

Marit Strandquist

KOMPETANSE I HJEMMETJENESTEN

Kvalitet og forutsigbarhet for pasienten



Tønsberg: Høgskolen i Vestfold, 2007

Rapport 1 / 2007

Rapport nr 1 / 2007 Høgskolen i Vestfold

Copyright: Høgskolen i Vestfold/ Marit Strandquist

ISBN: 82-7860-193-3

FORORD

Norsk Sykepleierforbund tok initiativ til og gjennomførte prosjektet *Kompetanse i hjemmetjenesten. Kvalitet og forutsigbarhet for pasienten* i tre Vestfoldkommuner i 2006. Prosjektet utprøvde det kompetansebaserte styringssystemet som var utviklet gjennom flere tidligere prosjekter i avdelinger for ambulerende hjemmetjenester i Stokke, Nøtterøy og Horten kommuner. Prosjektleder var høgskolelektor Marit Strandquist ved Høgskolen i Vestfold. Styringsgruppen bestod av:

Leder:	seniorrådgiver NSF	Anne Marie Flovik
Medlem:	virksomhetsleder Horten	Gro Gustavsen Tho
Medlem:	kommunaldirektør Nøtterøy	Karen Kaasa
Medlem:	konst. virksomhetsleder Stokke	Inger Johanne Aarvold
Medlem:	fylkesleder NSF Vestfold	Solveig Osland Sandvik
Sekretær:	Prosjektleder	Marit Strandquist
Observatør:	spes.rådg. Fylkesmannen i Vestfold	Eli Anne Stenhaug

Jeg takker høgskolelektor og doktorgradsstipendiat Anne Haugen Gausdal ved Høgskolen i Vestfold for inspirerende og lærerik metodeveiledning, og for samarbeid om utvikling av 5-årig prosjektplan for videre utvikling, spredning og forskning på styringssystemet. Sammen med professor Bjørn Gustavsen godkjente hun også rapporten for publisering. Jeg vil også takke rådgiver Lise Adal ved NSF Vestfold, som bidro med kompetanse om bemanningsplanlegging. Sist, men ikke minst, mange hjertelige takk til mer enn 110 ledere, sykepleiere, helsefagarbeidere og tillitsvalgte i Stokke, Nøtterøy og Horten kommuner som har bidratt med lokal kompetanse. Systematisering av kompetansen og endringsvilje for kvalitet har ført til prosjektets resultater. Takk til Norsk Sykepleierforbund som gjorde det mulig!

Prosjektleder Marit Strandquist,
Høgskolen i Vestfold

INNHOLD

1.0	SAMMENDRAG	5
2.0	INNLEDNING	7
2.1	Presentasjon av prosjektet	9
3.0	GRUNNFORSTÅELSE	15
4.0	METODER.....	20
5.0	RIKTIG GRUNNBEMANNING.....	26
5.1	Pasientens situasjon avgjør kompetansebehov	28
5.2	Grunnstall for bemanningsberegning	37
5.3	Forutsetninger for og gjennomføring av beregningene.....	42
5.4	Inndeling i driftsenheter	48
5.5	Kompetanse i årsverk	50
5.6	Kompetanse i turnus.....	53
5.7	Kan vi stole på resultatene?.....	56
6.0	PASIENTANSVARLIG (PAS) OG PRIMÆRKONTAKT	60
6.1	Funksjonen til PAS.....	63
6.2	Funksjonen til primærkontakt	67
6.3	Tid til PAS.....	69
7.0	KOMPETANSEUTVIKLING	71
8.0	SPEKIALKOMPETANSE OG SAMMENHENG.....	73
8.1	Spesialkompetanse	73
8.2	Individuell Plan (IP)	76
9.0	RESULTATER OG EFFEKTER AV PROSJEKTET	80
9.1	Effekter av prosjektet	88
9.2	Framtidens omsorgsutfordringer og kvalitetsstrategien.....	101
10.0	OPPSUMMERING OG VEI VIDERE	105
	LITTERATUR	109

1.0 SAMMENDRAG

Norsk Sykepleierforbund (NSF) tok initiativ til og gjennomførte prosjektet *Kompetanse i hjemmetjenesten. Kvalitet og forutsigbarhet for pasienten* i 2006. Avdelinger for ambulerende hjemmetjenester i tre Vestfoldkommuner (Stokke, Nøtterøy og Horten) deltok. Prosjektet utprøvde og forbedret det kompetansebaserte styringssystemet som var utviklet gjennom en serie prosjekter i Vestfold fra 2002 – 2005. Det var fire utviklingsområder: *riktig grunnbemanning, funksjonsfordeling, kompetanseutvikling, samt spesialkompetanse og sammenhengende tjenester*. Resultater og langsiktige effekter ble undersøkt.

Målet var kvalitet for pasienten, motiverende arbeid for ansatte og effektive tjenester gjennom riktig bruk av kompetanse. Styringssystemet la brukerinnflytelse og myndiggjøring av pasienten til grunn. Omtrent 110 ledere, sykepleiere, helsefagarbeidere og tillitsvalgte deltok i prosjektet og bidro med lokal kompetanse. Samarbeidet mellom flere kommuner økte læringseffekten. Systematisering av tverrfaglig tidligere og ny kompetanse, samt endringsvilje for kvalitet førte til prosjektets resultater. Metodene var aksjonslæring, undervisning, veiledning, systematisk refleksjon, kartleggingsundersøkelse, utprøving gjennom forsøk og spørreundersøkelse om effekter.

Riktig grunnbemanning i driftsenhetene ble beregnet ut fra pasientgrunnlaget. Sykepleiere, helsefagarbeidere og ledere kartla alle nødvendige oppgaver som skulle utføres, og ble enige om hvilken kompetanse hver oppgave krevde. Det ble beregnet hvor mange årsverk det var behov for av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Resultatet viste at en kommune hadde behov for å bytte ut flere årsverk med assistenter til sykepleiere og helsefagarbeidere. De to andre kommunene hadde hovedsakelig riktig antall årsverk fra hver yrkesgruppe ut fra pasientenes behov. Beregningene viste videre at årsverkene måtte deles opp i deltidsstillinger når ansatte skulle arbeide få helger. Alle kommunene hadde utfordringer med å få nok kvalifiserte turnusarbeidere i helgene.

Funksjonsfordeling innebar innføring av ordning med *pasientansvarlig* (PAS) med høgskoleutdanning og *primærkontakt* med fagutdanning for pasientene. Overgangen fra at pleiepersonalet delte ansvaret for pasientene til konkret plassering av ansvar betydde en kulturendring. Ordningen var delvis innført i to kommuner ved prosjektstart, men ble

ytterligere formalisert og integrert i drift i prosjektperioden. Den tredje kommunen startet innføring av ordningen, men hadde behov for flere sykepleiere for full integrasjon i drift.

Kompetanseutvikling omfattet konkretisering av behov og metoder for kompetanseutvikling. Kjernebehovet var å få ansatte til å se sin rolle i arbeidsfellesskapet; overfor pasienten, medarbeidere, ledere og seg selv.

Spesialkompetanse og sammenhengende tjenester skulle kvalitetssikre tjenestene til pasienter med sammensatte og komplekse behov. System for innhenting av spesialkompetanse og bruk av individuell plan (IP) i hjemmetjenesten ble utviklet og utprøvd.

Det var forventet at gjennomføring av prosjektets anbefalinger ville gi langsiktige effekter for pasienter, ansatte og arbeidsgiver. Effektmåling ble gjennomført ved prosjektavslutning i to kommuner, men før alle anbefalte endringer var innført. Foreløpige effekter må derfor tolkes med forsiktighet.

Kvalitet for pasienten ble bedre etter gjennomførte endringer. Ledere og ansatte mente at prosjektet bidro til bedre kjennskap til pasientenes vedtak om tjenester, oppfølging av pleieplan, dokumentasjon, samt samarbeid med fastleger og andre tjenesteytere.

