

**Marit Strandquist, Gro Næss,
Astri M. Andersson, Anne Marit Stigen, Lise Adal
og Marit Kirkevold**

**KOMPETANSEBASERT
BEMANNINGSPLAN
Verktøy for kategorisering av
pasientsituasjoner og
beregning av bemanningsbehov**



NSF Vestfold

Tønsberg, Høgskolen i Vestfold, 2005

Rapport 7 / 2005

Rapport 7 / 2005 Høgskolen i Vestfold

Copyright: Høgskolen i Vestfold / forfatterne

ISBN 82-7860-148-8

FORORD

Foreliggende rapport dokumenterer prosjektet *Kategorisering av pasientsituasjoner i hjemmetjenesten* som ble gjennomført i hjemmetjenesten i Stokke kommune i Vestfold våren 2005.

Rådgiver Lise Adal og fylkesleder Solveig O. Sandvik i Norsk Sykepleierforbund (NSF) Vestfold tok initiativ til prosjektet for å utvikle et verktøy for kategorisering av pasienter i hjemmetjenesten og beregning av bemanningsbehov. Formålet var å sikre faglig forsvarlige tjenester til pasientene. Ved å se på pasientenes situasjon ønsket man å avklare hvilken kompetanse de hadde behov for og deretter lage en bemanningsplan ut fra dette. Prosjektgruppen ble oppnevnt av fylkesleder og deltakere var:

Marit Strandquist er høgskolelektor ved Høgskolen i Vestfold og utdannet sykepleier, Kandidat i sykepleievitenskap og Master i helseadministrasjon. Hun har ledet flere forsknings- og utviklingsprosjekter innen helsetjeneste og utdanning og har arbeidet mer enn ti år innen sykepleierutdanning.

Gro Næss er høgskolelektor ved Høgskolen i Vestfold og utdannet sykepleier og kandidat i sykepleievitenskap. Hun har bred erfaring som sykepleier fra sykehjem, rehabiliteringssenter og ulike sengeposter og overvåkningsavdelinger i sykehus. Ved høgskolen har hun siden 1993 jobbet i grunnutdanning sykepleie. Hennes arbeids- og interesseområde er fagutvikling og forskning i sykepleie, knyttet spesielt til grunnleggende sykepleie og sykepleie til skrøpelige gamle.

Astri M. Andersson har de siste syv år vært ansatt i hjemmetjenesten i Stokke kommune som sykepleier, soneleder og siden 2003 som kreftsykepleier og koordinator for alvorlig syke og døende. Hun er sykepleier med spesialutdanning i onkologi. Tidligere yrkeserfaring har hun fra blant annet 11 år i bistandsarbeid i Afrika og fra medisinsk avdeling i sykehus.

Anne Marit Stigen arbeider som omsorgsarbeider i Stokke kommune. Hun begynte som hjemmehjelp i 1998 og gikk etter noen år over til hjemmesykepleien etter å ha utdannet seg til omsorgsarbeider. Hun har også tatt videre-/etterutdanning i klinisk sykepleie.

Lise Adal er rådgiver i Norsk Sykepleierforbund Vestfold. Hun er cand.mag. med prosjektarbeid, organisasjon og ledelse som fordypning. Hun har deltatt i flere prosjekter og publisert rapporter i forhold til endringsprosesser, kompetanseutvikling og bemanningsplanlegging i offentlig virksomhet.

Marit Kirkevold er Professor i Sykepleievitenskap ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo. Hun er sykepleier og har Mastergrad og Doktorgrad i sykepleie fra Columbia University i New York. Hun har publisert en rekke artikler og bøker innenfor temaene sykepleieteori, sykepleievitenskap og sykepleie til eldre og kronisk syke.

NSF Vestfold eier prosjektet og styrer og koordinerer den videre bruk av verktøyet og formidling av resultatet i publikasjoner.

INNHOOLD

1.0	BAKGRUNN	4
2.0	HENSIKT	5
3.0	METODE	5
4.0	FORUTSETNINGER VED BRUK AV KOMPETANSEBASERT BEMANNINGSPLAN	8
4.1	Riktig tildelt tid	8
4.2	Ordning med pasientansvarlig sykepleier (PAS)	9
4.3	Kompetanseutvikling	9
5.0	KRITERIER FOR TILHØRIGHET I ULIKE PASIENTSITUASJONER	9
6.0	YRKESGRUPPENES KOMPETANSE	13
7.0	SITUASJONENE KREVER ULIK KOMPETANSE	15
8.0	VERKTØY FOR KOMPETANSEBASERT BEMANNINGSPLAN	18
9.0	KOMPETANSEBASERT BEMANNINGSPLAN	21
10.0	VIDERE UTPRØVING AV VERKTØYET	23
	LITTERATUR	25

1.0 BAKGRUNN

Riksrevisjonen har nylig gjennomgått Handlingsplan for eldreomsorgen (Stortingsmelding 31 (2001-2002) og 45 (2002-2003)) og påpekt mangler ved standard og kapasitet (Riksrevisjonen 2004). NSF har vist til manglende fokus på kompetanse også i Rekrutteringsplanen for helse- og sosialpersonell (Sosial- og Helsedirektoratet 2004), og foreslått at det utarbeides en kompetanseplan som avløser rekrutteringsplanen (NSF 23.11.04). De viser til tall fra SSB om stagnasjon i antall sykepleierårsverk samtidig som det blir flere eldre som har behov for kyndig hjelp. I 2002 var det 8,53 pasient pr. sykepleier i pleie og omsorg, mens tallet for 2003 var 8,45. NSF er bekymret for manglende fokus på behov for sykepleierkompetanse og for utstrakt bruk av ufaglærte i omsorgstjenesten, særlig i de store byene.

En rapport fra SINTEF (Kalseth m.fl. 2004) beskriver utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten. Kommunene har de siste årene fått ansvar for betydelig flere og mer kompetanse- og ressurskrevende pasienter. Samtidig øker forventningene fra befolkningen om hva helsetjenesten skal yte. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene utfører stadig mer utfordrende pleiefaglige oppgaver og mindre grad av praktisk hjelp. Behovet for mer sykepleierkompetanse og mer samarbeid med kommunens institusjonstjeneste og legetjeneste kommer klart fram i rapporten.

For å sikre faglig forsvarlige pleie- og omsorgstjenester er det nødvendig å se kritisk på hvilke pasientbehov kommuner skal ivareta, hvilke tjenester som må prioriteres, omfang av helsehjelp til den enkelte og hvilken kompetanse som er nødvendig for å ivareta denne hjelpen.

