesten. Registreringen viste at andre yrkesgrupper ikke koordinerte tjenestetilbudet.

Sikring av kontinuitet i tjenestetilbudet

Kontinuitet sikres ved rapportering og dokumentasjon. Ved hvert vaktskifte deltok hele personalet en halv time i muntlig rapport. Bemanningen pr. døgn utgjorde 19- 20 personer og aftenvaktene deltok i rapporten både på ettermiddag og kveld. Tid medgått til rapport utgjorde ca 10-12 timer per døgn.

Når det gjelder dokumentasjon var det forventet at det skulle benyttes en halv time per ansatt i vaktskiftet. Denne tiden ble imidlertid ofte benyttet ute hos pasientene.

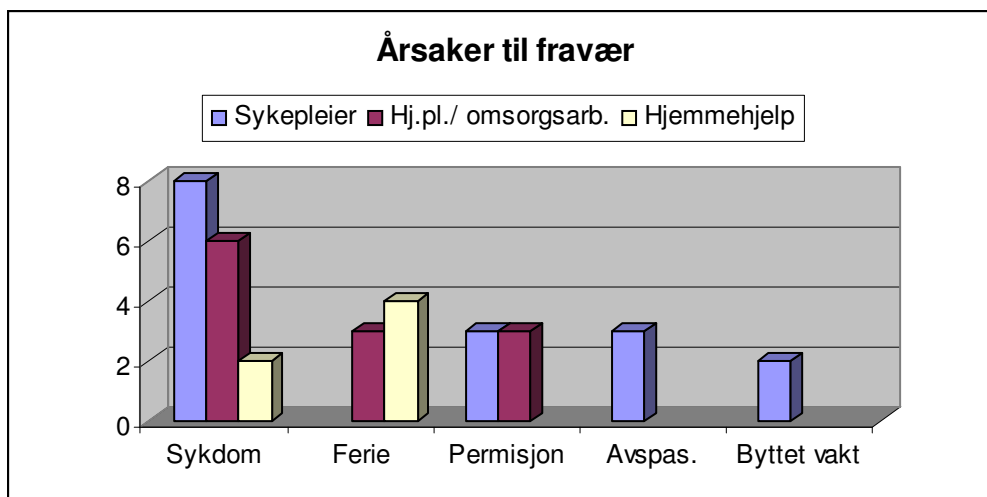
7.4 Andre faktorer bak en bemanningsplan

Den viktigste faktoren for beregning av bemanningsbehovet er hvilke tjenester som skal ytes og omfanget av dette. Hjemmetjenesten yter helsehjelp, personlig hjelp og praktisk bistand. Samordningsprosjektet (Fosaas og Strandquist 2004. Foreløpig upublisert) kartla omfanget av tjenester som ble utført i hjemmetjenesten i Stokke. Et eksempel på en tjeneste som krevde betydelige ressurser er medikamenthåndtering. I hjemmetjenestens lokaler var det ikke medisinerrom. Derfor var det vanskelig å oppbevare pasientenes medikamenter på kontoret. Mange medisindosetter ble fylt hjemme hos pasientene på faste dager. Dette var en tidkrevende oppgave som krevde sykepleierkompetanse.

I tillegg til pasientarbeid må bemanningsbehov i forbindelse med sykefravær og ferieavvikling, kompetanseutvikling for personalet, utdanning av helsepersonell og kjøretid beregnes.

Sykefravær og ferieavvikling

For hjemmesykepleien ble det registrert til sammen fravær i 28 av 82 vakter på turnusplanen i kartleggingsuken. Fraværet ble utløst av ulike årsaker. Hovedtyngden var sykefravær, mens ferie, avspasering og permisjoner utgjorde noe mindre. Hjemmehjelperne var ikke inkludert i turnusplanen, men registrert fravær var 6 dager. Årsak til fravær for deres vedkommende var sykefravær og ferieavvikling.



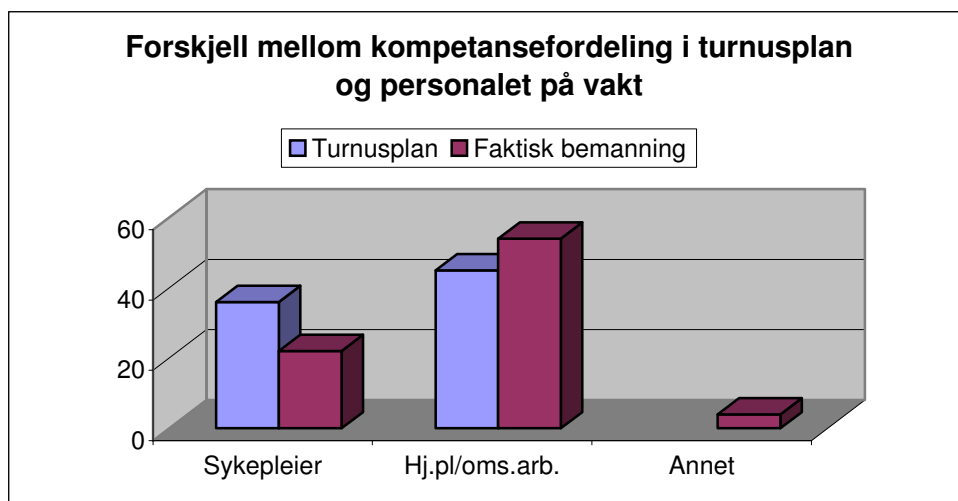
Figur 4: Årsaker til fravær

Sykdom var årsak til omtrent halvparten av det totale fraværet. Sykepleierne hadde høyest fravær i forbindelse med sykdom, og var de eneste med fravær på grunn av avspasering og vaktbytte. Det var like mange sykepleiere og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere som hadde permisjon.

Det ble leid inn vikar i 27 av de 28 vaktene med registrert fravær. For hjemmehjelpsgruppen ble vikarbehovet dekket opp i 4,5 av seks fraværsdager.

Det var 16 sykepleiervakter som hadde behov for vikar, men kun tre av vikarene hadde sykepleierkompetanse. En vakt ble ikke dekket opp. De resterende 12 sykepleiervaktene ble dekket av åtte hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, en sykepleierstudent, en lærling, en ufaglærte og en radiograf.

Alle de 12 vaktene for hjelpepleier og omsorgsarbeidere som hadde behov for vikar, ble dekket opp av denne yrkesgruppen.



Figur 5: Forskjell mellom kompetansefordeling i turnusplan og personalet på vakt

Resultatet viste at det var betydelig færre sykepleiere på vakt enn planlagt i oppsatt turnusplan. Sykepleierne ble i stor grad erstattet av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Kompetanseutvikling for personalet

Virksomheten hadde en kurskomité som hadde ansvar for å vurdere hvilke kurs og etter- og videreutdanningstilbud som skulle prioriteres. I tillegg tok ansatte eget initiativ til formell og uformell opplæring. Samlet oversikt over kompetansebehovet var ikke utarbeidet. Enkelte ansatte hadde delvis permisjon og tilrettelagt turnusplan for å delta i ulike utdanningstilbud. Det var stabilt personale og få nyansettelser. Likevel var det stort behov for opplæring på grunn av alle vikarene som ble brukt i tjenesten. Dette var en oppgave som personalet opplevde krevde mye tid.

Utdanning av helsepersonell

Studenter og elever hadde sin kliniske praksis i hjemmetjenesten i prosjektperioden. Tid til veiledning og evaluering var ikke satt i system.

Kjøretid

Tiden som gikk med i forbindelse med kjøring til pasientene var jevnt fordelt på hele pleiepersonalet. Kjørebøkene viste at det var kjørt 1687 kilometer i løpet av de fem dagene kartleggingen foregikk. En hjelpepleier og en sykepleier registrerte kjøretid og antall kilometer på to vakter. Gjennomsnittshastighet ble beregnet til 35 km/ timen. Tidsforbruk i forbindelse med kjøring vil da utgjøre 9,6 timer per døgn og ca. ½ time pr. ansatt.

Hjemmehjelpenes kjøretid ble ikke registrert. De kjørte egne biler og det var vanskelig å få oversikt over deres kjøring.

8.0 BEMANNINGSPLANLEGGING I STOKKE

Ved prosjektstart var hjemmesykepleie og hjemmehjelp separate enheter med felles avdelingsleder. Hjemmesykepleien var delt i to geografiske soner. To soneledere koordinerte det daglige arbeidet. Samordningsprosjektet konkluderte med at hjemmehjelpstjenesten og hjemmesykepleien skulle samordnes til én hjemmetjeneste fra 20. oktober 2003.

Hjemmetjenesten ble organisert i tre arbeidslag på dagtid og samordnet til én tjeneste på kveld og helg. De to sonelederne ble erstattet med tre gruppesykepleiere med ansvar for hvert sitt arbeidslag. Det ble bestemt at ordning med pasientansvarlig sykepleier (PAS) skulle innføres for hver pasient med vedtak om hjemmesykepleie. PAS skulle være pasientens kontakt og talsmann og ha ansvar for koordinering av og kontinuitet i tjenestetilbudet.

Bemanningsprosjektet ble bedt om å utarbeide en bemanningsplan og turnusplan i tråd med økonomiske rammer og eksisterende personale. Sentrale vurderinger bak planen rettet mot pasient, ansatte og arbeidsgiver presenteres i kapittel 8.1 – 8.3. Utforming av den konkrete planen gjøres det rede for i kapittel 8.4.

8.1 *Pasientenes behov for kompetanse*

Pasientene er innskrevet i hjemmetjenesten over lang tid. Aldersfordeling og bosituasjon varierer lite. Resultatet av kartleggingen viste at pasientene var i samme situasjon hele uken. 86,7% var i avklarte situasjoner og 13,2% var i uavklarte situasjoner (kapittel 7.1, figur 2). I tillegg var det tre akutte situasjoner i kartleggingsuken. Kravet til kompetanse hos den som yter helsehjelp varierer ut fra hvilken situasjon pasienten er i (kapittel 5.0).

Prosjektet vurderte at alle akutte, ustabile og uavklarte situasjoner krever sykepleierkompetanse. Det vil si at personalet må ha kunnskap og erfaring til å identifisere relevante aspekter ved situasjonene og sette i verk egnede tiltak.

Når pasientens situasjon er avklart og stabil, er det nødvendig med sikring av kontinuitet og koordinering av tjenestetilbudet. Delegerede oppgaver kan utføres av ulike yrkesgrupper under forutsetning av at det sykepleierfaglige ansvaret ivaretas. Det er viktig at ansatte som yter tjenester kjenner pasienten og med innlevelse, god kommunikasjon og personlig engasjement

handler slik at pasientens behov blir ivaretatt. Mange avklarte situasjoner kan hjelpepleier eller omsorgsarbeider ivareta i samarbeid med sykepleier.

Alle pasienter har behov for å holde hus og klær i orden. Disse tjenestene kan utføres av hjemmehjelpere.

Pasientenes behov for kompetanse skulle dekkes innenfor eksisterende rammer og personalsammensetning. Prosjektet vurderte kompetansebehovet gjennom døgnet ut fra forekomst av ulike pasientsituasjoner. På bakgrunn av dette ble tilgjengelig kompetanse fordelt.

Mange av soneleders oppgaver skulle overføres til pasientansvarlig sykepleier (PAS). Det var derfor viktig å fordele sykepleierne slik at de kunne ivareta ansvaret. Gruppesykepleier skulle ha ansvar for å planlegge og organisere det daglige arbeidet.

8.2 *Arbeidsforhold for ansatte*

På bakgrunn av den økonomiske situasjonen i kommunen skulle det ikke opprettes nye stillinger i forbindelse med strukturendringene. Hjemmehjelperne skulle inkluderes i bemanningsplanen for hjemmetjenesten. Det skulle ikke gjøres endringer i ansettelsesforhold eller stillingsstørrelser. Spesielle avtaler med ansatte om arbeidstid skulle videreføres. Det skulle legges vekt på å etterkomme individuelle ønsker om arbeidstid så langt det lot seg gjøre i forhold til pasientenes og arbeidsgivers behov.

Tjenesten måtte organiseres slik at kompetansefordeling og bemanningsbehov gav en faglig forsvarlig tjeneste ut fra de personalressurser som var i tjenesten. Det var viktig at de ansatte ville oppleve å kunne tilby en faglig og etisk forsvarlig tjeneste.