Ansattes arbeidssituasjon ble mer motiverende. Ledere ble mer oppmerksomme og usikre på om alle ansatte fikk brukt sin kompetanse. Ansatte ble mer faglig trygge på jobb, de mente det oftere var nok kompetanse til stede på vakter, arbeidsfordelingen mellom yrker var blitt bedre, og det var økt stolthet over å arbeide i tjenesten.

Tjenestene ble mer effektive fordi styringssystemet gav et analysegrunnlag for planlegging og dokumentasjon overfor politikere. Det bidro til økt bevissthet om pasientens behov, ansattes kompetanse og effektiv styring i tråd med dette. Alle kommunene brukte resultatene i budsjettarbeid for 2007 og uttrykte sterkt ønske om å bli med i videre utvikling av systemet.

Det kompetansebaserte styringssystemet ble forbedret og kalt KOMPASS (KOMPetansebAsert StyringsSystem). NSF og Høgskolen i Vestfold utviklet en 5-årig prosjektplan for videre kvalitetsutvikling, kunnskapsbasert praksis, forskning og spredning av systemet til alle landets kommuner.

2.0 INNLEDNING

Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste 10 årene. Hoveddelen av helse- og sosialhjelp ytes i kommunene, og 4 av 5 mottar nå omsorgstjenester i eget hjem (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Helse- og omsorgstjenesten er kommunenes største virksomhet og utgjør 1/3 av netto driftskostnader. Helsetilsynet (2005) har meldt om økonomiske og bemannings- og kompetansemessige utfordringer som setter systemene og faglig forsvarlighet i tjenestetilbudet på strekk. Det varierer hvor stor andel av pasientene kommunene velger å gi hjelp i institusjon (institusjonsandel) eller gi hjelp hjemme. Institusjonsandelen varierte i 2003 fra 5 til 75 % i landets kommuner (Borge og Haraldsvik 2005). Grad av sykdom og hjelpebehov hos pasientene i en sykehjems- eller hjemmetjenesteavdeling varierer derfor mye. Regjeringen varsler 10.000 nye årsverk, mer kompetanse og mer aktiv hjelp (Stortingsmelding nr. 25).

Dette krever gode styringssystemer, noe helse- og omsorgstjenesten i kommunene ikke har. IPLOS (Individbasert Pleie- og Omsorgs Statistikk) er nylig innført i alle kommuner, og regjeringen ønsker å videreutvikle IPLOS til å bli et bedre planleggingsverktøy for kommunene. Det nye verktøyet må kunne sikre at bemanningen i den enkelte driftsenhet samsvarer med pasientenes behov. Nye pasientfokusede arbeidsformer og bedre evalueringssystemer er også nødvendig. Sosial- og helsedirektoratet har utviklet en Kvalitetsstrategi (2005) for å møte utfordringene. Strategien er å styrke brukeren, styrke utøveren, forbedre ledelse og organisasjon og evaluere tjenestene. Gjennomføring av strategien gjenstår.

Foreliggende prosjekt tok i bruk og forbedret et kompetansebasert styringssystem som var utviklet gjennom en serie prosjekter fra 2002-2005 i Vestfold (Strandquist 2002 og 2005b, Strandquist m. fl. 2005). Norsk Sykepleierforbund (NSF), kommuner i Vestfold (Stokke og Nøtterøy) og Høgskolen i Vestfold (HVE) hadde samarbeidet om prosjektene. En behovsanalyse ved starten av *Stokkeprosjektet*¹ i 2002 lå til grunn for utviklingen. Analysen viste at involverte i helse- og omsorgstjenesten strevde med å forklare hvilken kompetanse

¹ Prosjektet fikk delt 2. plass i Det nytter prisen i 2004, er omtalt i Stortingsmelding 45 (2002-2003) og var blant 10 prosjekter som ble presentert på konferansen *HSS05 (Høgskole og Samfunn i Samhandling 2005)*.

pasientene hadde behov for og hvordan kompetanse best kunne benyttes. I nasjonale og lokale planer for tjenesten var det heller ikke fokus på behov for kompetanse.

Historisk utvikling av helse- og omsorgstjenesten

Norge har som mange andre land utviklet en velferdsstat. Ideologien har vært at fellesløsninger bør finansieres over offentlige budsjetter med brede lag av befolkningen som målgruppe. Etter krigen var det i Norge primært aldershjemmene som ivaretok pleie og omsorg av syke og gamle mennesker. Fra 1950-tallet ble begrepet sykehjem tatt i bruk og mer aktiv behandling innført der. Hjemmesykepleie som tjeneste ble innført i 1970 – årene og har deretter vært en tjeneste i kontinuerlig vekst.

Innbyggernes forventninger om rettigheter og hva de kan få hjelp til har økt betraktelig fra 1950-tallet. Mye er blitt kalt behov for helsetjenester, men har heller vært ønsker om helsetjenester (Lian 2000). Samfunnet preges av en behovsspiral som fører til stadig økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, gap mellom etterspørsel og tilbud, og presset samfunnsøkonomi (Botten og Aasland 2000). Pasientrettighetsloven (1999) stadfester blant annet pasientenes rett til nødvendig helsehjelp, medvirkning og informasjon. En generell utvikling har vært at pasienter i større grad skal kunne velge hvor de vil motta hjelp og at det skal tilrettelegges med hjelp i hjemmet så langt det er forsvarlig.

Kommunene har de siste årene fått ansvar for betydelig flere og mer kompetanse- og ressurskrevende pasienter. Pasienter som før ble behandlet i sykehus får nå avansert behandling og pleie i hjemmet. I tillegg er det erkjent at den demografiske utviklingen med økende antall eldre, og særlig av eldre over 80 år, vil gi økt behov for helse- og omsorgstjenester. Det er dokumentert at eldre som får hjemmesykepleie i snitt har tre aktive diagnoser og eldre i sykehjem har fire aktive diagnoser (Hofseth og Norvoll 2003). Av dagens pasienter i helse- og omsorgstjenesten er 2/3 syke eldre med flere sykdommer og lidelser som danner et komplisert bilde og som fører til stort behov for medisinsk behandling, sykepleie og omsorg. Det krever høy helsefaglig kompetanse og bemanning for å imøtekomme deres behov for individuell helsehjelp.

Økte forventninger fra pasientene og forskyvning av ansvar fra sykehus til kommuner har ført til kriser i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Velferdsstatens krise har vært tema de siste 20-25 år i debatt og samfunnsforskning i mange land. Som en reaksjon på for stor, sentralisert

og ineffektiv offentlig sektor har en reformbølge preget landene de siste årene. Med fellesbetegnelsen New Public Management (NPM) er ulike tiltak iverksatt i ulike land. NPM fokuserer blant annet på kostnadseffektivitet, resultater og brukerstyring fremfor regler, prosesser og interne hensyn (Christensen og Læg Reid 2001). Norge har de siste 20 årene hatt en gradvis og forsiktig innføring av elementer fra NPM, som mål- og resultatstyring, strukturell fristilling og brukerorientering. Kontrollsystemer er blitt utviklet, skriftlighet formalisert og det er blitt klarere oppdeling i funksjoner. Flere kommuner har skilt bestillerkontor fra utførerenheter. Andre eksempler er innføring av tjenestebeskrivelser, forbedret saksbehandling og innføring av IPLOS. Helse- og omsorgstjenesten preges imidlertid fortsatt i betydelig grad av internt skjønn og tradisjon.

Samfunnsutviklingen setter pasienten stadig mer i sentrum. Nasjonalt er det satt fokus på behovet for en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste (NOU 2005:3). Tjenesten er fordelt på to forvaltningsnivå (statlige sykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste). Internt i kommunene er ansvaret for tjenestene ofte fordelt på sykehjem, hjemmetjeneste og fastleger, samt for eksempel dagsenter, helsestasjon og psykiatritjeneste. I tillegg bidrar trygdekontor, sosialtjeneste, skole og andre med vesentlige tjenester for at pasientene skal kunne mestre å leve med helsesvikt. Det er stort behov for mer samarbeid mellom tjenesteyterne, særlig for pasientgrupper med sammensatte behov hvor ingen av tjenesteutøverne kan løse utfordringene alene.