NSF Vestfold og Stokkeprosjektet samarbeidet i 2003 – 2004 om delprosjektet *Bemanningsplan. Fordeling av kompetanse i hjemmetjenesten* (Adal og Strandquist 2004, Strandquist 2005b). Prosjektet fant at verken pasientens diagnoser, helseproblemer, pleietyngde eller funksjonsnivå kunne forklare hvilken kompetanse hjelperen måtte ha. Registreringer i IPLUS* (Sosial- og helsedirektoratet 2004) eller andre kategoriseringsverktøy kunne ikke avklare kompetansebehovet. Prosjektets konklusjon var at pasientens totale situasjon var det avgjørende. Prosjektet beskrev fire situasjonstyper og kartla

*IPLUS er systematisert standardinformasjon basert på individopplysninger om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester. Les mer i kapittel 3.0 Metode; Utvikling av kategoriseringsverktøyet.

hvilke situasjoner pasientene i hjemmetjenesten var i. Situasjonstypene var akutte, avklarte og stabile, uavklarte og ustabile og situasjoner med behov for forebygging. Tenkningen som klassifiseringen bygget på ble hentet fra professor Marit Kirkevolds redegjørelser om ulike typer praksissituasjoner med forskjellig kompetansebehov og faglige utfordringer sykepleiere møter i praksis (Kirkevold 1996). Bemanningsprosjektet (Adal og Strandquist 2004) beskrev et anerkjent verktøy for generell bemanningsplanlegging. Det ble også redegjort for hvordan kategorisering av pasientsituasjoner kunne danne grunnlag for en kompetansebasert bemanningsplan.

2.0 HENSIKT

Hensikten med foreliggende prosjekt var å utvikle et praktisk verktøy for å beregne den pleiefaglige minimumskompetansen som pasientene i hjemmetjenesten trenger på grunnlag av dokumenterte behov. Dette for å kunne styre de pleiefaglige ressursene best mulig og sikre forsvarlig hjelp.

3.0 METODE

Prosjektet ble gjennomført i avdeling for hjemmetjenester i Stokke kommune.

Hjemmetjenesten var en av flere avdelinger i virksomhet Pleie, omsorg og rehabilitering (PLOR). To andre virksomheter, Tiltak for funksjonshemmede og Familie og oppvekst, ivaretok også helsetjenester i kommunen. Tjenester derfra samt fra andre avdelinger i virksomhet PLOR ble ikke vurdert.

Prosjektgruppen

Prosjektgruppens sammensetning la til rette for vurderinger fra mange perspektiver.

Sykepleier og omsorgsarbeider fra hjemmetjenesten kjente pasientene og tjenesten svært godt og rådgiver fra NSF hadde bred erfaring i å holde kurs i bemanningsplanlegging.

Høgskolelektor og professor fra universitetet kjente omsorgsfagene både teoretisk og praktisk, og prosjektleder hadde masterutdanning i helseadministrasjon og erfaring med utvikling av omsorgstjenesten.

Personvern

Det ble innhentet samtykke til gjennomføring av prosjektet fra leder av virksomhet PLOR. Deltakerne fra hjemmetjenesten la fram anonymiserte arbeidslister med pasientopplysninger i prosjektgruppen. Listene ble brukt som arbeidsredskap i møtene og deretter makulert.

Prosjektmøtene

Den oppnevnte prosjektgruppen hadde fire arbeidsmøter våren 2005. Det første møtet varte fem timer og øvrige møter tre timer. I det første møtet gjennomgikk gruppen bakgrunnen for arbeidet (kapittel 1.0). Det ble orientert om resultater fra Bemanningsprosjektet og Stokkeprosjektet, litteratur på området (Kirkevold 1996 og 2000, Næss 2004) og om IPLOS (nedenfor). Spesialsykepleier Britt Martinsen i Stokke kommune la fram sin avsluttende oppgave i Videreutdanning i aldring og eldreomsorg om pasientsituasjoner i hjemmetjenesten (Martinsen 2004). Sykepleier i arbeidsgruppen la fram eksempler på arbeidslister for hjemmetjenesten. En arbeidsliste var en liste over de pasienter en ansatt skulle yte hjemmetjenester til på en bestemt vakt. Listen bestod av korte, anonymiserte pasientopplysninger. Prosjektgruppen begynte drøftingen av hvordan pasientenes situasjoner kunne kategoriseres.

Øvrige arbeidsmøter gikk med til å gjennomgå nye arbeidslister. Dette var tilfeldig valgte lister fra hjemmetjenesten i Stokke. Representantene fra hjemmetjenesten redegjorde mer utfyllende om pasientene. I de første møtene ble det særlig fokusert på pasienter med omfattende hjelpebehov. Senere ble pasienter med mer begrensede hjelpebehov vurdert. Sykepleieren i gruppen ble også særskilt bedt om å finne eksempler på pasienter som kunne sies å være i situasjon med behov for forebygging, pasienter med behov for rehabilitering og alvorlig syke.

For hver pasient ble det drøftet hvilken situasjon pasienten kunne sies å være i. Det ble tatt utgangspunkt i de fire situasjonstypene Bemanningsprosjektet (Adal og Strandquist 2004) hadde beskrevet: akutte, avklarte og stabile, uavklarte og ustabile og situasjoner med behov for forebygging. Prosjektet utviklet gjennom drøfting av pasienteksemplene nye situasjonstyper og klarere beskrivelser av dem. Det gjøres rede for dette i kapittel 5.0.

Deltakerne fra hjemmetjenesten forklarte hva de gjorde i de ulike situasjonene. De ble spurt om hva man måtte kunne for å gjøre det som var nødvendig. Basert på fortellingene

formulerte og sorterte deltakerne fra høyskolen og universitetet ulike typer gjøremål som genererte behov for forskjellig kompetanse. Kompetanseområdene som kom fram var vurderings-, tiltaks-, samhandlings- og forvaltningskompetanse. Fokus var det unike, det som kunne atskille hvilken kompetanse det var behov for. Det ble også vektlagt å få frem forskjellen på sykepleiers og hjelpepleiers/omsorgsarbeiders formalkompetanse. Beskrivelsene av kompetansebehovet for pasientene er derfor ikke uttømmende i forhold til hvilken kompetanse som totalt kreves.

Kapittel 6.0 gjør rede for hvilken vurderings-, tiltaks-, samhandlings- og forvaltningskompetanse de vanligste yrkesgruppene i omsorgstjenesten har. Deretter viser kapittel 7.0 hvilken kompetanse hver situasjonstype krever, og det konkluderes med hvilken yrkesgruppe som kan yte forsvarlig hjelp.

Utvikling av kategoriseringsverktøyet

Prosjektleder utviklet kategoriseringsverktøyet for kompetansebasert bemanningsplanlegging (kapittel 8.0) mellom møtene. Verktøyet ble utformet i et regneark i Excel. Etter hvert som det ble klart hvilke områder som måtte registreres ble nye kolonner satt inn. Rekkefølgen på kolonnene ble justert underveis fordi det stadig ble tydeligere hvilke faktorer som bygget på hverandre. Hver pasient som ble vurdert ble satt inn i skjemaet (tabell 3 i kapittel 8.0).