Resultater fra kartleggingen viste at det var mange deltidsansatte. Det var betydelig fravær fra vaktene i turnusplanen. Sykepleierne hadde mest fravær. Det skyldtes sykdom, avspasering og vaktbytte. Ved innleie av vikar ble ofte personell med lavere kompetanse satt inn i sykepleiervaktene (kapittel 7.4, figur 6). Prosjektet anså det derfor som vesentlig å planlegge optimal bruk av sykepleierkompetanse. Først og fremst måtte det være nok sykepleiere til å ta

seg av akutte, uavklarte og ustabile pasientsituasjoner hele døgnet. I tillegg måtte det være tid til å sikre kontinuitet og koordinering av tjenestetilbudet.

Deltid medfører for den enkelte ansatt både redusert inntekt og pensjon. Mange ønsker derfor å utvide stillingsbrøken sin. For arbeidsgiver ville færre deltidsstillinger bidra til bedre kontinuitet i tjenesten. Derfor vurderte prosjektet om det var mulig å redusere antall deltidsstillinger. Grunnbemanningen var imidlertid så lav at stillingene måtte deles opp for å dekke personalbehovet i helgene.

Turnusarbeidere har 35,5 timers arbeidsuke. Ansatte hadde tidligere kortere vakter med ulike lengder (fra 4 til 7,5 timer) som gjorde at de fikk flere arbeidsdager (kapittel 7.2). Det var behov for å bestemme lengden på en normal arbeidsdag.

8.3 Forsvarlig og effektiv drift

Pasientgrunnlaget i hjemmetjenesten har de siste årene vært i forandring. Stadig sykere pasienter med nye og mer komplekse tilstander får helsehjelp i kommunen. Befolkningens forventninger om og rettigheter til hjelp har økt. Hvilke tjenester som ytes er avgjørende.

Medikamenthåndtering er en tjeneste som krever mye ressurser. Det var ikke medisinrom i hjemmetjenestens lokaler. Derfor ble dosettene i stor grad fylt opp hjemme hos pasientene. Prosjektet vurderte om man kunne styrke sykepleierbemanningen de dagene pasientenes dosetter skulle fylles, men det var for få sykepleiere til det. I forbindelse med samordningen av hjemmetjenesten ble det bygget et medisinrom. Dosettfylling måtte likevel utføres i hjemmene fordi det nye medisinrommet var for lite til at pasientenes medisiner kunne oppbevares forskriftsmessig. Et annet tiltak var at det ble nedsatt en arbeidsgruppe for å vurdere innføring av Multidose, maskinell pakking av medisiner.

Sykefravær og ferieavvikling

I kartleggingsuken lå sykefraværet på 19,5 % i hjemmetjenesten og det ble leid inn et stort antall vikarer (kapittel 7.4). Arbeidsgiver må de 16 første dagene betale lønn både til den ansatte og eventuell vikar. Deretter vil arbeidsgiver få refundert sykepengen fra folketrygden som dekker ansattes lønn, men sosiale utgifter må arbeidsgiver dekke. Dette var en stor kostnad. Ledere, pleiepersonale og merkantil ansatt brukte betydelig tid til å få tak i vikarer

og lære dem opp. Vikarene ble leid inn fra egen vikarliste og fra vikarbyrå. Kostnaden for vikarer fra byrå var vesentlig større enn ved å bruke egne vikarer / deltidsansatte.

Ny bemannings- og turnusplan skulle tilpasse arbeidsbelastning og arbeidstid i forhold til individuelle behov. Samtidig skulle kompetanse fordeles slik at det kunne skapes bedre trygghet i arbeidssituasjonen. Hensikten med dette var å få redusert sykefraværet og vikarbehovet.

Arbeidsbelastningen er den samme i ferier og ved høytider. I hjemmetjenesten utgjør fem ukers ferie for alle ansatte 1070 arbeidsdager i løpet av året, noe som tilsvarer ca. 4 årsverk. Prosjektet vurderte om det var mulig å fordele bemanningen slik at det var mulig å avvikle noe ferie uten å måtte leie inn vikar. Bemanningsplanen var så marginal at det ikke var mulig å gjennomføre dette.

Kompetanseutvikling for personale og utdanning av helsepersonell

For at tjenesten skal være og forbli faglig forsvarlig må ansatte tilbys nødvendig opplæring. Arbeidsgiver har plikt til å legge til rette for dette og ansatte har plikt til å holde seg faglig oppdatert.

Prosjektet vurderte muligheter for å innarbeide tid til etter- og videreutdanning i bemanningsplanen. Rammene begrenset dette, men ordninger med permisjon og tilrettelagt turnusplan for ansatte under utdanning ble videreført. Det var ikke utarbeidet noen plan for gjennomføring av kompetansehevende tiltak. Bemanningsplanen gav ikke rom for å avsette ytterligere tid formålet.

Det var et ønske å få avsatt tid innenfor arbeidstiden til ajourhold og oppdatering av kunnskap gjennom internundervisning, refleksjonsgrupper og lignende. Dette ble løst ved at dag- og aftenvakter overlappet hverandre med en time hver torsdag. På denne måten ville mange ansatte få mulighet til å delta.

Opplæringsbehovet i forhold til nyansettelser var lite, men utstrakt bruk av vikarer krevde tid til opplæring og veiledning. I tillegg hadde hjemmetjenesten elever og studenter i praksis. Prosjektet hadde ikke mulighet for å legge til rette for dette i bemanningsplanen.

Kjøretid

I hjemmetjenesten er kjøretid til pasientene en faktor som må vurderes ved bemanningsplanlegging. Prosjektet beregnet at det gikk med til sammen 9,6 timer til kjøring per døgn for pleiepersonalet (kapittel 7.4). Hjemmehjelpenes kjøretid ble ikke registrert fordi det var vanskelig å finne dokumentasjon.

Hjemmehjelperne fikk i den nye strukturen lengre arbeidstid, flere brukere pr. dag og kjøretid innenfor sin arbeidstid. Prosjektet vurderte at tidsforbruket kjøretiden utløste ikke ville være avgjørende for bemanningsbehovet.

8.4 Ny bemanningsplan

Prosjektet benyttet verktøy for bemanningsplanlegging (kapittel 4.0) ved utarbeidelse av ny bemanningsplan. Det var en klar forutsetning for prosjektet at den nye bemanningsplanen skulle være i tråd med budsjetterte årsverk og sammensatt slik at vikarbehovet ved sykefravær og ferieavvikling om mulig kunne reduseres. Dette var en utfordring. Kartleggingen viste at det ble brukt ca 1100 timer på pasientarbeid i løpet av 5 dager (kapittel 7.3). Dette fordelte seg med 1027 timer til direkte pasientrettet arbeid, 14,5 timer til sikring av kontinuitet og 60,5 timer til koordinering av tjenestetilbudet. I tillegg foregikk kompetanseutvikling for personalet, veiledning av studenter og elever samt kjøretid.

Det ble beregnet hvor mye tid som gikk med til pasientarbeid i løpet av en uke. Hver hverdag ble det benyttet 220 timer på pasientarbeid. I helgene ble det ikke utført hjemmehjelps-tjenester. Prosjektet beregnet at det da ble brukt 143 timer per dag på pasientarbeid. Totalt for en uke ble 1386 timer benyttet til pasientarbeid. I tillegg beregnet prosjektet kjøretid per uke til omtrent 65 timer (½ time per ansatt per døgn (kapittel 7.4)). Tid til kompetanseutvikling for personalet og utdanning av helsepersonell kom ikke fram i kartleggingen (kapittel 7.4). Prosjektet la imidlertid inn en overlapping på en time mellom dag og aftenvakt en gang per uke for at personalet kunne samles til internundervisning og refleksjonsgrupper.

Det var budsjettert med totalt 38,24 årsverk (1428 timer) i hjemmetjenesten, mens turnusplan var basert på 39,31 årsverk. Sammensetningen av fagpersonell fordelte seg med 35% sykepleiere, 32% hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, 32% hjemmehjelpere og 2% merkantilt personell (kapittel 7.2). Ved utarbeidelse av ny bemanningsplan ble 3,95 årsverk (148,13

timer) avsatt til avdelingsleder, gruppesykepleier og merkantil. For dag og kveld var det disponibelt 32,75 årsverk (1162,63 timer) og på natt var det 3,3 årsverk (117,15 timer).

Prosjektet avdekket at de ansatte arbeidet betydelig flere timer per uke enn antall timer i oppsatt turnusplan. Det indikerer at de ansatte arbeider utover sin stillingsstørrelse uten at dette ble registrert som overtid eller merarbeid. Mye tyder derfor på at bemanningen er for lav i forhold til tjenester som skal ytes.

Som følge av at det ikke var anledning til å tilføre nye stillinger, måtte det utarbeides en bemanningsplan ut fra eksisterende budsjett. Det var derfor heller ikke mulig å ta hensyn til sykefravær og ferieavvikling.

Arbeidstid

Prosjektet la til grunn at ansatte skulle arbeide hver tredje helg og at lengden på en normal arbeidsdagen skulle være 7,5 timer. Arbeidsperioder skulle ikke være lengre enn fem dager i strekk. Ansatte skulle ha sammenhengende fri tre dager i forbindelse med helg i løpet av seks uker. Aftenvaktene ble fordelt slik at vaktbelastningen ble jevn for alle ansatte og ikke oversteg 35% for hver enkelt ansatt.

Endring av vaktlengde medførte at en 100% stilling fikk 28 arbeidsdager på seks uker, det vil si en arbeidsdag mindre enn tidligere. Det var tilsvarende reduksjon for ansatte med lavere stillingsbrøk.

Med totalt 38,24 årsverk så bemanningsplanen slik ut: 1 årsverk for avdelingsleder, 2,35 årsverk for gruppesykepleiere, 0,6 årsverk til merkantilt personell, 32,75 årsverk i turnus på dag og kveld og 3,3 årsverk på natt.

Bemanningsplanen for nattevaktene ble ikke berørt og ble derfor holdt utenom bemanningsplanlegging for dag og kveld. Årsverk for avdelingsleder, gruppesykepleiere og merkantilt personell ble også holdt utenom. Bemanningsplanen ble derfor utarbeidet på grunnlag av 32,75 årsverk (1162,6 timer) som var de årsverkene som var disponible for turnusarbeid.

Kartleggingen viste at personalet brukte 40 timer per kveldsvakt (7,5 timer) på direkte pasientrettet arbeid og i tillegg ble det brukt tid til rapportering (koordinering) med omtrent ½ time per ansatt. Det var derfor hele uken behov for minst seks personer på kveldsvakt.

På dagtid viste kartleggingen at det ble brukt 64 timer på direkte pasientrettet arbeid. Prosjektet forutsatte at det ble brukt noe mindre tid i helgene. Når tid til rapportering (omtrent ½ time per ansatt) ble medregnet, vurderte prosjektet at tidsbruk per dagvakt i helgene tilsvarte omtrent 64 timer. Det var derfor behov for minst åtte personer på dagvakt (7,5 timer) i helgen.

Ut fra disse forutsetningene ble følgende bemanningsplan satt opp for hjemmetjenesten i Stokke kommune.

Vakttype	Man	Tirs	Ons	Tors	Fre	Lør	Søn	Vaktlengde	Antall timer
Dagvakter	Antall personer på vakt								
D1 07.45-15.15	16	16	16	16	15	7	7	7,5 timer	697,5 timer
D2 07.30-15.00	3	3	3	3	3	1	1	7,5 timer	127,5 timer
D3 07.45 – 14.00	1	1			1			6.2 timer	18,6 timer
Aftenvakter									
A1 14.45-22.15	6	6	6		6	6	6	7,5 timer	270 timer
A2 14.00-22.15				6				8,15 timer	48,9 timer
Sum timer									1162,5 timer

Tabell 6: Samlet bemanningsplan for hjemmetjenesten i Stokke

Med utgangspunkt i samlet bemanningsplan utarbeidet prosjektet separate bemanningsplaner for hver yrkesgruppe.

Kompetansefordeling

Alle pasienter i akutte, uavklarte og ustabile situasjoner skulle ivaretas av sykepleiere. Selv om bare 13,3% av pasientene var i uavklarte situasjoner, så gikk 25% av ansattes arbeidstid (323 timer på 7 dager) i hjemmene med til disse pasientene (kapittel 7.3).

I den samlede bemanningsplanen er det seks personer på kveldsvakt hele uken. 25% av ansattes direkte pasientrettede arbeid er hos pasienter i uavklarte situasjoner. Det betyr at to av de seks må ha sykepleierkompetanse.