2.1 Presentasjon av prosjektet

NSF tok høsten 2005 initiativ til utprøving av det kompetansebaserte styringssystemet som var utviklet i Vestfold. Tre kommuner (Stokke, Nøtterøy og Horten) ble spurt om å delta, og alle takket ja. Prosjektbeskrivelse ble utarbeidet (Strandquist 2006a) og prosjektet gjennomført i avdelinger for ambulerende hjemmetjenester i 2006. NSF finansierte prosjektleders lønn, driftutgifter og kommunenes merutgifter ved prosjektdeltakelse.

Deltakende kommuner

Kommunene som deltok i prosjektet hadde valgt å gi de fleste av sine pasienter hjelp i hjemmet. Andelen som fikk hjelp i sykehjem (institusjonsandel) var relativt lav i forhold til i kommuner ellers i landet (kapittel 2.0). I 2006 mottok 11 % av pasientene i Stokke, 14 % på

Nøtterøy og 17 % av pasientene i Horten hjelp i sykehjem (institusjon). Nøtterøy og Horten hadde i tillegg pasienter som fikk heldøgns omsorg i egne, tilrettelagte boliger. Disse driftenhetene var ikke med i prosjektet. Den lave institusjonsandelen indikerer likevel at pasientene som fikk ambulerende hjemmetjenester hadde utfordrende hjelpebehov.

Stokke hadde 10.000 innbyggere. Hjemmesykepleie, praktisk bistand og tilhørende saksbehandling ble utført i Avdeling for hjemmetjenester, som var del av Virksomhet for pleie, omsorg og rehabilitering. Hjemmetjenesten ble ledet av en avdelingsleder og tre gruppesykepleiere, som fungerte som daglige ledere og saksbehandlere.

Nøtterøy hadde 20.000 innbyggere. Tjenestekontoret utførte saksbehandling. I helse- og sosialsektoren var tiltak for funksjonshemmede og ambulerende hjemmetjenester slått sammen og delt i to distrikt med hver sin leder. Distriktene var delt i arbeidslag med ansvar for bestemte pasienter. To arbeidslag i hvert distrikt utførte ambulerende hjemmetjenester og deltok i prosjektet (Borgheim, Ekeberg, Sjølyst og Breidablikk).

Horten hadde 25.000 innbyggere. Saksbehandling ble utført ved Tildelingskontoret. Virksomhet for hjemmetjenester bestod av seks avdelinger. Fire av dem (Nord, Syd, Gannestad og Nordskogen) utførte ambulerende hjemmesykepleie. De andre to var avdeling for praktisk bistand og avdeling Ilehaugen/Åsgata (bemannede omsorgsboliger). Først deltok alle avdelingene i prosjektet. Styringssystemet måtte videreutvikles for å kunne brukes i de bemannede omsorgsboligene, som derfor ble tatt ut av prosjektet.

Avgrensning

Prosjektet ble avgrenset til kommunenes driftsenheter for ambulerende hjemmetjenester. Tjenestene som ble utført der var helsehjelp, pleie og omsorg til personer utenfor institusjon (hjemmesykepleie) etter Lov om kommunehelsetjenesten (1982) og praktisk bistand etter Lov om Sosiale tjenester (1991).

Ambulerende hjemmetjenester ble utført hele døgnet. Bemanningsbehov ble beregnet for arbeid på dag- og kveldstid (kapittel 5.0), men ikke for nattarbeid. Avgrensningen ble gjort fordi kommunene hadde egne ansatte for nattarbeid.

Definisjon

Pasient ble brukt som begrep for alle personer som mottar hjemmetjenester. Tjenestene omfatter både helsehjelp etter Kommunehelsetjenesteloven (1982) og praktisk bistand i hjemmet etter Sosialtjenesteloven (1991). Personer som mottar praktisk bistand har ingen spesiell betegnelse i loven, mens mottakere av helsehjelp defineres som pasienter. Ifølge Lov om pasientrettigheter (1999) er pasienten en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle (§1-3a). I NOU 2004:18 om samordning av helse- og sosiallovverket ble det foreslått at begrepet tjenestemottaker skulle erstatte begrepene bruker, klient, pasient og tilsvarende.

Utviklingsområder

Det var fire utviklingsområder i prosjektet: *riktig grunnbemanning, funksjonsfordeling, kompetanseutvikling, samt spesialkompetanse og sammenhengende tjenester.*

1. *Riktig grunnbemanning* omfattet kartlegging av pasienthjelp og andre oppgaver som skulle utføres og hvilken kompetanse det krevde. Det ble beregnet hvor mange årsverk og turnusarbeidere det var behov for av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter.
2. *Funksjonsfordeling* innebar innføring av ordning med pasientansvarlig (PAS) med høgskoleutdanning og primærkontakt med fagutdanning for pasientene.
3. *Kompetanseutvikling* var å beskrive nødvendig kompetanseutvikling og sette dette i system.
4. *Spesialkompetanse og sammenhengende tjenester* skulle kvalitetssikre tjenestene til pasienter med sammensatte og komplekse behov.

Mål

Hensikten med prosjektet var kvalitet og forutsigbarhet for pasienten, motiverende arbeidsplasser og effektive tjenester gjennom riktig bruk av kompetanse. På kort sikt var målet å levere konkrete resultater for de fire utviklingsområdene i prosjektperioden (resultatmål). Langsiktige effekter for pasienter, ansatte og arbeidsgiver var også ønsket. Effektmålene ble konkretisert ved hjelp av lovverket.

For pasientene var effektmålet kvalitetsmessig gode og forutsigbare helse- og omsorgstjenester hele døgnet. Dette er regulert av en rekke lover og forskrifter (Lov om helsetjenester i kommunene 1982, Lov om sosiale tjenester 1991, Forskrift om internkontroll

2002, Lov om pasientrettigheter 1999, Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene 2003).

For ansatte var effektmålet at de skulle kunne yte faglig og etisk forsvarlige tjenester, ha gode arbeidsforhold og at arbeidet skulle være motiverende (Lov om helsepersonell m.v. 1999, Arbeidsmiljøloven 1977).

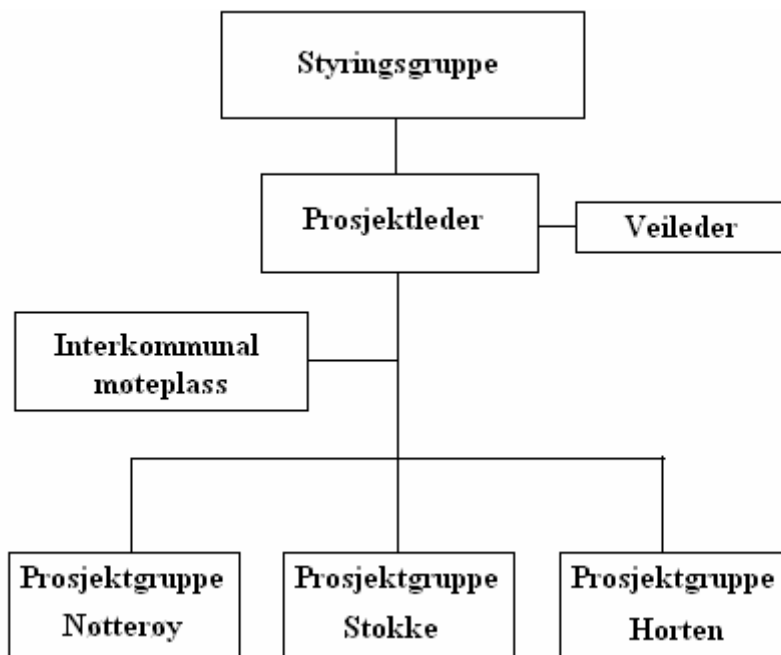
For arbeidsgiver var effektmålet at helse- og omsorgstjenesten skulle gi et godt tilbud til innbyggerne, være faglig forsvarlig og i henhold til gjeldende lovverk. Dyktige medarbeidere skulle rekrutteres og beholdes gjennom et godt og utviklende arbeidsmiljø, og driften skulle være effektiv.