Først ble opplysninger som skal registreres i IPLOS notert. IPLOS er systematisert standardinformasjon basert på individopplysninger om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester (pleie- og omsorgstjenester). Verktøyet innføres i alle landets kommuner og informasjon er lagt ut på nettstedet til Sosial- og helsedirektoratet (<http://www.shdir.no/iplos/>). Det skal brukes til dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter.

Tjenestevariabler i IPLOS er definert og nummerert fra 30 – 50 (Sosial- og helsedirektoratet 2004). KBB ble utviklet for tjenestenumrene 30 og 44.

- 30: Praktisk bistand: daglige gjøremål
- 44: Pleie og omsorg utenfor institusjon

Andre tjenester som ytes av hjemmetjenesten eller andre avdelinger og virksomheter ble ikke vurdert. Eksempler på andre tjenester som ytes i hjemmene er rehabilitering utenfor institusjon, matombringning og trygghetsalarm. Og eksempler på tjenester fra andre avdelinger er dagsenter, avlastning og korttids- og langtidsopphold i institusjon.

IPLOS registrerer tildelt tid og behov for medhjelper, og dette ble satt inn i skjemaet. Deretter ble kolonne for pasientens situasjon satt inn, og til slutt mulighet for å registrere behov for ekstra tid til pasientansvarlig sykepleier (kapittel 4.0) og hvilken kompetanse tjenesteutøvere måtte ha ut fra pasientsituasjonen.

Rapport

Foreliggende rapport dokumenterer prosjektarbeidet og resultatene. Prosjektleder var hovedforfatter, men deltakere i prosjektgruppen utdypet og beskrev områder de hadde særlig kompetanse om. Alle bidro med innspill som gjorde budskapet i rapporten tydeligere.

4.0 FORUTSETNINGER VED BRUK AV KOMPETANSEBASERT BEMANNINGSPLAN

Verktøy for kompetansebasert bemanningsplan beregner den pleiefaglige minimumskompetansen som er nødvendig for å sikre faglig forsvarlige tjenester til pasientene. Det kan også benyttes for å dokumentere at det er behov for å endre bemanningsplanen ut fra pasientenes situasjon. Verktøyet vil bare kunne fungere hensiktsmessig dersom vedtak om tildelt tid til omsorgstjenester er tilstrekkelig, tilgjengelig kompetanse benyttes effektivt og at kompetanse oppdateres etter behov.

4.1 Riktig tildelt tid

Kommunene er pålagt å yte nødvendig helsehjelp. Vedtak om tjenester skjer enten ved eget bestillerkontor eller i enhet som skal utføre tjenestene. Beslutning om omfang av tjenester beskrives enten i vedtaket eller framkommer av utførerenhetens arbeidslister. Prosjektet forholdt seg til tildelt tid til omsorgstjenester. Det ble ikke gjort noen vurdering av om tildelt tid var rimelig eller ikke. Prosjektet forutsatte at så var tilfelle.

4.2 Ordning med pasientansvarlig sykepleier (PAS)

For effektiv og motiverende bruk av tilgjengelig kompetanse la prosjektet til grunn at alle pasienter med vedtak om pleie og omsorg skulle tildeles en pasientansvarlig sykepleier (PAS). Ordningen med PAS i kommunen var utviklet i Stokkeprosjektet (Strandquist 2005a og 2005b). PAS skulle være pasientens kontaktperson og talsmann, sikre kontinuitet og faglig forsvarlighet ved ansvar for skriftlig pasientplan og koordinere tjenestetilbudet fra involverte tjenesteytere (for eksempel fastlege). Ordningen la til rette for at ansatte med forskjellig kompetanse skulle kunne yte riktig hjelp i direkte pasientarbeid i det daglige.

Stokkeprosjektet vurderte at personer som kun har vedtak om praktisk bistand (tjenestevariabel 30 i IPLOS) ikke har behov for PAS. De kan i stedet vurderes av sykepleier ved revidering av vedtak om tjenester.

4.3 Kompetanseutvikling

Prosjektet la også til grunn at tjenesten måtte ha et system for kompetanseutvikling for å sikre faglig forsvarlige helsetjenester. Ansattes kompetanse må vedlikeholdes og oppdateres. Det kommer nye pasienter og alle pasienters situasjon endres. Hele tiden er det behov for nye vurderinger og beslutninger. Fordi flere ansatte yter tjenester til samme pasient må alle forstå hva den skriftlige pasientplanen innebærer og arbeide etter denne. Enhver driftsenhet må derfor ha bestemte møter for drøfting av faglige utfordringer, faglig vurdering av skriftlige pasientplaner og formidling av forståelse om pasienter og tjenestetilbud.

5.0 KRITERIER FOR TILHØRIGHET I ULIKE PASIENTSITUASJONER

Tenkningen som prosjektet bygget på var Marit Kirkevolds (1996, 2000) beskrivelser av ulike typer praksissituasjoner som sykepleiere møter i praksis og som har forskjellige faglige utfordringer og kompetansebehov. Adal og Strandquist (2004) fant at verken pasientens diagnoser, helseproblemer, pleietyngde eller funksjonsnivå kunne forklare hvilken kompetanse hjelperen måtte ha. Pasientens totale situasjon var det avgjørende. Foreliggende prosjekt definerte en pasientsituasjon som samspillet av konsekvenser helseproblemet medfører på pasientens totale situasjon. Kroppslige, psykiske og/eller sosiale forhold vil også

kunne påvirke pasientens mulighet til å mestre sin situasjon. Dette er avgjørende for kompetansebehovet.

Pasientsituasjonene kan ha ulik grad av klarhet/uklarhet med hensyn til pasientbehov og faglige utfordringer, av stabilitet/ustabilitet i pasientsituasjonen, og tidspress med hensyn til nødvendig inngripen for å sikre helse og velvære (det vil si akuttnivå).

I Kirkevolds (1996) opprinnelige klassifikasjon, som fokuserte på de ulike typer faglige utfordringer og pasientkarakteristika, omtales fire typer pasientsituasjoner: Akutte, ”problematisk”, ”ikke-problematisk” og problemidentifiserende situasjoner. I et senere arbeid (Kirkevold 2000), hvor fokus var på karakteren av den pleie og hjelp som ytes beskrives seks kategorier: Funksjons- og integritetsbevarende pleie, situasjoner hvor hovedfokus er medisinsk behandling, akutt/kritiske situasjoner, rehabilitering, forebyggende/helsefremmende situasjoner og lindrende pleie og behandling.

Adal og Strandquist (2004) tok utgangspunkt i Kirkevolds opprinnelige klassifikasjoner da de undersøkte pasientsituasjoner i hjemmetjenesten i Stokke. Situasjonsbenevnelsene som ble brukt var: akutte, avklarte og stabile, uavklarte og ustabile og situasjoner med behov for forebygging.