Når bemanningsbehovet på kveld og helg var dekket var det 722,5 timer disponibelt til dagvakter. På dagtid hverdager ble det derfor 19 personer på vakt. Ut fra forekomst av uavklarte situasjoner skulle fem av de 19 være sykepleiere. På dagtid i helgene bør to av de åtte personene på vakt være sykepleiere for å dekke uavklarte situasjoner.

Det var bestemt at pasientansvarlige sykepleiere (PAS) skulle ivareta ansvar for koordinering av tjenestetilbudet og sikre kontinuitet (kapittel 7.3) for pasienter både i uavklarte og avklarte situasjoner. Prosjektet mente derfor at det var behov for ytterligere sykepleierkompetanse for å ivareta dette.

Det var ikke mulig å dekke sykepleierbehovet ut fra eksisterende bemanning. Prosjektet valgte da å prioritere sykepleierkompetanse på kveldstid. Øvrige sykepleiere ble fordelt mellom arbeidslagene slik at det alltid var minst en sykepleier på hvert arbeidslag på dagtid. Antall sykepleiere på dagtid var de fleste dagene fire eller fem. Noen dager var det bare tre sykepleiere, og en dag var det seks.

Hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og hjemmehjelpere ble fordelt jevnt på de tre arbeidslagene på dagtid. På kveld og i helgene var tjenesten samordnet i en enhet. På kveldstid skulle det hele uken være til sammen seks personer hvorav minst fem fagutdannede. I helgene skulle det på dagtid være til sammen åtte personer hvorav minst seks fagutdannede. Hjemmehjelpere som gikk i turnus ble fordelt etter behov.

For å dekke bemanningsbehovet i helgene var det nødvendig med til sammen 14 personer totalt på vakt på dag og kveld hver helg. Bemanningsplanen forutsatte arbeid hver tredje helg. Det var derfor behov for 42 personer ansatt i turnus (14 personer x 3 helger). Med 32,75 årsverk i turnus i hjemmetjenesten vil den gjennomsnittlige stillingsstørrelse være 78%. Det vil si at dersom noen ansettes ha 100% stilling må de øvrige personalet ansettes i stillingsstørrelser som var betydelig lavere en 78 %. Prosjektet kunne på bakgrunn av dette ikke foreslå redusert bruk av deltid.

9.0 EVALUERING AV BEMANNINGSPLANEN

Bemannings- og turnusplan ble utarbeidet innenfor eksisterende rammer og personalsammensetning. Planene ble evaluert gjennom gruppeintervjuer i januar 2004 (kapittel 6.4). Prosjektet la til grunn at fordeling av pasientsituasjoner i hjemmetjenesten var som i kartleggingsuken. Prosjektleder gjennomgikk vaktplan, fraværslister og vikarlistene. Spørsmålene ved intervjuene dreide seg om hvordan endringene hadde bidratt til å nå målene i prosjektet. Resultatene presenteres nedenfor.

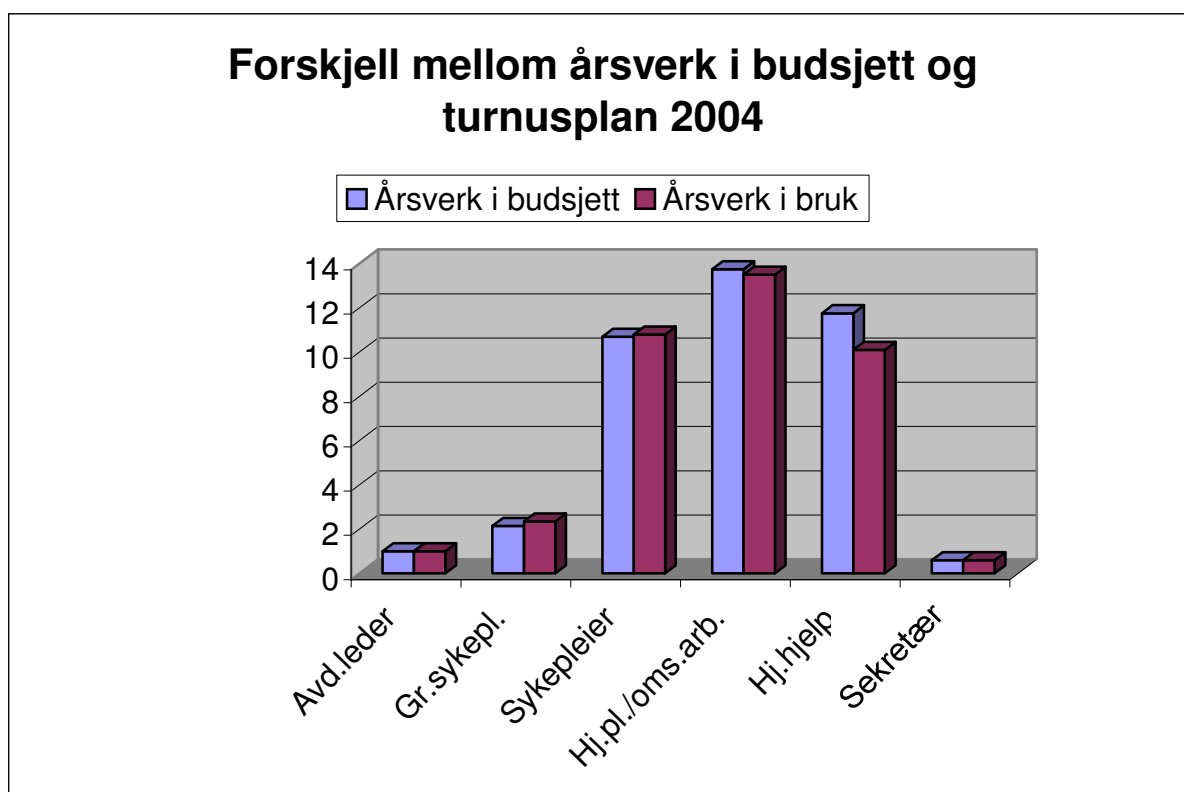
9.1 *Pasientgrunnlag og personalsammensetning*

Evalueringen viste at pasientantallet i hjemmetjenesten var stabilt. Vanligvis er noen pasienter i hjemmetjenesten innlagt i sykehus eller på avlastningsopphold på sykehjem og lignende. I evalueringsuken var arbeidsbelastningen relativt høy fordi alle pasientene i hjemmetjenesten var hjemme. Personalet opplevde at arbeidsbelastningen var for stor.

Personalsammensetning

Budsjettoversikten for 2004 viste at det skulle være 65 personer ansatt i hjemmetjenesten i til sammen 40,2 årsverk. Endringene i antall og fordeling av årsverk fra april 2003 til januar 2004 skyldtes i vesentlig grad organisatoriske endringer som følge av Samordningsprosjektet og en opprydning og gjennomgang av budsjetterte årsverk. For få en mer rasjonell bruk av personalet ble hjemmehjelperne en del av teamet i hjemmetjenesten etter strukturendringen. En del av hjemmehjelperne begynte å gå i turnus og alle ble innberegnet i bemanningsplanen. De fleste hjemmehjelperne fikk lenger arbeidsdag og en del andre arbeidsoppgaver enn tidligere.

Evalueringen viste at det fortsatt ikke var samsvar mellom årsverk i personaloversikt og turnusplan. Turnusplanen var basert på 38,2 årsverk og 62 personer.



Figur 6: Forskjell mellom årsverk i budsjett og turnusplan 2004

Det var fem ubesatte stillinger for pleiepersonell. Stillingsstørrelsen varierte fra 14,1 - 23% og stillingene utgjorde til sammen 0,8 årsverk. For hjemmehjelpere var tre stillinger ubesatt. Stillingsstørrelsen varierte her fra 14 – 84% og utgjorde til sammen 1,6 årsverk. Det var vanskelig å få fullstendig overensstemmelse mellom personaloversikt og turnusplan. Mange stillinger var delt opp i mindre stillingsstørrelser når vikarer var ansatt ved langtids sykefravær og permisjoner.

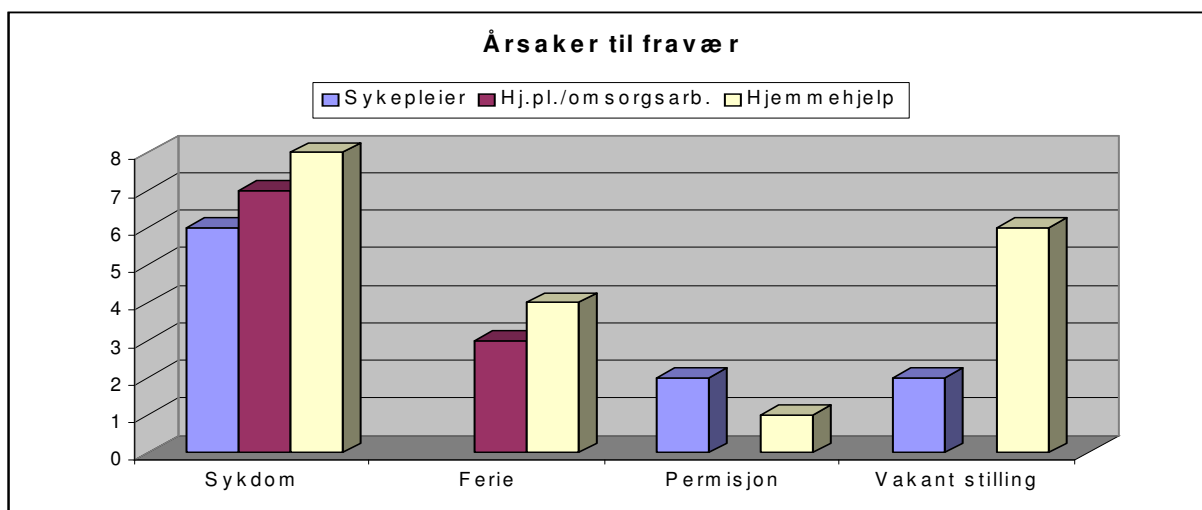
Deltidsansatte

Det var også i januar 2004 utstrakt bruk av deltid. Personaloversikten viste at av de 57 fast ansatte var 46 personer (80,7%) ansatt i deltid. Bare 11 personer (19,3%) ansatt i 100% stilling (avdelingsleder, to sykepleiere, syv hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og en hjemmehjelp). Totalt 42 personer (73,6%) hadde stillingsstørrelser mellom 50 - 90 % (elleve sykepleiere, seksten hjelpepleiere / omsorgsarbeidere og femten hjemmehjelpere). Fire personer (7%) hadde stillingsstørrelser under 50% (en sykepleier og tre hjemmehjelpere).

Andel ansatte i deltidsstillinger var i kartleggingsuken 84,9% mens det i evalueringsuken var 80,7%. I tillegg var små deltidsstillinger som skulle dekke opp bemanningsbehovet i helgene vakante. Forholdet var altså omtrent uforandret. Den utstrakte bruken av deltid skyldtes at grunnbemanningen var for lav til å dekke behovet for 42 personer i helgene i større stillingsstørrelser. En konsekvens av utstrakt bruk av deltid er at kontinuiteten i tjenesten blir sårbar. Det kreves ekstra arbeid for å sikre kontinuitet slik at kvalitet på tjenesten skal opprettholdes.

Sykefravær og ferie

Det ble registrert fravær i 39 av 136 vakter i evalueringsuken. Sykefraværet utgjorde nesten like mye som det øvrige fraværet til sammen. Sykefraværet i evalueringsuken utgjorde 15,4% mot 19,5% i kartleggingsuken (kapittel 7.4, figur 5).



Figur 7: Årsaker til fravær 2004

I kartleggingsuken hadde sykepleierne mest sykefravær, mens i evalueringsuken hadde hjemmehjelperne mest fravær. Hjemmehjelperne hadde også høyest fravær i forbindelse med vakante stillinger og ferie. Sykepleierne hadde høyest fravær som følge av permisjon. I ett av arbeidslagene manglet det for tiden sykepleiere.

Det var 136 vakter i turnusplanen, men bare 124 av disse ble dekket opp. Det var vikarbehov i tolv sykepleiervakter, men kun syv vikarer hadde sykepleierkompetanse og en hadde vernepleierkompetanse. I kartleggingsuken ble bare tre av 16 vakante sykepleiervakter dekket av sykepleier.

Syv vakter for hjelpepleier/omsorgsarbeider hadde behov for vikar. Disse ble dekket opp og i tillegg dekket hjelpepleiere/omsorgsarbeidere 4 sykepleiervakter.