Evaluering

Resultater for hvert utviklingsområde ble registrert (kapittel 9.0). For å måle effekten av prosjektet ble det utviklet et spørreskjema til ansatte og ledere (kapittel 4.0). Skjemaet ble utfylt før oppstart og etter gjennomføring av prosjektet. Deltakerne i forsøk med PAS og primærkontakter evaluerte om ordningen ville bidra til å nå effektmålene. I tillegg konkretiserte prosjektgruppene hva de hadde oppnådd med prosjektet (kapittel 9.1).

Organisering

Organisasjonskartet viser prosjektets styringsgruppe, prosjektleder, veileder, interkommunal møteplass og kommunale prosjektgrupper. Styringsgruppens medlemmer og veileder er omtalt i rapportens forord. Nedenfor gjøres det rede for deltakernes myndighet, ansvar og oppgaver.



Figur 1: Organisasjonskart

Styringsgruppen tok formelle beslutninger om prosjektets mål og planer innenfor de bestemte tids- og ressursrammer. De bidro til å konkretisere mål for prosjektet og godkjente hvordan prosjektet skulle evalueres.

Prosjektleder var ansatt ved HVE og ble engasjert av NSF til å lede prosjektet. Hun ledet det faglige, personalmessige og tekniske arbeidet i samsvar med prosjektbeskrivelsen og var bindeleddet mellom styringsgruppen og prosjektet. Prosjektleder gjennomførte styringsgruppens beslutninger, disponerte avgitte ressurser og avgjorde hvilke tiltak som skulle gjennomføres for å nå prosjektets mål innenfor de gitte rammene.

Veileder for prosjektleder gav råd om valg og bruk av metoder i prosjektet og utviklet 5-årig prosjektplan for videre utvikling, spredning og forskning om styringssystemet sammen med prosjektleder.

Interkommunal møteplass var en arena på tvers av kommunene som deltok. De som arbeidet med det samme utviklingsområdet møtte hverandre på tvers av kommunene. Felles problemstillinger, fellestrekk og forskjeller ble drøftet og møtene bidro til læring og bredere forståelse.



Bilde 1: Veileder (til venstre) og deltakere fra prosjektgruppen på Nøtterøy på interkommunalt møte i desember 2006

Prosjektgruppe i hver kommune bestod av ledere og andre ansatte med stor interesse og myndighet i forhold til utviklingsområdene. De arbeidet aktivt i ulike deler av prosjektet. Hver kommune oppnevnte først *områdeansvarlige* for hver av de fire utviklingsområdene. Senere var lederne i kommunene mest aktive i prosjektarbeidet.

3.0 GRUNNFORSTÅELSE

For å møte de store omsorgsutfordringene de neste årene kreves et styringssystem som rettes både mot struktur og kultur i helse- og omsorgstjenesten. Styringssystemet i prosjektet var utviklet gjennom tverrfaglig vurdering ut fra den strukturelle, human-resource, den politiske og den symbolske fortolkningsrammen som Bolman og Deal (2004) hadde beskrevet.

Stokkeprosjektet (Strandquist 2005b) vektla at fortolkningsrammene skulle utfylle hverandre for å finne de beste løsningene. Det kompetansebaserte styringssystemet ble utformet slik at organisasjonen og arbeidsmåtene ble rettet mot det som er kjernen: gode helse- og omsorgstjenester til pasienten.

Dette utfordrer eksisterende tenkning om organisering, bemanningsbehov og arbeidsfordeling i tjenesten. Driftsenheter som skal yte helse- og omsorgstjenester må ta utgangspunkt i de pasientene de skal hjelpe for å avgjøre bemanningsbehovet. Det kan ikke forklares ved sammenligning med jevnstore kommuner. Selv like store driftsenheter innenfor samme kommune kan kreve ulik bemanning fordi pasientene er forskjellige.

Internt på arbeidsplassen vil nye arbeidsmåter med fokus på pasientene innebære en kulturutvikling. Tradisjonelt bærer fellesskapet ansvaret for pasienten. Ansatte har ansvar for pasientene så lenge de er på vakt, og i vaktskiftet overtar andre ansvaret. Hovedfokus er å utføre dagens oppgaver på en omsorgsfull og god måte. Tjenesten har mange deltidsansatte og alle arbeider i turnus. Det er derfor en utfordring til enhver tid å formidle viktige opplysninger om den enkelte pasient til de som skal yte tjenestene. For å oppnå større kontinuitet og sammenheng med tjenester fra fastlege, sykehus og andre kommunale tjenesteytere kreves mer planlegging og langsiktig fokus i arbeidet. Ansvaret for kontinuitet og koordinerte tjenester for den enkelte pasient kan ikke tilhøre fellesskapet, men må gis til konkrete ansatte. Det innebærer at ansatte må samarbeide på en ny måte.

Kulturutvikling kan være utfordrende for enkeltpersoner og profesjoner. Bolman og Deal (2004) har beskrevet fire problemstillinger som reises ved større organisatoriske endringer. Den enkelte kan få forandret følelsen av å være effektiv, verdsatt og ha kontroll over situasjonen. Eksisterende roller og relasjoner kan brytes opp og forskyve seg, og føre til forvirring og usikkerhet. Forandringer kan føre til konflikter og kamp om fordeling av goder.

Til slutt kan deltakerne oppleve meningstap. Men den kulturendringen vi snakker om her handler også om læring og utvikling, og det er noe de aller fleste arbeidstakere ønsker seg. Utfordringen blir å få oppgavene til å ”dra” utviklingen, istedenfor at lederne må ”skyve” og utviklingen oppleves som påtvunget.

I nyere teorier blir læringsprosesser ofte fremstilt som interaktive prosesser mellom et større antall aktører, der kunnskap og nye ideer vokser frem gjennom et komplekst samspill preget av gjensidighet og tillitsfulle relasjoner (Nonaka 1994, Gustavsen et al. 2001). I dette samspillet er utveksling av taus kunnskap viktig. Fordi personer som jobber i samme virksomhet påvirker hverandres tanker og ideer, er det ofte nødvendig at aktører fra flere organisasjoner deltar i læringsprosesser sammen. Polanyi (1966) er imidlertid opptatt av at læring er en individuell prosess som foregår i en ’alert mind’ og som krever innlevelse i det man skal lære noe om. Det er derfor grunn til å anta at både interaktive sosiale læringsprosesser med andre aktører og individuell grubling og innlevelse er viktig for optimal læring, og at det ideelle er situasjoner som tilrettelegger for en veksling mellom disse to prosessene (Gausdal under review).

Måten endringene gjennomføres på er derfor avgjørende. I utgangspunktet skulle prosjektet innføre et ferdig utviklet styringssystem, og den beslutningen var tatt av ledelsen. Men ved innføring og tilpassing av systemet til lokale forhold i den enkelte kommune ble det lagt vekt på å bruke den lokale kompetansen til ledere, tillitsvalgte, sykepleiere og helsefagarbeidere. Hensikten var å gi bedre rutiner lokalt, videreutvikle systemet og ikke minst øke de ansattes indre motivasjon. Høy indre motivasjon oppleves positivt for den enkelte og bidrar til økt individuell læring (Deci 1996, Gausdal 2001) og kreativitet (Amabile 1983, Gausdal 2001). Selvbestemmelse (innen gitte mål og strategier), opplevelse av å være kompetent og tilhørighet er faktorer som har en positiv innflytelse på indre motivasjon (Deci 1996, Gausdal 2001). Lokale beslutninger om hvordan og når systemet skal tas i bruk bidrar til selvbestemmelse og bruk av lokal kompetanse bidrar til opplevelse av kompetanse. Prosjektet vektla derfor at både ledere, sykepleiere og helsefagarbeidere skulle delta aktivt i endringsprosessen, og brukte blant annet veiledning og elementer av aksjonslæring som utviklingsmetode (kapittel 4.0). Hensikten var å legge til rette for at det kunne skapes nye forbilder, heltehistorier og positive symboler, som ifølge Bolman og Deal (2004) er viktig for at folk skal kunne hilse det nye velkommen.