Foreliggende prosjekt tok utgangspunkt i Adal og Strandquists situasjonsbenednelser. Det viste seg å være utfordrende å kategorisere pasientene i en enten avklart og stabil eller uavklart og ustabil situasjon. Gjennom drøfting av pasienteksempler ble nye kategorier og klarere beskrivelser av kategoriene utviklet. Det ble identifisert seks situasjonstyper, som fikk terminologien: Uavklarte situasjoner; avklarte og stabile situasjoner; avklarte, ustabile situasjoner; avklarte, utstyrskrevede situasjoner; ustabile situasjoner og akuttsituasjoner.

Prosjektet fant at ingen av pasientene med vedtak om pleie og omsorg utenfor institusjon (tjenestevariabel 44 i IPLOS) kun var i en forebyggende eller kun rehabiliterende situasjon. Forebygging og rehabilitering inngikk for de fleste som del av pleie og omsorg. Det utelukker ikke at andre pasienter i kommunen kan være i rent forebyggende eller rehabiliterende situasjoner. For eksempel kan en pasient med vedtak om trygghetsalarm og plass i dagsenter sies å være i en forebyggende situasjon.

I det følgende beskrives hver type pasientsituasjon som prosjektet identifiserte. Det gjøres rede for hva som kjennetegner situasjonen, gis eksempler på hvilke pasienter det kan dreie seg om og det beskrives hvilke tiltak som må gjennomføres.

Uavklart situasjon

En ny pasient er alltid i en uavklart situasjon. Avklaring av situasjonen omfatter først saksbehandling med fattning av vedtak om hva som skal være tjenestetilbudet og tildelt tid. Dette kan foregå ved eget bestillerkontor eller i utførerenheten, og har konsekvenser for kompetansekrav og bemanningsbehov der.

Etter at vedtak er fattet er pasienten fortsatt en periode i en uavklart situasjon. Tjenesteyter må i samarbeid med pasienten utforme mål, innhold og fremgangsmåte for hjelpen som skal gis. Det avklares om pasienten er i en avklart og stabil eller annen situasjon.

Enhver pasient kan på nytt komme i en uavklart situasjon. Det kan skyldes kroppslige, psykiske, sosiale eller praktiske forhold. Situasjonen må da avklares på nytt med eventuell endring av vedtaket.

Avklart og stabil situasjon

Pasientens behov er kjente og stabile, og ofte langvarige og omfattende. Eksempler er pasienter med varig funksjonssvikt på grunn av lammelser eller demens. De har ofte behov for hjelp til å ivareta personlig hygiene, mestre dagliglivets aktiviteter og opprettholde sine ressurser. Situasjonstypen omfatter også pasienter som av ulike grunner trenger hjelp til mindre forhold som stell av stomi eller hjelp til å tre på elastiske strømper.

Nødvendige tiltak er utarbeidelse av en skriftlig pasientplan, gjennomføring av tiltakene i planen, evaluering, justering av planen og dokumentasjon i forhold til den.

Avklart ustabil situasjon

Pasientens behov er kjente og hovedsaklig stabile. På et avgrenset område av kroppslig, psykisk eller sosial karakter er pasienten imidlertid i en ustabil situasjon. Det ustabile området er kjent som en del av pasientens historie. Pasienten kan for eksempel ha ustabil diabetes, hjerte- eller lungesykdom, krevende sår, angst, demens eller utfordrende forhold til pårørende eller andre.

Nødvendige tiltak er utarbeidelse av en skriftlig pasientplan, gjennomføring av tiltakene i planen, evaluering, justering av planen og dokumentasjon i forhold til den. Det ustabile området hos pasienten må kontinuerlig vurderes. En må se på om endringer er kjente og tiltak kan følge pasientplanen, eller om en må igangsette nye tiltak eller hente hjelp.

Avklart utstyrskrevede situasjon

Pasientens behov er kjente og stabile, men krever bruk av avansert medisinsk-teknisk utstyr. Med avansert utstyr menes utstyr som er nødvendig for å opprettholde liv og helse, eller utstyr hvor feil bruk kan påføre pasienten skade, sykdom eller død. Eksempler er pasienter med hjemmedialyse, respiratorbehandling, subkutan veneport (VAP) eller lignende.

Nødvendige tiltak er utarbeidelse av en skriftlig pasientplan, gjennomføring av tiltakene i planen, evaluering, justering av planen og dokumentasjon i forhold til den. Risikofaktorer ved bruk av utstyret må kontinuerlig vurderes og mulige komplikasjoner må forebygges.

Ustabil situasjon

Pasienten er i en plutselig eller vedvarende ustabil situasjon. Det ustabile i situasjonen er ikke kjent som en del av pasientens historie. Tiltak som kan brukes er ikke nedfelt i pasientplanen. Pasienten trenger kontinuerlig oppfølging og eventuelt spesialkompetanse for at situasjonen skal bli avklart og under kontroll. Eksempler er uvanlige eller variable fysiske, psykiske eller sosiale symptomer eller reaksjoner som kan skyldes en rekke ulike tilstander, for eksempel økende pusteproblemer, hjerneblødning, fall, føling ved diabetes, langtkommen kreft, angst eller forvirring. En pasientsituasjon kan også være ustabil sosialt, dersom f. eks. pasienten er avhengig av mye hjelp fra pårørende, men disse selv er i en sårbar helsesituasjon og/eller er utmattet pga høy alder eller langvarig omsorgsforpliktelse.

Nødvendige tiltak er utarbeidelse av en skriftlig pasientplan, gjennomføring av tiltakene i planen, evaluering, justering av planen og dokumentasjon i forhold til den. Pasientens totale situasjon må kontinuerlig vurderes for kunne igangsette nødvendige kjente tiltak, nye tiltak eller hente ekstern hjelp. Pasienten må trygges samtidig med prioritering og iverksetting av tiltak.

Akutt situasjon

Alle pasienter kan plutselig komme i en akuttsituasjon. Eksempler er plutselige og nye symptomer eller reaksjoner, som kan skyldes alvorlig sykdom, slik som hjertestans, hjerteinfarkt, benbrudd, pusteproblemer, fall, angst eller akutt forvirring. I hjemmetjenesten oppstår det også akuttsituasjoner når en trygghetsalarm går av.

Det må vurderes hvilke observasjoner og tiltak som er nødvendig, om det er behov for ekstern hjelp og akuttmedisinske tiltak må iverksettes.

6.0 YRKESGRUPPENES KOMPETANSE

De vanligste yrkesgruppene i hjemmetjenesten er hjemmehjelpere, omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, sykepleiere og vernepleiere. Yrkesgruppenes kompetanse kan deles i tre nivåer: ufaglært (hjemmehjelper), helsefagarbeider (omsorgsarbeider og hjelpepleier) og høgskoleutdannet helseprofesjon (sykepleier og vernepleier).