Det var behov for vikar i åtte hjemmehjelpsvakter. Bare seks av disse ble dekket opp. Derfor var det tolv brukere uten hjemmehjelp og mangelfullt tilbud på området i evalueringsuken.

Til sammenligning ble det i kartleggingsuken leid inn vikar i 27 av 28 vakante vakter (kapittel 7.4), men disse vikarene hadde lavere kompetanse enn det var behov for. Evalueringen viste at det i evalueringsuken var forbedret sykepleierdekning. Det var mindre fravær blant sykepleiere og ved sykefravær ble sykepleiere i større grad leid inn som vikarer. Ved fravær av hjemmehjelpere ble det i evalueringsuken leid inn for få vikarer. Det medførte at sykepleiere sammen med hjelpepleiere og omsorgsarbeidere måtte utføre hjemmehjelpsoppgaver. Konsekvensen var at sykepleieroppgaver måtte vike (kapittel 9.3).

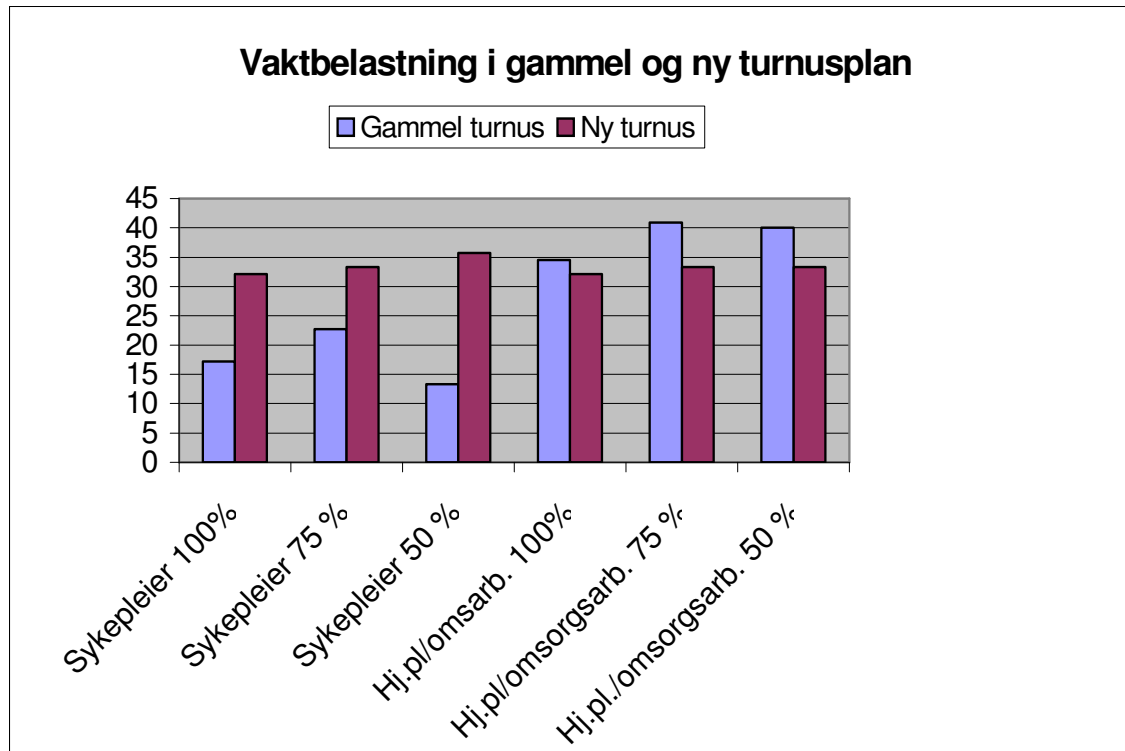
9.2 Arbeidsforhold

I forbindelse med samordningsprosjektet var det opprettet nye arbeidslag på tvers av de to gamle sonene. I hver av sonene hadde samholdet mellom de ansatte vært godt og det kollegiale samholdet og samarbeidet ble nå savnet. De ansatte opplevde at tre arbeidslag splittet tjenesten for mye opp på dagtid og samspillet og fleksibiliteten mellom arbeidslagene fungerte ikke etter intensjonene. Dette påvirket arbeidsmiljøet og gikk utover de ansattes trivsel. På kveld og i helgene var alle arbeidslagene slått sammen til en tjeneste, noe som skapte trivsel og samarbeid.

På grunn av strukturendringen hadde mange av de ansatte fått nye pasienter å forholde seg til. De opplevde at det var mye å sette seg inn i og at det tok mye tid. Likevel mente de at nye geografiske grenser og inndeling i arbeidslag var hensiktsmessig. En del ansatte følte utrygghet i den nye arbeidssituasjonen. Gruppene mente at ikke alle klarte å si fra når de følte seg utrygge, mens andre ikke ønsket å ta ansvar. De opplevde at det var for dårlig tid til informasjon.

Arbeidstid

Bemanningsplanen hadde endret personalets vaktbelastning for å sikre riktigere kompetansefordeling. Figuren nedenfor viser forskjell i vaktbelastning i prosent mellom gammel og ny turnus i forhold til stillingsstørrelse for sykepleiere og hjelpepleiere / omsorgsarbeidere.



Figur 8: Vaktbelastning i gammel og ny turnusplan i forhold til yrkesgrupper og stillingsstørrelser

Oversikten viser at sykepleiere fikk høyere vaktbelastning mens hjelpepleiere og omsorgsarbeidere fikk mindre vaktbelastning. Dette gjaldt alle stillingsstørrelser. Det var ingen innsigelser i forhold til vaktbelastning ved evalueringen. De ansatte var generelt fornøyd og opplevde personalfordelingen som bedre enn før. Enkelte hadde uheldige kombinasjoner som kveldsvakt fredag og tidlig vakt lørdag eller kveldsvakt to ganger i løpet av helgen. Natten mellom kveldsvakt og dagvakt ble kort, men de ansatte så ingen mulighet for å gjøre dette annerledes. Hviletiden mellom disse vaktene var avklart og avtale med tillitsvalgte var inngått.

Hjemmehjelperne opplevde at deres frihet til å planlegge egen arbeidsdag var blitt vesentlig redusert. Tidligere kunne de bytte arbeidsdager etter avtale med brukerne.

9.3 Bruk av kompetanse i direkte pasientarbeid

Målet var at bemanningsplanen skulle sikre pasientenes behov for kompetanse og kontinuitet hele døgnet. Kompetansebehovet ble søkt dekket ut fra hvilken situasjon pasientene var i. Det skulle alltid være en sykepleier tilstede for å ta seg av akutte, uavklarte og ustabile situasjoner. Samtidig skulle det være tilstrekkelig fagutdannet pleiepersonale tilstede for å ta seg av pasienter i avklarte og stabilt hjelpetrengende situasjoner. Bemanningsplanen skulle også ivareta at pasientansvarlig sykepleier ville ha tid til koordinering av helsetjenester og sikre kontinuitet. I det daglige må det for hver pasient vurderes hvilken kompetanse personalet må ha for å sikre faglig forsvarlighet. Den sykepleierfaglig ansvarlige kan delegere oppgaver til personell med relevant realkompetanse. Evalueringen gikk ut fra at 86,7% av pasientene var i avklarte og stabile situasjoner mens 13,3% var i uavklarte eller ustabile situasjoner (kapittel 7.1, figur 2).

Når det gjaldt den nye bemanningsplanen gav ansatte uttrykk for at sammensetning av kompetanse i arbeidslagene og i turnusplanen var riktig og fungerte bra når alle var tilstede. Sykefravær og ledige sykepleierstillinger gjorde at de ansatte fortsatt opplevde at det ikke var tilstrekkelig kompetanse tilstede og at pasientene derfor ikke fikk faglig forsvarlig pleie- og behandling. De ansatte var stort sett fornøyd med mulighetene til å kunne bruke egen kompetanse, men opplevde at spesialkompetanse ikke ble brukt optimalt. Realkompetansen til erfarne hjelpepleiere og omsorgsarbeidere kunne brukes bedre. Det ble uttrykt behov for større mulighet til å veilede og lære hverandre opp i praksisfeltet.

Etter innføring av begrepet pasientsituasjoner var gruppesykepleierne blitt mer bevisste på hvilken kompetanse som var nødvendig. Evalueringen viste at det lå en ny tankegang bak utarbeidelse av arbeidslistene og bruk av sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og hjemmehjelpere.

Akutte, uavklarte og ustabile situasjoner

Evalueringen viste at arbeidslistene var laget slik at sykepleiere på kveldsvakt i større grad skulle kunne ta seg av pasienter i akutte, uavklarte og ustabile situasjoner. På dagtid ble

imidlertid uavklarte situasjoner ofte overlatt til gruppesykepleier. Mye av formiddagen gikk for sykepleierne med til vanlig stell, praktiske gjøremål og husarbeid på grunn av sykefravær blant hjemmehjelperne (kapittel 9.1). En del sykepleieroppgaver ble utsatt og overført til sykepleier på kveldsvakt.

Det forekom at erfarne hjelpepleiere ble sendt til disse pasientene på grunn av sin realkompetanse når ukjente sykepleiere var på vakt. Ved akutte pasientsituasjoner eller når det oppstod komplikasjoner hos pasienter i uavklarte og ustabile situasjoner på kvelden, valgte noen hjelpepleiere/omsorgsarbeidere å ringe vakthavende sykepleier, mens andre selv ringte legevakten. Hvem som ble kontaktet var noe avhengig av realkompetansen hos den som var tilstede i situasjonen.

Avklarte og stabile situasjoner

Sykepleierne hadde også flere pasienter i avklarte og stabile situasjoner på sine arbeidslister. Dette på grunn av behov for gjennomføring av spesielle prosedyrer og fordeling av arbeidsbelastning. Øvrige pasienter i avklarte/stabile situasjoner stod på arbeidslistene til hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og hjemmehjelpere.

Ved kartleggingen var det 94 av 240 brukere av hjemmetjenester som kun mottok tjenester fra hjemmehjelp. Dette hadde endret seg lite. Evalueringen viste at hjemmehjelperne hadde begynt å utføre noen pleieoppgaver hos sine brukere. Dette hadde ikke vært problemfritt til tross for at mange av hjemmehjelperne hadde deltatt på 40 timers kurs i grunnleggende pleie og omsorg i forbindelse med omleggingen. Noen hjemmehjelpere opplevde å få tildelt oppgaver som lå utenfor deres kompetanseområde, mens andre så de nye oppgavene som spennende og utfordrende.

Det forekom ofte at to personer likevel måtte reise hjem til pasienten for å få utført alle oppgavene. Dette fordi hjemmehjelper manglet myndighet og kompetanse i medikamenthåndtering.

Evalueringen viste svakheter ved tilbudet om praktisk hjelp i hjemmet. Det var ikke utviklet gode nok oversikter over hvilken hjelp det var vedtak om at skulle ytes i det enkelte hjem. Rutiner i forhold til meldesystemer og vikarordning når hjemmehjelpere hadde forfall var også mangelfulle. Mange hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og sykepleiere måtte derfor handle,

vaske opp og vaske klær for pasientene. Konsekvensen var at sykepleiere på dagtid ofte måtte overlate ansvar for pasienter i uavklarte situasjoner til grupperpsykepleiere eller til kveldsvakten. Sykepleiere fikk på samme måte ofte heller ikke tid til nødvendig koordinering av tilbudet til pasientene og sikring av kontinuitet. Det førte igjen til flere vedvarende uavklarte situasjoner som krevde lenger arbeidstid hos pasientene. En annen konsekvens kan ha vært at brukere som skulle ha praktisk hjelp i hjemmet fikk annen hjelp enn det var vedtak om.

9.4 Bruk av kompetanse for koordinering og kontinuitet

Samordningsprosjektet konkluderte med innføring av pasientansvarlig sykepleier (PAS). PAS skulle være pasientens kontakt og ha ansvar for koordinering og kontinuitet av tjenestetilbudet. En gikk bort fra soneledere. Det ble innført tre gruppesykepleiere i til sammen 2,35 årsverk. Grupperpsykepleiernes stillingsstørrelser var henholdsvis 85 %, 80 % og 70 %. Grupperpsykepleierne skulle ha det faglige ansvaret i hvert sitt arbeidslag. Grupperpsykepleieren i 85 % stilling fikk tilført 15 % stilling fra de øvrige sykepleierressursen slik at hun var grupperpsykepleier i 85 % stilling og sykepleier i 15 % stilling..