Kompetanse

Kompetanse kan deles inn i formalkompetanse og realkompetanse. 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, evner 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, evner, erfaringsbasert innsikt og evne og vilje til å bruke andres kompetanse.

Ansatte i helse- og omsorgstjenesten har tre formelle pleiefaglige kompetansenivåer. Sykepleier er vanligste høgskoleutdannede helseprofesjon. Helsefagarbeider (felles benevnelse på hjelpepleier og omsorgsarbeider) har videregående opplæring. Assistent er ansatt uten formell helsefaglig utdanning.

Minstekrav til kompetanse og kompetanseslakk

Begrepene *minstekrav til kompetanse* og *kompetanseslakk* ble brukt ved beregning av bemanningsbehov. For å kunne utføre pasientarbeid og andre oppgaver faglig forsvarlig, og ivareta ordning med pasientansvarlig (PAS), ble alle arbeidsoppgaver registrert på den yrkesgruppen som hadde minimums kompetanse til å utføre dem. Ut fra dette ble det beregnet hvor mange årsverk man trengte av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter, og hvordan årsverkene måtte deles i flere stillinger for å få nok turnusarbeidere med riktig kompetanse.

Minstekrav til kompetanse var antall årsverk og turnusarbeidere driftsenheten måtte ha for å ivareta alle oppgavene og ordning med PAS faglig forsvarlig.

Ved å bemanne etter minstekravet ble driftsenheten sårbar ved uforutsett fravær. Adal og Strandquist (2004) fant at det generelt var vanskelig å få leid inn sykepleier og til dels også helsefagarbeider som vikar. Faktisk bemanning ved sykefravær ble dermed lavere enn planlagt kompetanse i bemanningsplanen.

Kompetanseslakk innebar at en person på hver vakt ble byttet ut med ansatt med høyere kompetanse enn minstekravet. Dermed ville minstekravet til kompetanse lett kunne

oppretholdes ved uforutsett fravær. Årsverk og turnusarbeidere for kompetanseslakk i driftsenheten ble beregnet.

Begrepet *faglig forsvarlighet* viser til en absolutt minstenorm, men er ikke en statisk størrelse. I praksis må en innrette arbeidet på et nivå over forsvarlighetsgrensen for å unngå brudd på forsvarlighet og sikre god praksis. Helsepersonelloven (1999) sier at helsepersonellet skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Lov om pasientrettigheter (1999) gir videre pasienten rett til nødvendig helsehjelp og til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Prosjektet beregnet *minstekravet til kompetanse og kompetanseslakk* i grunnbemanningen for at ansatte skulle kunne utføre sitt arbeid i samsvar med kravene som stilles til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Det ble ikke vurdert om tjenestene ble gitt i tide og i tilstrekkelig omfang.

Pasientene avgjør bemanningsbehovet

Driftsenheter som skal yte helse- og omsorgstjenester må ta utgangspunkt i pasientene de skal hjelpe for å avgjøre bemanningsbehovet. Først må det avklares hvor lang tid den enkelte skal få hjelp. Deretter om det kreves sykepleier, helsefagarbeider eller assistent for å yte tjenesten.

Grunnlaget for det kompetansebaserte styringssystemet er forståelsen om pasientsituasjoner som krever ulik kompetanse. Serien av utviklingsprosjekter (kapittel 2.0) hadde funnet at pasientens totale situasjon var avgjørende, og identifisert seks situasjonstyper som krevde ulik grad av sykepleier og helsefagarbeider. Bruk av assistenters kompetanse var også beskrevet.

En pasientsituasjon defineres som den totale situasjon (kroppslig, psykisk og/eller sosialt) som pasienten med et helseproblem er i. Situasjonene kan ha ulik grad av stabilitet/ustabilitet, klarhet/uklarhet med hensyn til pasientbehov og faglige utfordringer og tidspress med hensyn til nødvendig inngripen for å sikre helse og velvære (det vil si akuttnivå). En pasient kan veksle mellom å være i ulike typer situasjoner.

Adal og Strandquist fant i samarbeidet mellom Stokkeprosjektet og NSF Vestfold at det manglet modeller for å forklare hvilken kompetanse pasienter hadde behov for (Adal og Strandquist 2004, Strandquist 2005b). Ingen kunne gi en konkret begrunnelse for hvor mange av de ansatte på en vakt som måtte være sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Sammensetningen av ansatte var resultat av ansettelse over mange år. En fant ikke noen kommuner som hadde tatt utgangspunkt i pasientene som skulle hjelpes og beregnet seg frem til hvilken sammensetning av yrkesgruppene som var nødvendig. Det viste seg at verken pasientens diagnoser, helseproblemer, pleietyngde, funksjonsnivå, registreringer i IPLOS eller andre kategoriseringsverktøy kunne avklare kompetansebehovet. Pasientens totale situasjon var i stedet avgjørende.

Marit Kirkevold (1996, 2000) hadde beskrevet ulike typer praksissituasjoner som sykepleiere møter i praksis, og som har forskjellige faglige utfordringer og kompetansebehov. Adal og Strandquist brukte tenkningen på en ny måte for bemanningsberegning. Forståelsen ble videreutviklet i prosjektet *Kompetansebasert bemanningsplan* (Strandquist, Næss, Andersson, Stigen, Adal og Kirkevold 2005; Strandquist m. fl. 2006). Her ble seks situasjonstyper identifisert, beskrevet og eksemplifisert. De fikk terminologien: Uavklart situasjon, avklart stabil situasjon, avklart ustabil situasjon, avklart utstyrskrevede situasjon, ustabil situasjon og akuttsituasjon. Hvilken kompetanse som krevdes for hver situasjonstype og hvilke yrkesgrupper som hadde denne kompetansen ble beskrevet. Et verktøy for kategorisering av pasienter i ulike situasjoner og beregning av bemanningsbehov i hjemmetjenesten ble utviklet, og det ble redegjort for hvordan en kompetansebasert bemanningsplan kunne settes opp. Kapittel 5.1 gjør rede for pasientsituasjoner som grunnlag for beregning av bemanningsbehov.

4.0 METODER

Prosjektet omfattet person-, system- og organisasjonsutvikling og ble utført i tråd med anerkjente prinsipper for prosjektarbeid (Andersen, Grude, Haug 2000). Fordi det som skulle utvikles både omfattet noe teknisk (et "system") og en utvikling av personer og av organisasjonen, ble flere metoder benyttet. Disse presenteres nedenfor.

Aksjonslæring

Elementer av aksjonslæring ble brukt for å finne lokale tilpasninger og for å utvikle og justere grunnforståelse, arbeidsmåte og systemer. Aksjonslæring ble definert som en kontinuerlig lærings- og refleksjonsprosess der utvikleren jobber med løsninger av praktiske problemer i samarbeid med andre (Tiller 1999). Nyttehensynet var viktig, men også forståelsen og forklaringen for det en arbeidet med og det som ble resultater eller konklusjoner.



Bilde 2: Avdelingsledere i Horten planlegger gjennomføring av prosjektet

Problemstillinger og arbeidsmåte ble drøftet og justert i prosjektgruppene. Arbeidet ble dokumentert og gjort tilgjengelig for fellesskapet i sakslister og referater fra prosjektmøter og foreløpige notater. Til slutt ble prosjektet dokumentert i foreliggende rapport, som ble justert etter høringsuttalelser fra prosjektdeltakerne.