Kompetanse kan deles inn i formalkompetanse og realkompetanse (Dalin 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 består av kunnskaper, holdninger, ferdigheter og erfaringsbasert innsikt. I tillegg til egen kompetanse vil man i en arbeidssituasjon også kunne nytte andres kompetanse gjennom samarbeid eller veiledning når oppgaver skal løses. Kompetanse i en organisasjon er derfor det samlede produktet av kunnskaper, holdninger, ferdigheter, erfaringsbasert innsikt og evne og vilje til å bruke andres kompetanse.

Pasientenes behov for kompetanse ble vurdert med utgangspunkt i hva som måtte *gjøres* i de forskjellige situasjonene pasientene var i, og hva kompetansen skulle *brukes til*. Eller sagt på en annen måte: hvilke kompetansekrav situasjonene genererte. Fire nødvendige kompetanseaspekter kom klart fram i analysen av de ulike situasjonene: Vurderings-, tiltaks-, samhandlings- og forvaltningskompetanse.

Nedenfor gjøres det kort rede for hvilken vurderings-, tiltaks-, samhandlings- og forvaltningskompetanse yrkesgruppene i hjemmetjenesten tilegner seg gjennom utdanningen. Oversikten

viser klare forskjeller mellom yrkesgruppens kompetansenivå i forhold til alle aspektene. Ansatte kan ha realkompetanse som kvalifiserer dem til å yte tjenester utover det som er vanlig for yrkesgruppen. Dette må vurderes i den enkelte driftsenhet.

Ufaglært: Hjemmehjelper

Hjemmehjelpere har ikke formalkompetanse i helsehjelp eller personlig hjelp.

Helsefagarbeider: Hjelpepleier og omsorgsarbeider

- Vurderingskompetanse: Identifiserer endringer i avklarte og stabile, eller avklart ustabile situasjoner.
- Tiltakskompetanse: Gjennomfører grunnleggende stell og pleie av pasienter og andre tiltak i henhold til skriftlig pasientplan.
Rapporterer* effekt av tiltak og mulige endringer av pasientens situasjon.
- Samhandlingskompetanse: Kommuniserer og samhandler slik at pasientens ressurser og verdighet i situasjonen ivaretas.

Høgskoleutdannet helseprofesjon: Sykepleier

- Vurderingskompetanse: Samler data systematisk, analyserer disse og identifiserer pasienters behov og problemer. Vurderer fortløpende om det er endringer i alle typer pasientsituasjoner.
- Tiltakskompetanse: Planlegger og gjennomfører grunnleggende stell og pleie av pasienter. Utfører avanserte prosedyrer og håndterer medisinsk-teknisk utstyr.
Utformer og ajourholder skriftlig pasientplan** i forhold til krav om dokumentasjon for pasienter i alle situasjonstyper.
- Samhandlingskompetanse: Samhandler og kommuniserer hensiktsmessig med pasienter, pårørende og medarbeidere i alle typer situasjonen.
- Forvaltningskompetanse: Kjenner lover og regler som styrer omsorgstjenesten.

*Med å rapportere menes her fortløpende rapportering i forhold til skriftlig pasientplan.

**Med skriftlig pasientplan menes her den planen som i dagligtale ofte benevnes pleieplan og som skal ivareta juridiske krav til dokumentasjon. Dette til forskjell fra Individuell plan, som er en utvidet tverrfaglig skriftlig pasientplan for pasienter med hjelp fra mange tjenesteytere.

Høgskoleutdannet helseprofesjon: Vernepleier

- **Vurderingskompetanse:** Identifiserer endringer i avklarte og stabile situasjoner. Samler data og identifiserer muligheter for aktivisering.
- **Tiltakskompetanse:** Planlegger og gjennomfører grunnleggende stell og pleie av pasienter. Utformer og ajourholder skriftlig plan for aktivisering av pasienter i forhold til krav om dokumentasjon.
- **Samhandlingskompetanse:** Kommuniserer og samhandler slik at pasientens ressurser og verdighet i situasjonen ivaretas. Samhandler med personer i utfordrende situasjoner.
- **Forvaltningskompetanse:** Gjennomfører saksforberedelse og saksbehandling i tråd med kommunens tjenestetilbud, økonomiske rammer og forvaltningsloven.

7.0 SITUASJONENE KREVER ULIK KOMPETANSE

Tabellen på de to påfølgende sidene viser situasjonstypene og hvilken vurderings-, tiltaks-, samhandlings- og forvaltningskompetanse de krever. Det beskrives hvilken kompetanse som er nødvendig og tilstrekkelig. Høyere kompetanse kan anvendes.

TYPE SITUASJON	KOMPETANSEBEHOV	
	Vurderingskompetanse	Tiltakskompetanse
A: Uavklart	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdere pasientens totale situasjon og hvilke behov for hjelp hans situasjon medfører. • Vurdere aktuelle tiltak og eventuelle samarbeidspartnere. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beslutte, iverksette og nedtegne nødvendige tiltak i skriftlig plan. • Gjennomføre tiltak etter skriftlig plan.
B: Avklart og stabil	<ul style="list-style-type: none"> • Identifisere endringer ut fra pasientens totale situasjon. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre tiltak etter skriftlig plan. • Rapportere effekt av tiltak og mulige endringer i pasientens situasjon.
C: Avklart ustabil	<ul style="list-style-type: none"> • Identifisere endringer ut fra pasientens totale situasjon. • Kjenne pasientens helsetilstand og forstå/registrere endringer som er en del av situasjonen. Dvs vurdere behov for å iverksette tiltak ifht avtaler eller kontakte aktuelle instanser for nye tiltak/vurderinger. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utforme skriftlig plan. • Gjennomføre tiltak. • Kontakte andre instanser etter behov eller avtale. • Rapportere effekt av tiltak og mulige endringer i pasientens situasjon. • Iverksette nye tiltak etter avtale.
D: Avklart utstyrs-krevende	<ul style="list-style-type: none"> • Identifisere endringer ut fra pasientens totale situasjon. • Vurdere mulige risikofaktorer og komplikasjoner ved bruk av utstyret. • Vurdere tiltak for å forebygge komplikasjoner. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utforme skriftlig plan. • Gjennomføre tiltak (evt. i hht skriftlig plan). • Rapportere effekt av tiltak og mulige endringer i pasientens situasjon. • Mestret avansert teknisk utstyr. • Iverksette tiltak for å forebygge komplikasjoner.
E: Ustabil	<ul style="list-style-type: none"> • Identifisere endringer ut fra pasientens totale situasjon. • Forstå pasientens medisinske tilstand, hans/hennes psykiske tilstand og/eller sosiale situasjon og hvilke behov/problem som er mest fremtredende i situasjonen. • Vurdere behov for endring av tiltak eller iverksetting av nye tiltak. • Vurdere behov for annen kompetanse/vurdering. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utforme skriftlig plan, evt. i samarbeid med lege e.a. relevante helseprofesjoner. • Gjennomføre tiltak med utgangspunkt i skriftlig plan. • Rapportere effekt av tiltak og mulige endringer i pasientens situasjon. • Iverksette nye tiltak som følge av nye vurdering av situasjonen. • Dokumentere tiltak og vurderinger. • Kontakte andre instanser etter behov eller avtale.
F: Akutt	<ul style="list-style-type: none"> • Få oversikt ved akutt forverring i pasientens medisinske tilstand. • Vurdere behov for tiltak og hvilke hjelp som er nødvendig. • Erkjenne egen begrensning i kompetanse. • Vurdere behov for lege eller annen kompetanse/vurdering. 	<ul style="list-style-type: none"> • Raskt iverksette akuttmedisinske tiltak, inkl. tilkalling av lege/ambulanse. • Prioritere tiltak. • Kontakte andre instanser etter behov. • Dokumentere tiltak og vurderinger.