Det kom frem i evalueringen at gruppesykepleierne burde samarbeide mer som team på tvers av arbeidslagene. Spørsmål om det var for mange til å administrere (en avdelingsleder, tre gruppesykepleiere og en sekretær) ble reist. Beskjeder forsvant noen ganger på vegen når de skulle gå gjennom mange personer. I tillegg fikk ansatte beskjeder fra flere overordnede og det var uklart om ledelsen hadde samsnakk og hva den ansatte skulle forholde seg til.

Ansatte så klare fordeler ved å ha gruppesykepleier i 100% stilling fremfor deltidsstilling. De mente heltids gruppesykepleier fikk bedre oversikt. Denne kunne fordele arbeidsoppgavene bedre og gi ansatte mer forutsigbar arbeidsdag. Når gruppesykepleier på grunn av deltidsstilling ikke hadde full oversikt, gikk dette utover fleksibilitet i tjenesten. Evalueringsgruppene mente at deltids gruppesykepleier for eksempel vanskelig kunne bedømme når personal på grunn av ulik arbeidsbelastning burde flyttes mellom arbeidslag på morgenen.

Koordinering av tjenestetilbudet

Avdelingsleder og gruppesykepleiere hadde mye arbeid med omstrukturering. I tillegg tok de mye telefoner, ringte til lege, bestilte varer og ringte etter vikarer. Integrering av hjemmehjelpere tok tid og krefter. En sekretær til å ta imot beskjeder var savnet.

Gruppesykepleierne var like mye involvert i samarbeidet med familie og lege som soneledere hadde vært. Oppfølging av pasienter ble skjøvet over til gruppesykepleiere fordi sykepleierne ikke hadde tid til å følge det opp og ordning med pasientansvarlig sykepleier ikke var ferdig innført i drift.

Arbeidsfordelingen mellom sykepleiere og annet pleiepersonell varierte i løpet av dagvaktene. Sykepleierne opplevde at det kunne være svært travelt mot slutten av dagen. De skulle dokumentere og rapportere alt som hadde skjedd i løpet av dagen, kontakte leger, ordne opp i medisinspørsmål, finne ut av uavklarte situasjoner og overta arbeidsoppgaver som ikke var ferdigstilt av andre ansatte. I tillegg måtte de overta gruppesykepleieres ansvar og oppgaver når disse ikke var tilstede. Annet pleiepersonell var tilgjengelig på slutten av dagen. Men oppgavene som skulle utføres krevde sykepleierkompetanse.

Dagene medisindosetter skulle fylles medførte ekstra vanskeligheter. Sykepleiere på dagtid hadde fulle arbeidslister men skulle i tillegg fylle dosettene. Ofte arbeidet sykepleierne ut over sin arbeidstid disse dagene.

Sykepleier på kveld skulle være frigjort til å ta seg av akutte, uavklarte og ustabile pasientsituasjoner. PAS planla ofte å gå til pasienter han/hun hadde ansvar for. Dette mente gruppene ville fungere fint dersom sykepleier ikke hadde fulle lister, men kunne påta seg litt og litt oppgaver utover en kveldsvakt. Da ville det være mulig å ta seg av uforutsette ting som alarmer. Men fordi så mye forble uavklart på dagvakt, så ble en del dagarbeid forskjøvet over til kveldsvakt. Arbeidslisten til sykepleier ble raskt fylt opp av arbeidsoppgaver som gjorde det vanskelig å følge opp PAS-ansvaret. Dosettfylling var en stor kilde til forskyvning av arbeid til kvelden.

Sykepleiere hadde flere stabile og avklarte pasienter på sin liste om kvelden. Flere av disse hadde behov for gjennomføring av spesielle prosedyrer. Gruppene mente andre yrkesgrupper kunne læres opp og delegeres oppgaver i forhold til disse pasientene på kveld og helg.

Sykepleierne hadde kompetanse som ikke ble brukt. En grunn til dette var sykefravær blant andre yrkesgrupper på formiddagene. Sykepleiere utførte da ofte oppgaver som ikke krevde sykepleierkompetanse til pasienter i avklarte situasjoner. Konsekvensen var at sykepleierne ikke fikk tid til å bruke sin kompetanse i oppfølging av pasienter. Dette arbeidet ble overført til gruppesykepleiere. Evalueringsgruppene stilte spørsmålet: ”Hva skal gruppesykepleiere gjøre dersom ordning med PAS fungerer?”

Sikring av kontinuitet i tjenestetilbudet

I kartleggingen ble det stipulert at det gikk med ca 10-12 timer per dag til sikring av kontinuitet i tjenestetilbudet. Disse oppgavene falt i større grad på sykepleiere enn på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere.

Evalueringen viste at hovedfokus i hverdagen var direkte pasientrettet arbeid. Faste gjøremål var fremdeles knyttet opp mot uke- og døgnyrtimeplan. Det var for lite tid til dokumentasjon. Skulle man dokumenterer slik man burde, måtte man jobbe overtid. Tiden som skulle brukes til dokumentasjon ble fremdeles i stor grad brukt ute hos pasientene. Kurvene ble ajourført, men det hendte at medisinarke ble lagt løst i permer i stedet for å settes på plass. Det hendte også at medisinalister manglet.

Evalueringsgruppene sa at det var mange avvik, men det var ikke tid til å skrive avvikskjema verken på medikamenthåndtering eller andre oppgaver som ikke ble utført faglig forsvarlig. Dager med fylling av medisindosetter var spesielt vanskelig fordi dette arbeidet kom i tillegg til arbeidslistene i forhold til pasientene.

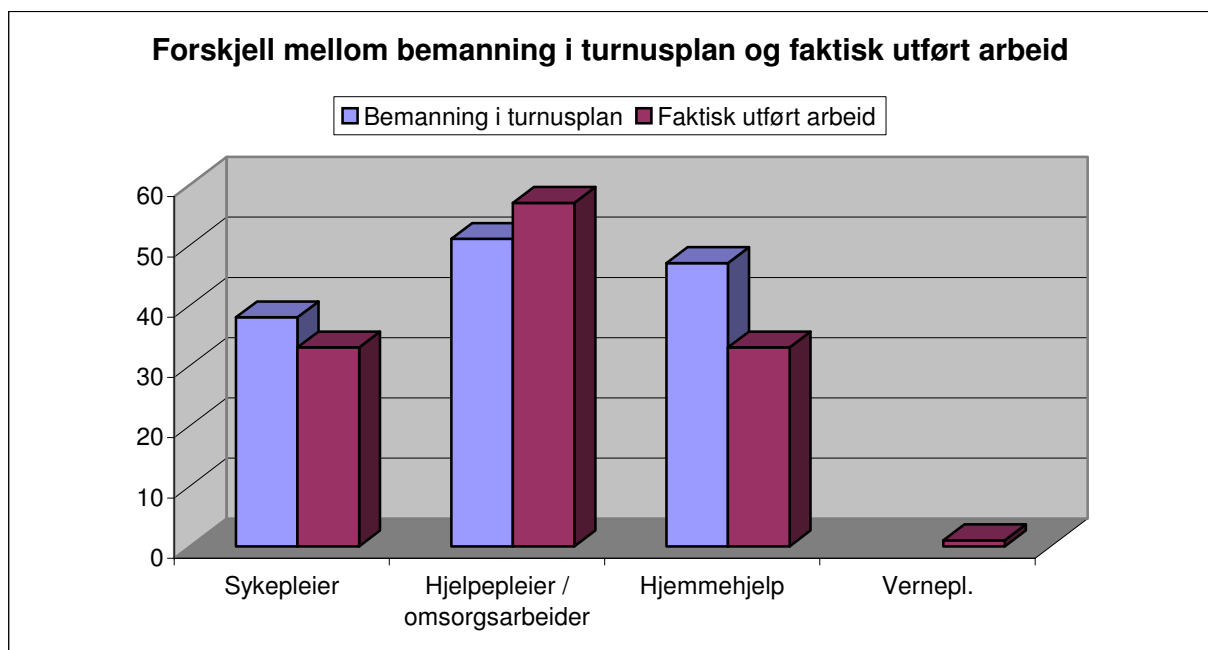
Hvert arbeidslag hadde pasientpapirer i eget skap. Dette ble oppfattet som tungvint fordi en ved henvendelser måtte finne ut hvilket arbeidslag en pasient tilhørte for å finne papirene. ”Det blir mye springing av det,” sa gruppene. Helst ønsket gruppen bærbar PC eller telefon med datatilgang. Det var ofte behov for å finne pasientopplysninger når man var hjemme hos pasienten, eller i bil på oppdrag. Ofte ble sykepleiere ringt til, og måtte reise til pasienter de ikke kjente. Gruppene mente at det heller ikke var bra at medisinkort ble kopiert fra kontorjournal til hjemmejournal.

Evalueringen viste helt klart at i forhold til de tjenester som skulle utføres og med rom for noe sykefravær, så var grunnbemanningen for lav til å sikre kontinuitet og koordinering av tjenestetilbudet. Det var liten tid til planlegging. Tid og krefter gikk derfor mer til ”brannslukking” enn effektivt arbeid. Behov for bedre rutiner som kan bedre situasjonen kom fram.

9.5 Andre faktorer

Det var liten endring i tjenestetilbudet. Et medisinerom var bygget i hjemmetjenestens lokaler, men dette var for lite til at pasientenes medisiner kunne oppbevares forskriftsmessig. Mange medikamenter ble oppbevart i to store skap. Medisindosettene ble derfor i stor grad fremdeles fylt ute hos pasientene. Dette arbeidet krevde sykepleierkompetanse og var fortsatt en tidkrevende oppgave som gav utslag på bemanningsbehovet.

Evalueringen viste forbedret sykepleierdekning. Det var mindre fravær blant sykepleierne, og ved sykefravær ble sykepleiere i større grad leid inn som vikar. Ved fravær av hjemmehjelpere ble det leid inn for få vikarer. Et resultat var at sykepleiere sammen med hjelpepleiere og omsorgsarbeidere utførte hjemmehjelpsoppgaver.



Figur 9: Forskjell mellom bemanning i turnusplan og faktisk utført arbeid 2004

Det var fortsatt en underdekning av sykepleiere i forhold til turnusplanen, mens hjelpepleierne dekket flere vakter enn oppsatt. Flere hjelpepleiere enn sykepleiere kunne ta ekstravakter. Dette påvirket kompetansedekningen i forhold til pasientenes behov.

Kompetanseutvikling for personalet

Helsepersonelloven krever at de ansatte skal holde seg faglig oppdatert og at det må være rom for etter- og videreutdanning. Permisjoner i denne forbindelse utgjorde i evalueringsuken 2,2% av totalt fravær (0,8 årsverk). Opplæringsplan for hjemmetjenesten var ikke utarbeidet og samlet behov for kompetanseutvikling var derfor ikke kjent. Det var lite rom i bemanningsplanen for faglig oppdatering. Flere ansatte tok etter- og videreutdanning utfra egne interesser og behov. Ledelsen prøvde å legge til rette turnusplanen så langt det var mulig for å etterkomme de ansattes behov for fri i forbindelse med dette.

I den nye turnusplanen ble det lagt inn en time per uke til internundervisning, samrefleksjon og lignende. Dette ble gjort ved at dag- og kveldsvaktene hver torsdag overlappet hverandre med en time slik hele personalet var tilstede samtidig. Dermed kunne flest mulig delta. Torsdagstimen var foreløpig ikke blitt godt nok utnyttet til sitt egentlig formål fordi ting ikke hadde kommet helt på plass. I utgangspunktet skulle det vært samrefleksjon hver tredje torsdag for hvert arbeidslag. Mange hadde aldri deltatt på dette. Overlappingstimen på torsdag ble ofte brukt til møter hvor man diskuterte hvordan arbeidslagene fungerte og hvordan man bedre kunne fordele arbeid på tvers av hele hjemmetjenesten.

Utdanning av helsepersonell

I hjemmetjenesten var det hele året (med unntak av ferier) puljer med sykepleierstudenter som hadde sin kliniske praksis. I tillegg var det elever og lærlinger som trengte veiledning. Antall elever og studenter varierte fra pulje til pulje, men det var omtrent fire personer i kliniske studier til enhver tid. Evalueringen viste at veiledning var vanskelig å sikre i hverdagen.

Kjøretid

Etter omstruktureringen og innføring av tre arbeidslag har hjemmetjenestens biler blitt fordelt på en annen måte. Kjørelengden ble ikke registrert i evalueringsuken. Hjemmehjelpenes tid til kjøring var nå inkludert i deres arbeidstid. Tidligere brukte hver hjemmehjelper omtrent ½ time per vakt til kjøring til pasientene og det er ikke grunn til å anta at dette er vesentlig endret.