Planlegging av prosjektarbeidet var et eksempel på aksjonslæring i prosjektet. Først ble rapporter fra de foregående prosjektene drøftet med ledere i kommunene, og prosjektbeskrivelse utarbeidet (Strandquist 2006a). Kommunene oppnevnte områdeansvarlige (OA) for hvert utviklingsområde. Prosjektleder hadde møter med OA i hver kommune for å skape en felles oversikt. Deretter hadde prosjektleder individuelle møter med hver OA for å utveksle informasjon om lokale forhold. I et heldags interkommunalt møte for hvert utviklingsområde fordypet OA fra de tre kommunene seg i sitt utviklingsområde sammen med prosjektleder. Til slutt var det igjen kommunevise møter hvor forslag til gjennomføring ble drøftet, avgrenset og justert. Detaljplan, milepælsplan og budsjett ble utviklet gjennom dette og godkjent av styringsgruppen i mars.

Undervisning og veiledning

For å få en felles plattform for læring og utvikling underviste prosjektleder om bakgrunnen for prosjektet, prosjektets innhold og grunnforståelse. Senere veiledet prosjektleder og prosjektdeltakere hverandre i prosjektmøtene.

IGP-refleksjon

I flere prosjektmøter ble IGP-refleksjon benyttet. IGP står for **i**ndividuell, **g**ruppe og **p**lenum, og innebærer en systematisk refleksjonsprosess (Egil Hjertaker). Hver deltaker tenker først individuelt (3 – 5 minutter) igjennom området man vil utvikle eller lære mer om. Deretter deler deltakerne resultatet av refleksjonen med de andre i gruppen. Her kan gjerne kjøreregler fra dialogkonferanse benyttes. Deltakerne presenterer, diskuterer, reflekterer og evt. prioriterer resultatene. Til slutt deler gruppen resultatet fra diskusjonen med andre grupper.



Bilde 3: IGP-refleksjon på interkommunalt møte ved avslutning av prosjektet

Dialogkonferanse

Dialogkonferanse er en metode for maktfri dialog i utviklingsarbeid. Berørte parter deltar i systematisk utredning og konklusjon om utviklingsområdet (Pålshaugen 2002). Her gjengis kun kjøreregler for metodens idéfase, som noen ganger ble brukt ved IGP-refleksjon.

Metoden er godt egnet for kunnskapsutvikling i grupper.

- Individuell refleksjon
- Alle har ordet på omgang og like lang taletid (omtrent 2 minutter) og forteller hverandre om refleksjonen
- Ingen avbryter hverandre
- Gå flere runder
- Andre kan stille oppklarende spørsmål, men ikke motsi den som har ordet
- En er gruppesekretær og passer tiden og at reglene følges

Logg

Prosjektleder førte logg i prosjektperioden for å ta vare på hverdagserfaringene på en systematisk måte. Tiller (1999) anbefaler loggskrivning i forhold til sentrale aktivitetsområder og på tre nivåer: hva som **gjøres**, hva som **læres** og hva som er **lurt å gjøre** i nær fremtid (G-L-

L-metoden). Det ble ført logg for prosjektet som helhet og for hvert av utviklingsområdene. G-L-L-metoden ble brukt under loggskrivningen og ved IGP-refleksjon på interkommunalt møte ved prosjektets avslutning.

Kartleggingsundersøkelse

Alle pasienter som mottok hjemmesykepleie og praktisk bistand ble kartlagt. Det ble registrert opplysninger om omfang på tjenestene, kompetansebehov, saksbehandling og andre involverte tjenesteytere. Kartleggingsskjema ble hentet fra prosjektet Kompetansebasert bemanningsplan (Strandquist m.fl. 2005). Skjemaet ble noe justert, noen spørsmål tilføyd og det hele overført til dokument i Excel.

Kartleggingen foregikk en uke i hver kommune i mars 2006. En sykepleier og en helsefagarbeider fra hver driftsenhet (avdeling/arbeidslag) i kommunen samarbeidet om kartleggingen av hver pasient. Prosjektleder underviste, veiledet og var til stede for å besvare spørsmål.

Opplysninger om hvor mye tid pasientene fikk hjelp ble hentet fra ansattes arbeidslister i kartleggingsuken. Kartleggerne ble bedt om å registrere tiden på den yrkesgruppen som hadde minimumskompetanse til å utføre oppdraget faglig forsvarlig. Det ble ikke tatt hensyn til hvem som pleide å utføre tjenestene. Merknader ble ført på eget ark for å forklare spesielle registreringer. I tillegg ble det gitt eksempler på pasienter i hver type pasientsituasjon.

Det ble tatt kontakt med Datatilsynet for å melde fra om prosjektet, men innmelding viste seg å være unødvendig. Data ble hentet av personer som ellers hadde tilgang på opplysninger de skulle registrere. Ingen personopplysninger ble registrert. Prosjektleder som senere behandlet dataene hadde ikke tilgang på personopplysninger, og kunne ikke spore opplysninger tilbake til konkrete pasienter.

Utprøving gjennom forsøk

Innføring av ordning med PAS og primærkontakter skjedde gjennom to forsøksperioder (kapittel 6.0). Senere var det ett forsøk med utprøving av Individuell Plan (IP) (kapittel 8.2).

Første forsøk med PAS og primærkontakter ble gjennomført våren 2006. Tre sykepleiere fra Stokke deltok, og en sykepleier fra hver avdeling i de andre kommunene. I Stokke og på

Nøtterøy deltok tilsvarende antall helsefagarbeidere. Hver deltaker i Stokke og Horten fikk ansvar for 6 pasienter hver. Fordi ordningen var helt ny for Nøtterøy fikk hver deltaker ansvar for fire pasienter. Da andre forsøk ble gjennomført fra juni til og med august ble antall deltakere doblet, og Horten inkluderte helsefagarbeidere i forsøket. Alle fikk ansvar for samme antall nye pasienter som sist. Deltakerne fulgte for det meste opp pasientene i vanlig arbeidstid, mens noen brukte lønnet tilleggstid.

Evaluering av hvert forsøk skjedde i tretimers kommunevise møter med deltakerne, områdeansvarlig og prosjektleder. Det var noen ferdige spørsmål og åpning for kommentarer og erfaringer. Den første timen møtte sykepleiere for å drøfte spørsmål om ordning med PAS. Andre time deltok både sykepleiere og helsefagarbeidere. Da var tema samarbeid mellom PAS, primærkontakter og andre ansatte. Siste time deltok kun helsefagarbeidere, som vurderte ordning med primærkontakt. De fleste deltok på evalueringene.

Forsøk med IP ble gjennomført om høsten. Noen sykepleiere som var PAS ble utpekt til å utarbeide IP for hver sin pasient. Det var tre deltakere fra Stokke, fem fra Horten (en fra hver avdeling) og to fra Nøtterøy. Forsøket ble evaluert i kommunevise møter, oppsummert i felles referat og formidlet til lederne i kommunene.

Utvikling av spørreskjema for effektmåling

For å måle effekten av prosjektet for pasienter, ansatte og arbeidsgiver ble det utviklet ett spørreskjema for ansatte og ett for ledere. Det ble først vurdert om eksisterende verktøy og indikatorer for kvalitetsmåling fra Sosial- og helsedirektoratet, KS og deltakerkommunene kunne brukes. Direktoratet hadde begynt utvikling av en veileder med indikatorer for kvalitetsmåling. Effektiviseringsnettverkene i KS hadde tatt i bruk et spørreskjema til brukere for kvalitetskartlegging av kommunale tjenester. Horten benyttet verktøyet Humankapitalindeksen HKI. På Nøtterøy hadde prosjektene *Etikk og holdninger* i 2002 og *Medarbeiderskap 2004 - 2005* satset på utvikling av kvalitet gjennom fokus på etikk og holdninger. Ansatte hadde gjennom dette funnet frem til fellesverdier og generelle indikatorer for hvordan verdiene kunne vises i praksis. Eksisterende verktøy og indikatorer var lite egnet for evaluering av prosjektet.