Tabell 1: Situasjonstyper og kompetansebehov

KOMPETANSEBEHOV forts.			KONKLUSJON
TYPE SIT.	Samhandlings-kompetanse	Forvaltnings-kompetanse	
A: Uavklart	<ul style="list-style-type: none"> Samhandle og kommunisere slik at pasienten opplever trygghet og selv bidrar til å synliggjøre problem/behov, ressurser, mål og ønsker. 	<ul style="list-style-type: none"> Utrede saksforhold og fatte vedtak i tråd med kommunens tjenestetilbud, økonomiske rammer og forvaltningsloven. 	Situasjonen krever 100 % sykepleierkompetanse og i tillegg forvaltningskompetanse.
B: Avklart og stabil	<ul style="list-style-type: none"> Kommunisere og samhandle slik at pasientens ressurser og verdighet i situasjonen ivaretas. 		Situasjonen krever oppfølging fra PAS omtrent en gang per uke, og for øvrig kompetansen til helsefagarbeider eller vernepleier. PAS må ha noe tilleggstid for sikring av kontinuitet og koordinering av tjenestetilbudet.
C: Avklart ustabil	<ul style="list-style-type: none"> Kommunisere/samhandle slik at pasienten opplever trygghet i en situasjon med store variasjoner og menneskelige påkjenninger. Kontakte nødvendige andre instanser. 		Situasjonen krever oppfølging fra PAS omtrent en gang per uke, og for øvrig kreves kompetansen til sykepleier. PAS tildeles ukentlig tilleggstid for sikring av kontinuitet og koordinering av tjenestetilbudet.
D: Avklart utstyrs-krevende	<ul style="list-style-type: none"> Samhandle med pasienten for å skape trygghet i en situasjon med mye fokus på avansert utstyr. 		Situasjonen krever oppfølging fra PAS omtrent en gang per uke, og for øvrig kreves kompetansen til sykepleier. PAS tildeles ukentlig tilleggstid for sikring av kontinuitet, koordinering og opplæring i bruk av utstyret.
E: Ustabil	<ul style="list-style-type: none"> Kommunisere/samhandle slik at pasienten opplever trygghet i en situasjon med store variasjoner og menneskelige påkjenninger. Samarbeide effektivt med andre nødvendige instanser. 		Situasjonen krever oppfølging fra PAS omtrent en gang per uke, og for øvrig kreves kompetansen til sykepleier. PAS tildeles ukentlig tilleggstid for sikring av kontinuitet og koordinering av tjenestetilbudet.
F: Akutt	<ul style="list-style-type: none"> Bidra til trygghet i en særdeles utrygg og uforutsigbar situasjon. Formidle en oversikt over situasjonen og hjelpebehov til nødvendig annet personale. 		Situasjonen krever minimum kompetansen til sykepleier.

8.0 VERKTØY FOR KOMPETANSEBASERT BEMANNINGSPLAN

Alle pasienter med vedtak om helsehjelp i en organisatorisk pleie- og omsorgsenhet med felles bemanningsplan vurderes og registreres jevnlig. Registreringer kan for eksempel skje samtidig med andre registreringer for IPLOS. Pasientens situasjon gjeldende uke registreres. Utviklingen av skjemaet framkommer av kapittel 3.0 om metode, og forutsetninger for å oppnå hensikten med kompetansebasert bemanningsplan beskrives i kapittel 4.0.

Tabell 2 viser skjemaet som skal fylles ut. Nedenfor gjøres det rede for utfylling av hver kolonne i skjemaet. Det vises til eksempel på utfylt skjema i tabell 3.

1 P A S I E N T	2 I P L O S	3 Tildelt tid						4 P A S I E N T - S I T U A S J O N	5 Oppfølging fra PAS		6 Behov for sykepl.-kompet. i tillegg til PAS (andel av tildelt tid)
		Daglig hjelp			Annen hjelp		Med-hjelp		TILLEGGSTID Sikre faglig forsvarlighet, kontinuitet og koordinering	Andel av tildelt tid	
		Dag	Kv.	Natt	Adm. medik.	Annet					
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											

Tabell 2: Skjema for beregning av kompetansebehov i grunnbemanning

1 Pasient Pasienten navn eller for eksempel personnummer settes inn. I tabell 3 er 17 pasienteksempler fra hjemmetjenesten i Stokke satt inn. Eksemplene er tilfeldige og det kan ikke generaliseres ut fra dem.

2. IPLOS Tjenestevariabel i IPLOS registreres. Prosjektet har kun vurdert tjenestevariabel 44 og 30 (kapittel 3.0). I kapittel 4.0 er det gjort rede for at tjenestevariabel 44 krever ordning med pasientansvarlig sykepleier (PAS), men at tjenestevariabel 30 ikke krever PAS. I tabell 3 vises dette ved at for pasient nummer 15, 16 og 17 med vedtak om tjenestevariabel 30 registreres ikke pasientsituasjon og det tildeles ikke tid til PAS.

3. Tildelt tid Det registreres i IPLOS hvor mange timer hjelp en pasient er tildelt per uke. For å beregne bemanningsbehovet på hver vakt i en driftsenhet må tiden fordeles på vakttypene i turnusplanen: dag, kveld og natt. I skjemaet fordeles derfor tildelt tid i **minutter** på vaktene i døgnet. Pasienten kan også ha vedtak om ukentlig hjelp eller sjeldnere hjelp. I skjemaet er det derfor også kolonner for dette. Annen tildelt tid er ofte vedtak om administrasjon av medikamenter (adm. medik.) eller ukentlig dusj (annet).