10.0 KONKLUSJONER

Prosjektet trekker konklusjoner om bemanningsplaner i kommuner generelt og i hjemmetjenesten i Stokke kommune spesielt. En bemanningsplan utarbeides på grunnlag av virksomhetens mål og verdigrunnlag. Planen skal fordele personalet slik at pasientenes behov for bemanning og kompetanse hele døgnet er dekket. Ansatte skal oppleve å kunne gi et faglig og etisk forsvarlig tjenestetilbud i et godt og stabilt arbeidsmiljø med gode arbeids- og sosiale forhold. Bemanningsplanen skal medvirke til at virksomhetens aktivitet er i tråd med lov- og avtaleverk, overordnede planer, målsettinger, politiske føringer og innenfor økonomiske og ressursmessige rammer. Det skal tas hensyn til geografiske og demografiske forhold.

Det er to muligheter for å utarbeide bemanningsplaner. Man kan enten ta utgangspunkt i tjenestens behov og hvilke ressurser dette krever eller i det personalet og de ressurser virksomheten faktisk har. Prosjektet fulgte alternativet med utgangspunkt i det personalet og de ressurser virksomheten faktisk har. Bemannings- og turnusplan for hjemmetjenesten i Stokke kommune ble så laget ut fra forekomst av ulike pasientsituasjoner.

10.1 *Pasienter i hjemmetjenesten*

Pasientantallet i hjemmetjenesten holder seg forholdsvis stabilt, men vil variere ut fra antall eldre innbyggere og hvilke tjenester kommunen tilbyr. Det er en klar tendens til at liggetid i sykehus går ned. Tidlig utskrivning fra sykehus resulterer i at hjemmetjenesten får sykere og mer komplekse pasienter. Konklusjonen er at arbeidsbelastning og krav til kompetanse i hjemmetjenesten gradvis vil øke.

Pasientsituasjoner

Prosjektet tok i bruk en ny måte å kategorisere pasienter på. Pasientens situasjon, om den var akutt, uavklart/ustabil eller avklart/stabil var avgjørende for å bestemme kompetansebehov hos personalet. I hjemmetjenesten i Stokke var det noen akuttsituasjoner uavhengig av om pasientene i utgangspunktet var i en avklart eller uavklart situasjon. Blant pasientene var 86,7% i avklarte og stabile situasjoner mens 13,3% var i ustabile eller uavklarte situasjoner. Mange i avklarte og stabile situasjoner var pasienter som kun mottok praktisk bistand av hjemmehjelp i hjemmet. Prosentfordelingen er ikke overførbart til andre kommuner. Det er

fordi den avhenger av på hvilket omsorgsnivå den enkelte kommune har besluttet å tilby tjenester som ikke er lovpålagte.

10.2 Bemanning

Det viste seg å være vanskelig å finne frem til budsjetterte årsverk i personaloversikten og faktiske årsverk i turnusplanen. Det er en forutsetning for bemanningsplanlegging i tråd med økonomiske rammer at dette stemmer over ens.

Ved fravær blant ansatte fant prosjektet at vikarer som ble leid inn i stor grad hadde lavere kompetanse enn hos de som hadde fravær. Før omstruktureringen av hjemmetjenesten ble det ofte leid inn hjelpepleier eller omsorgsarbeider som vikar for sykepleier. På evaluerings-tidspunktet ble det i større grad leid inn sykepleiere som vikarer, men til gjengjeld ble det ikke leid inn vikar for flere hjemmehjelpere ved fravær. Konsekvensen var at noen pasienter ikke fikk hjemmehjelp så ofte de skulle. Andre dager utførte sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere hjemmehjelpsoppgaver. For sykepleiere gikk det ofte på bekostning av tid til sikring av kontinuitet og koordinering av tjenestetilbudet til pasientene.

Bruk av deltid

En betydelig andel (ca. 80 %) av ansatte arbeider deltid for å dekke bemanningsbehovet i helgene. Dersom antall deltidsansatte skal reduseres og bemanningsbehovet i helgene skal dekkes, må grunnbemanningen økes ved det opprettes nye stillinger. Høy deltidsprosent påvirker kontinuiteten i tjenesten og arbeidstakerens inntekt og pensjon. Ved ufrivillige deltidsansettelser kan en konsekvens være at arbeidstakere tar arbeid hos andre arbeidsgivere. Det kan skape problemer for arbeidsgiver.

10.3 Bruk av kompetanse

Ved omstruktureringen av hjemmetjenesten i Stokke ble geografiske grenser mellom tre arbeidslag trukket opp. Grensene sørget for jevn fordeling av pasienter i ulike typer situasjoner. Dermed ble det jevnt behov for ulike yrkeskompetanse i arbeidslagene, og bemanningsplanen kunne fordele bemanning og kompetanse likt mellom arbeidslagene. Sykepleierkompetansen ble fordelt ut fra omfang av akutte, uavklarte og ustabile situasjoner.

Det medførte høyere sykepleierdekning på kveld enn tidligere. Ved evalueringen var personalet generelt fornøyde med dette fordi det gav en god og trygg arbeidssituasjon.

Mengde tjenester som skal ytes avgjør behovet for annet personell. Prosjektet fordelte hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og hjemmehjelpere som var ansatt i hjemmetjenesten jevnt mellom arbeidslagene.

Bemanningsplanen skulle utarbeides på grunnlag av beslutning i kommunen om innføring av ordning med pasientansvarlig sykepleier (PAS). PAS skulle oppnevnes for pasienter med vedtak om hjemmesykepleie. Deres funksjon er å være pasientens kontakt og ha ansvar for å koordinere og sikre kontinuitet i tjenestetilbudet. Tidligere hadde soneledere hatt ansvar for dette. Evalueringen viste at ansvaret av flere grunner ikke hadde blitt gitt PAS som forutsatt. Det medførte flere negative konsekvenser.

Bruk av kompetanse i direkte pasientrettet arbeid

Det viste seg i praksis at erfarne hjelpepleiere/omsorgsarbeidere hadde en realkompetanse som gjorde at de ofte ble sendt til pasienter i ustabile situasjoner isteden for sykepleiere med mindre realkompetanse. Prosjektets konklusjon er at ordning med PAS gjør det mulig å sikre faglig forsvarlig delegering av oppgaver på denne måten. Ordningen er under innføring i hjemmetjenesten i Stokke, og det gjenstår en del før det fungerer tilfredsstillende.

Evalueringen viste at kategorisering ut fra pasientsituasjoner hadde gjort ansatte og ikke mist gruppesykepleiere ble mer bevisst på hvordan ulike yrkeskompetanse skulle fordeles. Fordeling av pasientene på arbeidslistene både på dag og kveld ble i større grad gjort ut fra hvilke situasjoner pasientene var i og dermed deres behov for kompetanse. Dette var en forandring de ansatte hadde merket og synes var positiv. Kategorisering i forhold til pasientsituasjoner gav en god oversikt over kompetansebehovet i hjemmetjenesten i Stokke. Prosjektets konklusjon er at måten å kategorisere på er overførbar til andre kommuner. Dette vil bidra til at det er enklere å dokumentere behov for ulike yrkeskompetanse og bemanning og utarbeide bemanningsplan med riktig kompetansefordeling.

Det bør på sikt utarbeides en sjekklister med kriterier som kan være et hjelpemiddel for å kunne kategorisere pasientene i ulike situasjoner. Pasientsituasjonene bør kartlegges hver uke slik at man til enhver tid har oversikt over kompetansebehovet i hjemmetjenesten. Personale

med riktig kompetanse må kunne flyttes mellom arbeidslagene i forhold til pasientenes behov for kompetanse. Pasienter i ustabile eller uavklarte situasjoner krever ekstra arbeidstid og arbeidsressurs må samsvare med tjenestene som skal utføres. Samtidig dokumenteres kompetansebehovet hjemmetjenesten har.

Koordinering av tjenestetilbud

Koordinering av tjenestetilbud ble ved oppstart av prosjektet utført av sykepleiere og særlig soneledere. Ordning med PAS vil medføre at dette ivaretas nær pasienten og av en sykepleier som pasienten har god kontakt med. Dersom denne ordningen skal fungere må PAS sikres tid til å følge opp sine pasienter. Fulle arbeidslister, fylling av medisindosetter, ekstra arbeid når hjemmehjelpere har fravær og opphopning av uavklarte situasjoner som sykepleiere må ta seg av på slutten av dagen gjør det vanskelig å ivareta PAS-ansvaret. Evalueringen viste også at gruppesykepleiere i stor grad hadde overtatt koordineringen som sonelederne tidligere hadde hatt ansvaret for. Det er nødvendig at ansvaret gis formelt og praktisk til PAS og at de pasientansvarlige sykepleierne påtar seg ansvaret som gis. Forholdet mellom hva gruppesykepleiere og PAS skal ivareta må avklares.

Prosjektet konkluderer med at leder bør utvikle oppfølgingsmåter for å se til at ordning med PAS gjennomføres etter intensjonen. Sykepleierbemanningen bør styrkes og flere sykepleiere må ha større stillingsstørrelser for å bedre koordinering og kontinuitet i tjenesten.

Sikring av kontinuitet i tjenestetilbudet

Prosjektet erfarte at det gikk mye tid til muntlig rapportering. Tid beregnet til skriftlig dokumentasjon ble i stedet ofte brukt til direkte pasientarbeid i hjemmene. Personalet prioriterte ikke dette arbeidet.

Prosjektet mener det bør settes fokus på viktigheten av skriftlig dokumentasjon både i forhold til å vurdere effekten av tiltak og de ansattes ansvar i forhold til lovverket. Tidsbruk i forhold til muntlig rapportering er stort og det bør være en prioritert oppgave å vurdere om dette kan reduseres til fordel for skriftlig dokumentasjon.

Ledelse

Evalueringen pekte på at det er ønskelig med gruppesykepleiere i 100% stilling av hensyn til planlegging og fleksibilitet i tjenesten. Sykepleierne opplevde at de måtte overta

gruppesykepleiers oppgaver og at arbeidsdagen ble lite forutsigbar når den ansvarlige for organisering ikke var tilstede. Denne effekten kan muligens reduseres noe dersom gruppesykepleierne organiserte arbeidet sitt mer som teamwork og tok utgangspunkt i tjenesten som helhet. Det kan være at det er bedre med færre ledere i 100 % stilling enn flere ledere i deltidstillinger.

Bemanningsprosjektets mål om å heve ansattes kompetanse om bemanningsplanlegging viste seg å være oppnådd. Ledelsen og de øvrige ansatte hadde blitt mer bevisst på pasientenes situasjon, deres behov for kompetanse, virksomhetens tjenestetilbud og deres egen arbeidssituasjon. Hjemmetjenesten hadde tatt i bruk verktøy for fordeling av kompetanse. Men tre måneder med ny struktur og ny bemannings- og turnusplan avdekket at det tar tid å endre holdninger og handlinger i en virksomhet slik at endringene fungerer etter intensjonene.

Prosjektet erfarte at det var vanskelig å formidle prosjektets mål til de ansatte. Målet var en endret kompetansefordeling i tjenesten, men de ansatte forventet at det skulle bli flere personer på hver vakt. Omstruktureringen av hjemmetjenesten og ny arbeidsplan for de ansatte krevde mer ressurser og lenger tid til omstilling enn forutsatt. Dette påvirket arbeidsmiljøet og skapte problemer i oppstarten av endringen.

Bemanningsprosjektet hadde også som mål at bemanningsplanen skal dekke pasientenes behov for kompetanse og kontinuitet. I tillegg skulle bemanningsplanen legge til rette for godt arbeidsmiljø og forsvarlig og effektiv drift. Evalueringen viste at dette var blitt bedre, men at ytterligere utvikling er nødvendig.

Ordning med PAS fungerte ikke etter intensjonen. Når koordinering og sikring av kontinuitet av tjenestetilbudet ikke sikres betyr det at flere pasienter enn nødvendig blir værende i uavklarte og ustabile situasjoner. Konsekvensen er utrygghet og lav kvalitet på hjelpen til pasientene og opplevelse av utilfredsstillende faglig og etisk tjeneste blant ansatte. I tillegg har prosjektet vist at det går med gjennomsnittlig mer arbeidstid per pasient i uavklarte situasjoner enn i avklarte situasjoner. En konsekvens er derfor økt ressursbruk i tjenesten.