Ved utvikling av spørreskjemaene ble det tatt utgangspunkt i lovverket som prosjektets mål bygget på, og hva prosjektdeltakerne håpet skulle skje for pasientene, ansatte og arbeidsgiver

gjennom prosjektet. Deltakernes beskrivelser av effektmål ble funnet gjennom IGP-refleksjon og kjøreregler for dialogkonferanse i møter med områdeansvarlige i hver kommune og styringsgruppen. Enkelte spørsmål fra KSs brukerundersøkelse og HKI ble omformulert og tatt med. Det viste seg å være stort samsvar mellom lovverket og hva deltakerne håpet skulle skje gjennom prosjektet. Prosessen ble oppfattet som meningsfull. De utarbeidede spørsmålene ble ansett som meget godt forståelige og relevante, og som et bidrag til en hensiktsmessig refleksjon over egen yrkespraksis.

Skjemaet til ansatte hadde 41 spørsmål om bakgrunnsopplysninger om ansatte, brukermedvirkning, grunnlagsinformasjon om pasientene, kontinuitet, faglig forsvarlighet, eksternt samarbeid, kompetanse, arbeidsmiljø og arbeidstid. Det var tilleggsspørsmål til pasientansvarlige og primærkontakter om hvordan de fikk ivaretatt sitt ansvar. Lederes skjema hadde 28 spørsmål om tilbud til pasientene, ansattes arbeidssituasjon og ledelse. For hvert spørsmål ble det krysset av på en skala fra 1 til 4 hvor 1 var uenig og 4 enig.

Effektmåling gjennom spørreskjema

Fast ansatte og ledere fylte ut spørreskjemaene før oppstart av prosjektarbeidet. Stokke og Horten gjentok spørreundersøkelsen i prosjektets avslutningsfase. Nøtterøy deltok ikke i ettermåling fordi de iverksatte få endringer i prosjektperioden. Noen effekter av prosjektet presenteres i kapittel 9.1.

4.0 RIKTIG GRUNNBEMANNING

Pasienthjelp og andre oppgaver som skulle utføres, samt hvilken kompetanse det krevde, ble registrert for å beregne behovet for bemanning. Pasienthjelp omfattet hjemmesykepleie og praktisk bistand. Omfanget av hjemmesykepleie til den enkelte pasient varierte fra flere timer daglig til hjelp noen dager, ukentlig eller et par ganger i måneden til administrering av medikamenter, ukentlig dusj, telefonkontakt, injeksjoner og sårskift. Praktisk bistand ble oftest gitt hver 2. eller 3. uke og omfattet rengjøring, handling og ærender. Andre oppgaver var å ta seg av henvendelser og akutsituasjoner, tid for PAS til å ivareta sin funksjon, transporttid, rapport, dokumentasjon, kompetanseutvikling og annet. Det ble beregnet hvor mange årsverk det var behov for av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter på dag- og kveldstid, og hvordan årsverkene måtte deles opp i deltidsstillinger for å få nok kompetente turnusarbeidere. Dette ble sammenlignet med eksisterende bemanning for å finne endringsbehov.

Tid til pasientarbeid

Kommunene skulle registrere tildelt tid til pasientarbeid i IPLOS. Alle hadde registrert tildelt tid til praktisk bistand, men kun Horten hadde tildelt tid til hjemmesykepleie. Tradisjonelt avgjør utførerenhetene i kommunene hvor lang tid den enkelte pasient skal få hjelp ut fra bemanningen de har til rådighet. Kommunenes tildelte tid fremkommer da av ansattes arbeidslister. I kartleggingsundersøkelsen ble derfor både tildelt tid i vedtak og faktisk brukt tid til hver pasient registrert.

Tabell 1: Tildelt timer/uke i vedtak og faktisk brukt tid til pasienthjelp i kommunene

Kommune og avdeling		Praktisk bistand per uke		Hjemmesykepleie per uke	
		Timer i vedtak	Faktisk brukt timer	Timer i vedtak	Faktisk brukt timer
Stokke		197	210		729
Nøtterøy	Borgheim	39	41		158
	Sjølyst	58	68		358
	Ekeberg	62	65		233
	Breidablikk	47	52		249
Horten	Nord			356	386
	Syd			406	551
	Gannestad			390	559
	Nordskogen			348	496
	Prakt. bist.	215	301		

Tabell 1 viser tid til hjemmesykepleie og praktisk bistand, omregnet til timer per uke. Her er all pasienttid medregnet, både dag, kveld og natt. Oversikten viser at det i alle avdelinger ble brukt mer tid til pasienthjelp enn det var vedtak om. I videre bemanningsberegninger ble det tatt utgangspunkt i faktisk brukt tid.

Kompetansekrav i pasientarbeid

Kartleggerne var sykepleiere og helsefagarbeidere, og de samarbeidet om registrering av hver pasient. De noterte først pasienthjelp som ble gitt daglig og fordelte minuttene av hjelp på dag, kveld og natt (opplysningene om nattarbeid ble ikke brukt i videre bemanningsberegninger). Minuttene ble tildelt sykepleier, helsefagarbeider og assistent ut fra hvem de var enige om hadde minimum formell kompetanse til å utføre oppgaven faglig forsvarlig. Annen pasienthjelp og administrering av medikamenter som ble utført enkelte ukedager eller sjeldnere ble også registrert her, samt hvilken situasjon pasientene var i.



Bilde 4: Sykepleiere og helsefagarbeidere i Horten samarbeider om å definere pasientenes behov for kompetanse

Tid og kompetansebehov til andre oppgaver

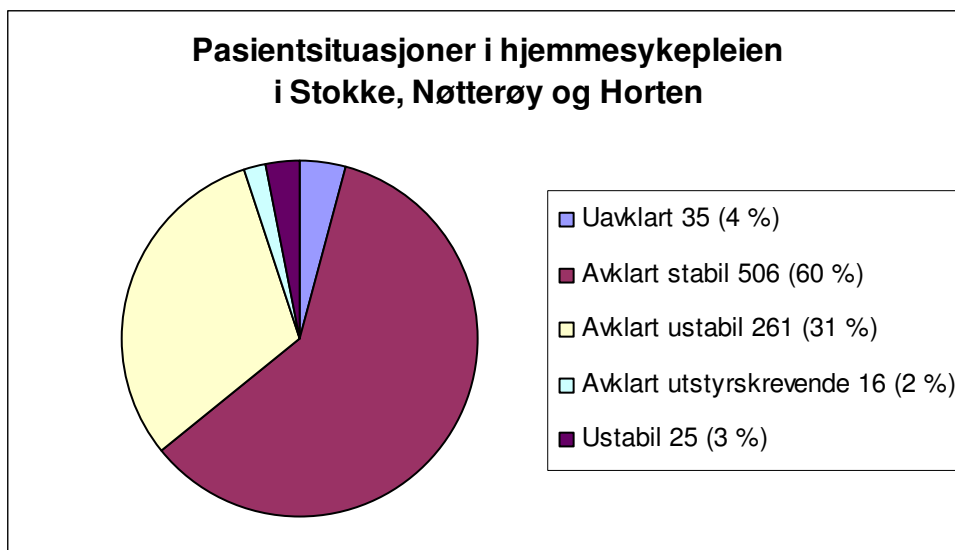
Lederne beregnet hvor mye tid som gikk med til akuttsituasjoner, transport, rapport, dokumentasjon, kompetanseutvikling og annet. Rapport var muntlig informasjonsformidling. Dokumentasjon ble definert som ivaretagelse av § 5 i Forskrift om internkontroll (2002). De fordelte oppgavene på ansatte med minimums formell utdanning til å utføre oppgaven faglig forsvarlig. Hvor mye tilleggstid PAS måtte disponere utenom direkte pasientarbeid for å kunne ivareta sin funksjon ble stipulert i kartleggingsundersøkelsen.