En annen faktor som er hentet fra IPLOS er om det er behov for medhjelper. Prosjektgruppen mente at når kompetansebehov skal beregnes må medhjelper ha kompetansen til helsefagarbeider.

4. Pasientsituasjon Pasienter med tjenestevariabel 44 i IPLOS kategoriseres ut fra hvilken situasjonstype de er i den uken registreringen gjennomføres. Følgende situasjonstyper vurderes:

A: Uavklart

B: Avklart og stabil

C: Avklart ustabil

D: Avklart utstyrskrevene

E: Ustabil

5. Oppfølging fra PAS For at PAS skal kunne ivareta sitt ansvar (kapittel 4.2) må tilleggstid vedtas. Det er også nødvendig at den som er PAS jevnlig utfører de vedtatte tjenestene for å beholde kjennskapet til pasienten. For pasientene som ble vurdert i prosjektet var det enighet om at PAS burde utføre ett hovedbesøk per uke til sin pasient, slik tabell 3 viser.

6. Behov for sykepleierkompetanse Siste kolonne viser behov for sykepleierkompetanse i tillegg til PAS. Det kan være at alt arbeid må utføres av sykepleier (resten av tiden) eller at noen minutter daglig krever sykepleierkompetanse. Når ikke noe er angitt i kolonnen kreves kompetansen til hjelpepleier eller omsorgsarbeider.

1 P A S I E N T	2 I P L O S	3 Tildelt tid						4 P A S I E N T - S I T U A S J O N	5 Oppfølging fra PAS		6 Behov for sykepl.-kompet. i tillegg til PAS (andel av tildelt tid)
		Daglig hjelp			Annen hjelp		Med-hjelp		TILLEGGSTID Sikre faglig forsvarlighet, kontinuitet og koordinering	Andel av tildelt tid	
		Dag	Kv.	Natt	Adm. medik.	Annet					
1	44	60	40	10	30/uke			E: Ustabil	30 / uke	90/uke	15/dag
2	44	60	40		15/uke		100	B: Avkl.+stabil	60 / 3mnd	40/uke	
3	44	20	10		15/uke			C: Avklart ustabil	30 / 14 dag	20/uke	10/dag
4	44	30	60				90	D: Avklart utstyrskev.	90 / uke	30/uke	resten av tiden
5	44		30					C: Avklart ustabil	60 / 14 dag	30/uke	resten av tiden
6	44	60		30	15/uke			C: Avklart ustabil	60 / uke	120 / uke	resten av tiden
7	44	30			15/uke	15/uke		B: Avkl.+stabil	15 / uke	30/uke	
8	44	60	30		15/uke			B: Avkl.+stabil	30 / uke	60/uke	
9	44	10	10		15/uke			B: Avkl.+stabil	30 / 3 mnd	10/uke	
10	44	10	10		15/uke			B: Avkl.+stabil	15 / mnd	10/uke	10/dag
11	44				30/uke	60/uke		E: Ustabil	30 / uke	30/uke	
12	44	60	50	10	15/uke		30	B: Avkl.+stabil	15 / uke	60/uke	
13	44					40/uke		D: Avklart utstyrskev.	30 / mnd	30/mnd	resten av tiden
14	44		10		15/uke			B: Avkl.+stabil	15 / mnd	10/uke	
15	30					120/14 dag					
16	30	15				120/14 dag					
17	30					120/14 dag					

Tabell 3: Eksempel på utfylt skjema for beregning av kompetansebehov

9.0 KOMPETANSEBASERT BEMANNINGSPLAN

Etter at alle pasienter i en driftsenhet er kategorisert og registrert i skjemaet (tabell 2) kan en kompetansebasert bemanningsplan (KBB) settes opp. KBB må også bygge på virksomhetens mål og verdigrunnlag og medvirke til at aktiviteter er i tråd med lov- og avtaleverk, overordnede planer og politiske føringer.

Det utfylte skjemaet viser tid som medgår i direkte pasientarbeid på hver vakt for hver yrkesgruppe. Det kommer også fram hvor mye tilleggstid PAS må ha på dagtid og tid som vil medgå til administrering av medikamenter. For å sette opp KBB må det i tillegg beregnes tid til rapporter ved vaktskiftene, kompetanseutvikling for personalet (videreutdanning, kurs, refleksjonsgrupper, opplæring av nyansatte og vikarer), utdanning av helsepersonell og kjøretid i hjemmetjenesten.

I de fleste tilfelle (bortsett fra nyetableringer) må man også vurdere hvordan hensynet til fast ansatte skal ivaretas. Det må skaffes oversikt over budsjetterte stillinger (antall årsverk), tilgjengelige personalressurser (kompetanse og stillingsstørrelser) og hvilke behov det er for spesiell tilrettelegging av arbeid eller arbeidstid. I tillegg må bemanningssituasjonen i forbindelse med sykefravær og ferieavvikling vurderes. KBB utarbeides deretter på grunnlag av det samlede behov for kompetanse og bemanning i driftsenheten.

Etter kartleggingen beregnes det hvor mange av hver yrkesgruppe det er behov for på den enkelte vakt i løpet av uken. Nødvendig kompetanse og bemanning i helgene, på kveldstid og natt må sikres ut fra beregningene. Og det må sørges for at det er tilstrekkelig kompetent personell på hver vakt til å ta seg av akuttsituasjoner.

En separat KBB settes opp for hver yrkesgruppe. For å belyse dette viser tabell 4 et eksempel på KBB for sykepleiere i en avdeling. Det arbeides hver tredje helg.

Vakttype	Man	Tirs	Ons	Tors	Fre	Lør	Søn	Vaktlengde	Antall timer per uke
Dagvakter	Antall timer med behov for sykepleiekompetanse / antall sykepleiere								
D1 07.30-15.00	28/4	21/3	21/3	21/3	28/4			7 timer eks.	119 timer

								pause ½ time	
D3 07.00-15.00	7,5/1	7,5/1	7,5/1	15/2	7,5/1	15/2	15/2	7,5 timer eks. pause ½ time	75 timer
Aftenvakter									
A1 14.45-21.45	24/3	24/3	24/3	24/3	24/3	16/2	16/2	8 timer	152 timer
Nattevakt									
N 21.30-07.30	10/1	20/2	10/1	10/1	10/1	10/1	10/1	10 timer	80 timer
Sum personer / timer	9 pers	9 pers	8 pers	9 pers	9 pers	5 pers	5 pers		426 timer

Tabell 4: Kompetansebasert bemanningsplan for sykepleiere

Kolonnene i tabell 4 viser antall timer med behov for sykepleierkompetanse og hvor mange sykepleiere det må til for å dekke timetallet. Når vekten for eksempel er syv timer og det er behov for 28 timer sykepleierkompetanse må det være 4 sykepleiere på vakt (i tabellen er dette skrevet slik: 28/4).