10.4 Andre faktorer

Når de økonomiske rammene er trange, må det vurderes hvilke tjenester som skal ytes. Det er viktig at de sykeste syke får den omsorg og pleie de har behov for. Hjemmetjenesten må dokumentere hvilke situasjoner pasientene er i, type og omfang av tjenester som ytes og behov for bemanning og kompetanse. Det er politikernes oppgave å bestemme økonomiske rammer og hvilke tjenester som skal ytes i kommunen.

Sykefravær og ferieavvikling

Sykefraværet var mellom 15 og 20 %. Dette indikerer at det er behov for å kartlegge årsakene nærmere. Det kan synes som om det til tider er en meget stor arbeidsbelastning. Noen ansatte er utrygge i arbeidssituasjonen fordi de opplever at de blir pålagt oppgaver som går ut over deres kompetanse. Evalueringen viste tegn på at sykefraværet er gått noe ned etter omstrukturering og ny turnusplan. De ansatte gav uttrykk for at den nye strukturen hadde positiv effekt og at arbeidsdagene deres var blitt mer forutsigbare. Kompetansen på kveld var styrket i den nye turnusplanen. Hjemmehjelperne inngikk i oppsatte bemanning på helg og kveld slik at denne var styrket. Når oppsatt turnusplan ble fulgt uten sykefravær og ledige stillinger ble dette oppfattet som meget positivt.

Det betyr at de ansatte fungerer bedre når arbeidsdagen er forutsigbar og oppgavene er gitt i forhold til deres kompetanse. Kompetansefordelingen må dekke pasientenes behov for kompetanse hele døgnet. Når grunnbemanningen er marginal og arbeidsbelastningen stor, blir fravær en stor belastning for de ansatte som kan øke fraværet ytterligere.

Bruk av vikarer

Det var et meget utstrakt bruk av vikarer i tjenesten. Etter at den nye bemanningsplanen ble satt i verk, fikk leder mer oversikt over disponibelt personale, men vikarbruk lå fortsatt på samme nivå. I kartleggingsuken ble det leid inn 31,5 vikarer mens evalueringsuken viste at det ble leid inn 27 vikarer.

Det er lite turnover i hjemmetjenesten slik at det ikke er lagt inn tid i bemanningsplanen til opplæring av nyansatte. Kartleggingen og evalueringen avdekket imidlertid at det var utstrakt bruk av vikarer som trengte opplæring. Dette er opplæring som tar mye tid og som øker arbeidsbelastningen på det faste personalet og bør derfor legges inn i bemanningsplanen.

Mange vikarer gjør det også vanskelig å oppfylle krav om kompetanse og kontinuitet i forhold til den enkelte pasient.

Ferieavvikling utgjør 4,6 årsverk. Dette er 10 % av bemanningen i en tjeneste som har lik eller høyere belastning i ferieperiodene. Det bør derfor tas høyde for noe av ferieavviklingen i den oppsatte bemanningsplan. Det var ikke mulig å gjøre dette i den nye bemanningsplanen med de rammene som var til disposisjon.

Fagutvikling for ansatte

Samlet oversikt over kompetansebehovet i hjemmetjenesten er ikke utarbeidet. Når kompetanseutvikling og fagutvikling ikke er satt i system tar mange ansatte etter- og videreutdanning ut fra egne interesser og behov. Kompetanseutvikling bør skje i forhold til eksisterende og fremtidige oppgaver i tjenesten. Det er derfor nødvendig at leder utarbeider en plan for gjennomføring av kompetansehevende tiltak. Bemannings- og turnusplan kan da utarbeides i forhold til ansattes behov permisjoner.

Elev- og studentveiledning

Studenter og elever trenger oppfølging. Mye av veiledningen kan ansatte gi parallelt med at det utføres pasientarbeid. Men det er behov for at ansatte kan trekke seg ut av pasientarbeidet for å gi mer utdypende og personlig veiledning. Studier har vist at behovet for å veilede uten samtidig å skulle bære ansvar for pasienter tilsvarer omtrent en time per elev/student per uke (Strandquist 1999). I Stokkes hjemmetjeneste betyr det at fire timer av ansattes arbeidstid vil medgå til veiledning uten pasientansvar hver uke. Det er behov for et system som kan legge til rette for dette på en enkel og kostnadseffektiv måte. Systemet kan være at for hver student/elev oppnevnes det en veileder. Denne får ansvar for å planlegge og gjennomføre en times veiledning i ro og fred uten pasientansvar hver uke. Timen kan legges i tilknytning til vakt. Samtidig inngås avtale mellom veileder og dennes leder om tidspunkt for samlet avspasering av veiledningstiden, for eksempel 1 ½ vakt i løpet av perioden.

Kjøretid

Kartleggingen viste at det gikk med 9,6 timer per dag til kjøring eller omtrent en halv time per ansatt per døgn. I en kommune av Stokkes størrelse og utstrekning utgjør kjøretiden en relativt beskjeden del av tidsforbruket i en bemanningsplan.

11.0 OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE

Bemanningsprosjektet ville heve ansattes kompetanse i forhold til bemanningsplanlegging og lage en bemanningsplan for hjemmetjenesten i Stokke kommune. Det skulle utvikles et verktøy for bemanningsplanlegging som kunne ivareta fordeling av kompetanse og kontinuitet i tjenesten og samtidig legge til rette for et godt arbeidsmiljø og forsvarlig og effektiv drift.

Prosjektet hadde mange målgrupper i kommunen, ved høgskolen og innen arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner. Hver målgruppe har ulike perspektiver på hjemmetjenesten i kommunen. Bemanningsprosjektet ble avgrenset til å finne en logisk sammenheng mellom disse uten å utdype hvert perspektiv.

Pasientsituasjoner som grunnlag for fordeling av yrkeskompetanse

Spørsmålet om når det var bruk for kompetansen til en sykepleier og når det var bruk for kompetansen til annet pleiepersonell var grunnleggende. Andre studier eller litteratur gav ikke svar på det. Prosjektteamet som bestod av alle delprosjektledere og leder for Stokkeprosjektet drøftet spørsmålet. Delprosjektlederne var ansatte i kommunen, rådgiver ved NSF's fylkeskontor og høgskolelektorer. Prosjektteamet var enige om at pasientens situasjon avgjør behov for kompetanse hos helsepersonell. Tenkningen ble hentet fra professor Marit Kirkevolds redegjørelser om hvilke situasjoner sykepleiere møter i praksis.

Bemanningsprosjektet valgte benevnelsen pasientsituasjoner og la det til grunn for bemanningsplanlegging. Det ble beskrevet hvilken kompetanse som er nødvendig i akutte og uforutsette situasjoner, ustabile og uavklarte situasjoner, avklarte og stabile situasjoner og situasjoner med behov for forebygging

Forekomst av pasientsituasjoner og eksisterende bemanning ble kartlagt. I tillegg ble det registrert hvilke yrkesgrupper som utførte tjenester til pasienter i ulike situasjoner.

Resultatet av kartleggingen viste at det oppstod akutte situasjoner hos 5% av pasientene, 13,3% var i uavklarte situasjoner og 86,7% var i avklarte situasjoner. Pleiepersonalet bruke ca en tredjedel av sin tid på de uavklarte pasientsituasjonene. Det viste seg også at det ikke var samsvar mellom budsjetterte årsverk og årsverk i turnusplan. Det var høy grad (ca 80 %) av

deltidsansatte i tjenesten og sykefraværet var høyt (15-20 %). Ved fravær ble sykepleierkompetanse i stor grad erstattet av personell med lavere kompetanse.

Prosjektet utarbeidet ny bemanningsplan for hjemmetjenesten. Personalets kompetanse ble der fordelt ut fra forekomst av pasientsituasjoner. Det ble lagt vekt på at de ansatte skulle ha normal arbeidsdag og at det skulle være rom for kompetanseutvikling for personalet.

Direkte pasientarbeid, koordinering og sikring av kontinuitet

Arbeidet i forhold til hver pasient omfatter direkte pasientrettet arbeid, koordinering av tjenestetilbudet og sikring av kontinuitet. Koordinering av tjenestetilbudet er samarbeid med lege og andre involverte tjenesteytere som har ansvar for et helhetlig tilbud. Sikring av kontinuitet betyr utarbeidelse av pleieplaner, oppfølging av sykepleietiltak og dokumentasjon og forsvarlig delegering av oppgaver.

Evalueringen viste at bemanningsplanen nå bedre sørget for at sykepleiere var tilstede for å utføre direkte pasientrettet arbeid i akutte, uavklarte og ustabile pasientsituasjoner. Annet pleiepersonell kunne ta seg av pasienter i avklarte og stabile situasjoner. På grunn av forekomst av uavklarte og ustabile situasjoner på kveldstid, fikk sykepleiere høyere vaktbelastning i ny bemanningsplan som ble utarbeidet i prosjektet. Dette var sykepleiere fornøyd med fordi de opplevde at det samsvarte med pasientenes behov for deres kompetanse.

Ansvar for koordinering av tjenestetilbudet var lagt til pasientansvarlig sykepleier (PAS). Evalueringen viste at funksjonen må videreutvikles og at det må legges til rette for at PAS får ta ansvaret. Nytt delprosjekt i Stokkeprosjektet "Pasientansvarlig sykepleier i kommunen" vil arbeide med dette fra høsten 2004.

Svakheter ved kontinuitet i tjenestetilbudet kom fram. Det var fremdeles utstrakt bruk av deltidstillinger for å få nok personer på vakt i helgene. Reduksjon av muntlig rapportering bør vurderes til fordel for skriftlig dokumentasjon. Dokumentasjonssystemet i kommuner i Norge harmonerer imidlertid generelt ikke med oppdraget kommunene har fått. Tilstrekkelig informasjon om pasienter er ikke tilgjengelig i hjemmene eller i bilene når uventede situasjoner oppstår. Dette gjør det tungvint å kunne vurdere klinisk og dokumentere om pasientene.

Beregning av bemanningsbehov

Bemanningsprosjektet beregnet hvor stor andel av bemanningen som må være sykepleiere for å sikre faglig forsvarlighet. Hvor stor mengde annet personell det var behov for ble ikke beregnet. Det avhenger av hvilke tjenester som skal utføres i hjemmene og omfanget av dem. Delprosjektet "Tjenestebeskrivelser" i Stokkeprosjektet (Berntsen og Strandquist 2005. Foreløpig upublisert) beskriver helse- og sosiale tjenester som utføres i Stokke kommune. Politikere må beslutte hvilke ikke-lovpålagte tjenester kommunen skal yte og omfang og finansiering av disse.

Det var høyt sykefravær i prosjektperioden. Evalueringen viste forskjeller i arbeidsbelastning mellom yrkesgruppene. System for riktig fordeling av arbeidsoppgaver bør utvikles videre. Klarere definisjoner av hva hjemmetjenesten skal yte vil også bedre arbeidssituasjonen for den enkelte arbeidstaker.

Bemanningsprosjektet vurderte ikke om det var behov for andre yrkesgruppers kompetanse i hjemmetjenesten. En vei videre kan være å vurdere behov for kompetanse i saksbehandling eller for eksempel behov for vernepleieres kompetanse i boveiledning.

Videre utviklingsbehov

Hjemmetjenesten har behov for systemutvikling. Fokus er i ferd med å flyttes fra "jeg og pasienten" til "vi og pasienten". Formal- og realkompetansen til den enkelte ansatte må benyttes til beste for pasienten og ansatte selv. Alle ansatte skal ha faglige utfordringer i trygge former. Faglig forsvarlighet må sikres ved måten personalet samarbeider på.

Bemanningsprosjektet hadde mange målgrupper og har gjennom lærende samarbeid satt ord på sammenhengen mellom målgruppenes perspektiver. Veien videre er å videreutvikle forståelsen av pasientsituasjoner for hver målgruppe.

I kommunen er det behov for et enkelt verktøy for jevnlig kategorisering av pasienter i ulike situasjoner. Verktøyet bør omfatte situasjoner med behov for forebygging. Det er viktig at dette perspektivet kommer i fokus. Forbygging vil medvirke til at mange pasienter vil opprettholde sin evne og mulighet å mestre sin situasjon og dermed begrense behovet for tiltak fra hjemmetjenesten.

Videre kan kommunen undersøke hvordan pasienter selv oppfatter å bli møtt i sin situasjon. Livskvalitetsstudier viser at det er forskjell i oppfatning av situasjon mellom helsepersonell og pasient. Pasienter opplever ofte sin situasjon annerledes og bedre enn det helsepersonell forestiller seg (Hanestad og Klopstad 2003).