Når KBB er satt opp for alle yrkesgrupper beregnes antall årsverk dette utgjør. Beregningene vil vise om det er samsvar mellom kompetansesammensetning, budsjetterte årsverk og aktivitetene som skal utføres. Tabellen nedenfor viser beregningen av antall årsverk for sykepleiere i vårt eksempel. Antall timer per uke for sykepleiere deles på uketimetallet for turnusarbeidere.

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

Tabell 5: Beregning av antall årsverk for sykepleiere

Eksempelet viser behov for 12 sykepleierårsverk. Ut fra beregningene i tabell 4 var det behov for 5 sykepleiere på vakt i helgene. Når sykepleiere skulle arbeide hver tredje helg var det derfor behov for 15 sykepleiere (5 sykepleiere x 3 helger) for å få tilstrekkelig helgebemanning. Tabell 6 viser et eksempel på hvordan man kan fordele 12 årsverk i ulike stillingsstørrelser 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
Sum: 12 årsverk		Sum: 15 personer

Tabell 6: Årsverk fordelt på stillinger i ulike størrelser

Det må videre utarbeides en turnusplan for hver sykepleierstilling. På samme måte må det utarbeides KBB og turnusplan for de andre yrkesgruppene i avdelingen ut fra beregningene som er gjort.

10.0 VIDERE UTPRØVING AV VERKTØYET

Prosjektet har utviklet verktøy for kompetansebasert bemanningsplanlegging (KBB) og gjort rede for hvordan verktøyet kan brukes. NSF Vestfold eier prosjektet og styrer og koordinerer den videre bruk av verktøyet og formidling av resultatet i publikasjoner.

Pasienters totale situasjon er avgjørende for hvilken kompetanse som kreves både i kommunens hjemmetjeneste, sykehjem, tiltak for funksjonshemmede og i spesialisthelsetjenesten. Verktøy for KBB kan benyttes ved alle disse tjenesteområdene.

Prosjektet anbefaler at verktøyet først prøves systematisk ut i hjemmetjenesten i Stokke og i andre kommuner. Det foreslås et prosjekt med fire kommuner som deltakere. Prosessen med registrering og utregning bør dokumenteres, og det bør være drøftinger mellom kommunene for å få fram utfordringer, gode arbeidsmåter og konklusjoner. Ledere og tillitsvalgte fra fagorganisasjonene bør delta for å sikre felles forståelse og samarbeid om løsninger.

Pasienteksemplene som er satt inn i skjemaet i tabell 3 er tilfeldige og det kan ikke generaliseres ut fra dem. Ved utprøving av skjemaet (tabell 2) må reelle pasienter i en driftsenhet vurderes, og deltakerne må avgjøre hvordan den enkelte pasient skal plottes inn i skjemaet. Spørsmål, uklarheter og ny forståelse som måtte dukke opp bør dokumenteres for videre utvikling av verktøyet.

Ved utprøving må det tas stilling til om flere tjenestevariabler i IPLOS skal registreres. Prosjektgruppen mener det kan være behov for å inkludere tjenesten rehabilitering utenfor institusjon.

Ved utprøving i andre typer driftsenheter enn hjemmetjenesten kan det være aktuelt med en annen høgskoleutdannet helseprofesjon enn sykepleier som pasientansvarlig, men høgskoleutdanning er minimumsbehovet. Den ansvarlige personen bør oppnevnes i driftsenheten som utfører hoveddelen av tjenestene. Pasientansvarlig kan være vernepleier eller for eksempel sosionom dersom pasientens hovedbehov særlig krever deres kompetanse.

Etter beregning av kompetansebehov må kommunene ta stilling til eventuell omgjøring av stillinger i tråd med resultatet. Effektiv bruk av kompetansen krever også ordning med PAS og system for kompetanseutvikling som beskrevet.

Beregningene viser behov for sammensetning av yrkesgrupper i grunnbemanningen for gjeldende driftsenhet. Forekomst av situasjoner er relativt stabilt, men må beregnes jevnlig for revurdering av kompetansesammensetning i grunnbemanningen, og opprettholdelse av KBB. Det kan derfor senere vurderes om kategoriseringsmåten bør inngå som del av registreringer i IPLOS og/eller i programvare for dokumentasjon i pleie- og omsorgssektoren.

Kompetansebasert bemanning (KBB) gjør det mulig å tilby pasienter gode og tilrettelagte tjenester enten de er hjemme eller i sykehjem. Resultater fra prosjektet kan derfor bidra i drøftinger om hvor og hvordan pasienter kan tilbys gode helse- og omsorgstjenester.

LITTERATUR

Adal, L. og Strandquist, M. (2004) *Bemanningsplan. Fordeling av kompetanse i hjemmetjenesten*. Stokkeprosjektet og NSF Vestfold. Høgskolen i Vestfold. Rapport 7/2004.

Dalin, Å. *Kompetanseutvikling i arbeidslivet: veier til den lærende organisasjon*. J.W. Cappelen forlag as. 1993.

Kalseth, B., Midttun, L., Paulsen, B. og Nygård, L. (2004) *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill*. SINTEF Helse.

Kirkevold, M. (1996) *Vitenskap for praksis*. Oslo. Universitetsforlaget.

Kirkevold, M. (2000) *Klinisk sykepleje – refleksjoner over fagets kerne og grænser*. Klinisk sykepleje. Praksis og utvikling. København: Akademisk forlag.

Martinsen, B.H. (2004) *Avhengighet i alderdommen. En studie om eldre mennesker som mottar hjemmesykepleie*. Avsluttende eksamen i Videreutdanning i Aldring og Eldreomsorg. Høgskolen i Vestfold.

NSF, fagpolitisk avdeling (2004) *Innspill i forbindelse med arbeid med Handlingsplan for rekruttering av helse- og sosial personell*. Notat til Sosial- og helsedirektoratet avd. for personell. 23.11.04.

Næss, G. (2004) *Å stille andre er komplisert. Hva kjennetegner stellesituasjoner av pleietrengende eldre i sykehjem?* Hovedoppgave Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.

Riksrevisjonen (2004) *Undersøkelse av handlingsplanen for eldreomsorgen*. Dokument nr. 3:9 (2003–2004).

Skau, G.M. (1998) *Gode fagfolk vokser...* Cappelen Akademisk Forlag. Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet. (2004) *Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003 – 2006*. Rapport nr. 1 2004.

Sosial- og helsedirektoratet. (2004) *Kravspesifikasjon til IPLoS-versjon av IT-basert dokumentasjonssystem*. Versjon 2.02.2004.

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, M. (2005a) *Pasientansvarlig sykepleier i kommunen*. Stokkeprosjektet. Stokke kommune. Rapport 23.06.2005.

Strandquist, M. (2005b) *Stokkeprosjektet. Kompetent omsorg. Forsvarlige, motiverende og effektive tjenester*. Høgskolen i Vestfold. Rapport 8/2005