Ledere og arbeidsgiverorganisasjoner vil ha nytte av utdypning av hvordan kompetanse kan benyttes effektivt. Det vil være interessant å se nærmere på de uavklarte og ustabile situasjonene. De kan dreie seg om klinisk ustabilitet, uenighet mellom pasient, pårørende og ansatte om mål eller tiltak, eller for eksempel behov for tilsyn fra lege. Dersom det er mulig å gjøre flere situasjoner stabile og avklarte har det stor betydning for hvordan pasienter har det, ansattes arbeidssituasjon og ressursbehov i tjenesten.

Norsk Sykepleierforbund Vestfold har som følge av Bemanningsprosjektet endret sine kurs i turnusplanlegging til å være kurs i bemanningsplanlegging. Alle kan sette opp en turnusplan, men en bemanningsplan krever forståelse for bemanningsbehov og fordeling av ulike kompetanse. Interesseorganisasjonen vil følge opp videre utvikling av forståelse av pasientsituasjoner.

Forståelse om pasientsituasjoner må spres og videreutvikles. Her har Høgskolen særlig ansvar og muligheter. Forståelse kan spres gjennom utdanning og kurs. Delprosjektet "Rom for læring" i Stokkeprosjektet (Fermann 2005. Foreløpig upublisert) omfatter flere aktiviteter knyttet til læring hos ansatte og studenter. Delprosjektet ledes av høgskolelektor. Som en del av prosjektet har studenter i videreutdanning innen aldring og eldreomsorg studert og beskrevet pasientsituasjoner i hjemmetjenesten.

LITTERATUR

Berntsen og Strandquist. Tjenestebeskrivelser. Stokkeprosjektet 2005. Foreløpig upublisert

Dahlin, Åke. Kompetanseutvikling i arbeidslivet. J.W. Cappelens forlag as. 1993

Fermann, T. Rom for læring. Stokkeprosjektet 2002 -2005. Foreløpig upublisert

Forskrifter om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Helsedepartementet 2002

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Sosialdepartementet 2003

Fosaas og Strandquist. Samordning og kvalitet i hjemmetjenesten. Stokkeprosjektet 2004.
Foreløpig upublisert

Grue, E.V. og Sørbye, L.W. Helse- og omsorgsbehov for hjemmeboende vurdert med RAI-
HC. Pleie- og omsorgstjenesten i St.Hanshaugen – Ullevål bydel. Oslo. Diakonhjemmets
høgskolesenter. Forskningsrapport nr. 8/98

Hanestad, BR og Wahl, AK. Forebyggende helsearbeid: Til nytte eller fånytte –livskvalitet
som mål for behandling, pleie og omsorg. Tidsskriftet Sykepleien nr.15 2003

Hofseth og Norvoll. Kommunehelsetjenesten -gamle og nye utfordringer. SINTEF Unimed
helsetjenesteforskning. Rapport januar 2003

Hovedtariffavtalen mellom KS og NSF. Tariffperioden 1. mai 2002 – 30. april 2004

Kirkevold, Marit. Vitenskap for praksis. Universitetsforlaget. 1996

Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v. Arbeids- og administrasjonsdepartementet 1977

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

Lov om helsetjenester i kommunene. Helsedepartementet 1982

Lov om pasientrettigheter. Sosial- og helsedepartementet 1999

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

Lyberg, A. og Strandquist, M. Praktisk talt 2. En kvalitativ empirisk undersøkelse om utdanning av klinisk kompetente sykepleiere ved hjelp av praksisstudier. Skriftserien Høgskolen i Vestfold. Rapport 10/98

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 omsorgstenestene. 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 omsorgstenestene

Strandquist, Marit. Praktisk veiledning. Utvikling av avtale om veiledning av sykepleiestudenter på sengepost i sykehus. Skriftserien Høgskolen i Vestfold. Rapport 4/99

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

Vedlegg 1

SÆRAVTALE

Avtale mellom	Norsk Sykepleierforbund Vestfold	Nedenfor kalt: NSF
og	Stokkeprosjektet	Nedenfor kalt: Stokkeprosjektet

om samarbeid om prosjektet

BEMANNINGSPROSJEKT 2003

1. Beskrivelse (mål og innhold)

Målet er at ledere og de som har ansvar for utarbeidelse av bemanningsplaner og turnusplaner i pleie, omsorg og rehabilitering i Stokke kommune får økt kompetanse og økt bevisstgjøring i forhold til å kunne lage bemannings- og turnusplaner som tilfredsstiller:

- Pasientens behov
- Ansattes behov
- Arbeidsgivers rammer og behov

Bemanningsplanene skal ivareta at:

- pasientenes behov for kompetanse er dekket
- kravene til veiledning av pasienter, pårørende, studenter og elever tilfredstilles
- de ansatte opplever å kunne gi et faglig og etisk forsvarlig pasienttilbud
- de ansatte opplever gode arbeids- og sosiale forhold som oppfyller krav til lov- og avtaleverk
- den gir rom for korttidsfravær og ferieavvikling
- den gir mulighet for generell kompetanseheving og stimulerende fagmiljø
- den gir mulighet for tilstrekkelig handlingsrom for ledelsen

Avtalen gjelder en arbeidsdeling mellom avtalepartene:

Utvikle registreringsverktøy

Gjennomføre kartlegging

Undervisning

Utforme nye bemanningsplaner

Registrere effekt av nye bemanningsplaner

Justere planene/ny registrering

Evaluering/Rapportering

2. Gjennomføring/ansvarlig

Gjennomføring av prosjektet skjer i perioden 01.01.03 – 31.01.04.

Referansegruppe er Fylkesstyret i Norsk Sykepleierforbund Vestfold.

Prosjektansvarlig for gjeldende prosjekt er Lise Adal.

Prosjektansvarlig ved Stokkeprosjektet er Marit Strandquist.

Prosjektleder i NSF utarbeider i samarbeid med ekstern veileder et kartleggingsskjema / måleredskap. Veiledning underveis på det enkelte arbeidssted forstås av prosjektleder i NSF.

Første fase i prosjektet vil være kartlegging av dagens situasjon og rutiner i virksomheten for pleie, omsorg og rehabilitering i Stokke kommune. Dette vil danne utgangspunktet for det videre arbeidet.

Neste fase vil være opplæring – kurs / veiledning for de som deltar i prosjektet og som igjen skal bruke sine kunnskaper for å gjennomgå / og eventuelt endre bemanningsplan og turnusplan på egen arbeidsplass.

Eventuelle effekter av disse endringene skal kartlegges ved prosjektavslutning november / desember 2003. Evalueringsredskapet utarbeides av prosjektleder i NSF på bakgrunn av kartlegging i forkant av prosjektet.

3. Rapportering

Det er NSF's ansvar at det utarbeides rapport ved avslutning av prosjektet.

Denne publiseres i Høgskolen i Vestfolds Skriftserie som notat eller rapport.

Prosjektrapporten eies likeverdig av begge parter hvilket tydelig skal fremgå av rapportens første sider. Begge parter står fritt til bruk av resultatene og rapporten.

4. Kostnader og betalingsbetingelser

NSF finansierer:

- Lønn til prosjektleder med 20% stilling i 13 måneder
- Ekstern veiledning ved utarbeidelse av kartleggings skjema og prosjektarbeid
- Arrangement av 3 kurs/temadager. Gratis deltakelse for ansatte i Stokke kommune.
- Opplæring og veiledning av prosjektmedarbeidere i Stokke i prosjektperioden
- Eventuelle utgifter til databehandling

Stokkeprosjektet finansierer:

- Kurs i prosjektledelse, prosjektveiledning, tilrettelegging og koordinering, samt publisering i Høgskolens Skriftserie som deltager i Stokkeprosjektet (1 av 5 prosjekter)
- Kurs i bruk av prosjektverktøy Notus Systems
- Arbeidstid til prosjektdeltakelse for ansatte i Stokke (prosjektarbeid, fyller ut kartleggings skjema, vikar ved kursdeltakelse, utvikle nye bemanningsplaner, ny kartlegging, justere bemanningsplaner)

Stokkeprosjektet søker ekstern delfinansiering av prosjektet. Dersom dette innvilges fordeles beløpet mellom partene i samme forhold som innsatsen.

5. Avtaledokumenter

Denne avtalen består av følgende deler:

1. Dette dokumentet, betegnet Særavtale
2. Samarbeidsavtale mellom Høgskolen i Vestfold og Stokke kommune
3. Prosjektbeskrivelse av 14.01.03

Denne avtalen er underskrevet i 2 eksemplarer, hvor hver av partene får ett.	
For Stokkeprosjektet	For NSF Vestfold
Tittel og navn Leder av Styringsgruppen Kari Rasmussen	Tittel og navn Fylkesleder Rigmor Føske Johnsen
Signatur	Signatur
Dato 06.02.03	Dato
Den seneste av datoene gjelder som avtalens inngåelsesdato	

Evaluering av Bemanningsprosjektet januar 2004

Guide for gruppeintervju

Rammer:

To fokusgrupper velges ut for å delta i et møte og besvare spørsmålene som følger av intervjuguiden på neste side. Hver gruppe skal ha 5-7 deltakere fra de ansatte. Gruppene velges ut av Evy Fossaas og gruppelederne. Gruppene skal være sammensatt av personer fra ulike arbeidslagene og yrkesgrupper. Det skal også være en representant fra gruppesykepleierne i hver gruppe. Lise Adal skal lede møtene og Marit Strandquist skal være sekretær.

Hva betyr kompetanse?

Bemanningsprosjektet definerer kompetanse slik:

Hjemmehjelp har kompetanse som går på å holde et hjem i rent og i orden.

Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har kompetanse i grunnleggende stell og pleie av pasienter.

Sykepleiere har i tillegg kompetanse i utredning av ustabile og uavklarte situasjoner.

Utdanningen legger stor vekt på trening i å definere hva som er pasientens behov eller problem, mål og tiltak og iverksette riktige handlinger i forhold til dette.

Pasientsituasjoner

Bemanningsprosjektet kategoriserer pasientene i hjemmetjenesten ut fra hvilken situasjon pasienten er i. Situasjonene beskrives slik:

Akutte/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 som f.eks hjertestans, hjerteinfarkt, hjerneblødning, astma anfall, føling i forbindelse med diabetes. Skader som følge av blant annet fall og utløst alarm med ukjent årsak. Det vil si alle akutte medisinske situasjoner som ikke løses ved faste prosedyrer i hjemmetjenesten.

Ustabile/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 hjemmetjenesten 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. Dette kan være alvorlig syke pasienter, terminalpasienter, pasienter med uregulert diabetes, slagpasienter.

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. Dette er pasienter som har behov for hjelp, omsorg og pleie for å mestre hverdagen, men hvor sykdomsbildet er stabilt og tiltak og behandlingen følger et fast regime.

Intervjuguide:

I Hvordan brukes kompetansen i hjemmetjenesten?

- 1 Påpeke forskjellene før bemanningsprosjektet og etter at endringene er innført.
- 2 Hvordan brukes ulike kompetanse nå på dag og kveld.

II Beskriv hvordan kompetansen brukes i forhold til pasientenes behov i de ulike pasientsituasjonene (akutt, uavklart/ustabil og uavklart).

- 1 Er det forskjell nå i forhold til før endringene i forbindelse med bemanningsprosjektet
- 2 Hva består i så fall endringene i?
- 3 Hva er blitt bedre?
- 4 Hva er blitt verre?

III Beskriv hvordan de ansattes kompetansen brukes.

- 1 Er det endringer i forhold til hvordan de ulike yrkesgruppene opplever å få bruke egen kompetanse etter at endringene i turnusplanen er gjennomført?
- 2 Hvordan legges det til rette for bruk av de ulike yrkesgruppes kompetanse?
 - Hjemmehjelp
 - Hjelpepleier/omsorgsarbeider
 - Sykepleier
 - Gruppesykepleier
 - Annet personell
- 3 Hvordan er de ansattes tilfreds med sin egen arbeidsplan?
 - Vaktbelastning
 - Vaktenes lengde
 - Arbeidsperiodenes varighet
 - Skifte mellom dag og kveld
 - Faglig forsvarlighet
 - Trygghet i arbeidssituasjonen
 - Arbeidsbelastning fysisk og psykisk

IV Evt. andre kommentarer til bruk av kompetanse i forhold til pasientenes behov.

Lise Adal
Prosjektleder