5.1 Pasientens situasjon avgjør kompetansebehov

Grunnforståelsen var at pasientenes situasjon (kapittel 3.0) avgjorde i hvilken grad det var behov for sykepleier, helsefagarbeider og assistent. Prosjektleder underviste kartleggerne om dette før de registrerte pasientenes situasjon i kartleggingsuken. Situasjonstype ble registrert både for pasienter som kun mottok praktisk bistand og for de som mottok hjemmesykepleie. Nedenfor gjøres det kort rede for forekomst av pasientsituasjoner ved hjemmesykepleie, før situasjonstypene forklares og kompetansebehov utdypes. Deretter vises forekomst av pasientsituasjoner ved hjemmesykepleie i hver kommune. Til slutt en kort redegjørelse om situasjonstyper ved praktisk bistand og utfordringer for kommunene.

Forekomst av pasientsituasjoner ved hjemmesykepleie

Situasjonstype ble registrert for 843 av de 854 kartlagte Vestfoldpasientene med hjemmesykepleie. Det var en pasient i Stokke, fem på Nøtterøy og fem i Horten som manglet avkrysning for situasjonstype. Figur 2 viser forekomsten av pasientsituasjoner. Hele 506 pasienter (60 %) var i avklart stabile situasjoner og 261 (31 %) var i avklart ustabile situasjoner.



Figur 2: Forekomst av pasienter i ulike situasjoner i de tre kommunene

Situasjonstyper og kompetansebehov

Strandquist, Næss, m.fl. (2005) konkluderte med at alle pasienter med hjemmesykepleie hadde behov for oppfølging fra PAS omtrent en gang per uke. Pasienter i avklart stabile situasjoner hadde ellers behov for kompetansen til helsefagarbeider eller vernepleier. Alle andre typer pasientsituasjoner krevde 100 % sykepleierkompetanse.

Kartleggerne skulle selv vurdere hver pasient, registrere situasjonstype og den kompetansen de var enige om at det var behov for. Dersom deres vurdering var at situasjonstypen krevde annen kompetanse enn beskrevet, ble merknader notert på eget ark.

Resultatet viste at kartleggerne var enige i behovet for ukentlig oppfølging fra PAS og kompetansekrav i avklart stabile situasjoner. De mente imidlertid at øvrige pasientsituasjoner ikke alltid krevde sykepleierkompetanse. Nedenfor gjøres det rede for de seks situasjonstypene som tidligere var identifisert og beskrevet, pasienteksempler og kartleggeres vurderinger av kompetansebehov.

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. 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 kan framkomme forhold som ikke er tatt hensyn til ved utforming av vedtak, slik at tjenestetilbudet må revurderes.

Varigheten på den uavklarte situasjonen vil variere. Når hjemmetjenesten for eksempel får i oppdrag å yte tjenester til en person med demens kan det ta lang tid å bygge en allianse og avklare hjelpen som skal gis. Vanlige utfordringer er at hjemmet kan være kaotisk og skittent, regninger ubetalt, medisiner tas ikke og ernæring kan være dårlig.

Enhver pasient kan på nytt komme i en uavklart situasjon. Nye fysiske, psykiske eller sosiale forhold kan tilsi at det bør foretas en utredning som kan føre til endring av vedtaket og hjelpen som skal ytes. Etter sykehusinnleggelse må for eksempel hjelpebehovet revurderes.

Figur 2 viser at 35 pasienter (4 %) ble registrert i en uavklart situasjon. Dette var nye pasienter, pasienter med uavklarte smerteproblemer, psykisk lidelse eller som var under demensutredning. Pasienter som for tiden var innlagt i sykehus eller sykehjem ble også ofte registrert i situasjonstypen. Dette viste behov for en egen registreringskategori for pasienter med tjenestepause fra hjemmesykepleie.

Kartleggerne mente at pasienter i uavklart situasjon hadde daglig behov for sykepleier. Men helsefagarbeider kunne bidra dersom pasienten fikk mange besøk i døgnet. Ledere stipulerte hvor mye tid PAS ville trenge for å kunne følge opp pasienter i sykehjem eller sykehus (kapittel 5.2, tabell 3).

Avklart stabil situasjon

Pasientens behov er her kjente og stabile. Noen trenger hjelp til mindre forhold, som for eksempler å skifte stomiplate et par ganger i uken, administrere øyedråper eller praktisk hjelp med påkledning til person med reumatisme. Andre har stor funksjonssvikt og trenger omfattende hjelp flere ganger daglig til å ivareta personlig hygiene, mestre dagliglivets aktiviteter og opprettholde egne ressurser.

Hele 506 (60 %) av Vestfoldpasientene var i en avklart stabil situasjon. Av disse fikk 40 – 65 % daglig hjelp (det varierte i kommunenes driftsenheter). Øvrige fikk hjelp noen dager.

Kartleggerne mente at et stort flertall av pasientene i avklart stabil situasjon krevde daglig helsefagarbeider. Unntakene var 2 pasienter i Stokke, 6 på Nøtterøy og 8 i Horten, som trengte daglig sykepleier. Videre mente de at assistenter kunne hjelpe henholdsvis 4, 30 og 28 pasienter. Assistenter kunne lage mat ved enkelte anledninger og være assistent når en måtte være to i stedet. De kunne også gi enkel personlig hjelp til klare og selvstendige pasienter.

Avklart ustabil situasjon

Her er pasientens behov kjente og hovedsaklig stabile, men på et avgrenset område av kroppslig, psykisk eller sosial karakter er situasjonen imidlertid ustabil. 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.

Det var 261 pasienter (31 %) i avklart ustabil situasjon. De fleste fikk daglig hjelp.

Utgangspunktet i prosjektet var at pasientene krevde sykepleier ved hvert besøk.

Kartleggingen viste at dette var tilfelle for mange av disse pasientene (43 % i Stokke, 50 % på Nøtterøy og mellom 75-100 % i Horten). Når pasienter fikk flere besøk i døgnet, mente imidlertid kartleggerne at de kunne klare seg med ett besøk fra sykepleier per døgn. For øvrig var det behov for helsefagarbeider. Assistent kunne være medhjelper dersom man måtte være to sammen i arbeidet. Kartleggerne på Nøtterøy mente for øvrig at assistenter kunne utføre morgenstell og dusj, toalettbesøk og ernæring til 28 av de 145 pasientene som var i avklart ustabil situasjon.

Avklart utstyrskrevende situasjon

I denne situasjonstypen er pasientens behov kjente og hovedsakelig 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, BiPAP, subkutan veneport (VAP), sentralt venekateter (CVK), intravenøs væskebehandling, sondeernæring, nefrodren eller lignende.

Det var 16 pasienter (2 %) i denne typen situasjon. Kartleggerne mente at pasientene trengte samme fordeling av sykepleier, helsefagarbeider og assistent som i avklart ustabil situasjon.

Ustabil situasjon

Pasientens situasjon er her plutselig eller vedvarende ustabil. 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. De kan skyldes en rekke ulike tilstander, for eksempel pusteproblemer, hjerneblødning, fall, føling ved diabetes, langtkommen kreft, angst eller forvirring. En pasientsituasjon kan også være ustabil sosialt, for eksempel hvis pasienten er avhengig av mye hjelp fra pårørende. Pårørende kan selv være i en sårbar helsesituasjon og/eller være utmattet på grunn av høy alder eller langvarig omsorgsforpliktelse.

25 pasienter (3 %) var i denne situasjonen. Pasientene som ble registrert i denne situasjonen var i samme situasjon som de uavklarte. Enkelte var i sykehus. Andre hadde vanskelige sår, demens, alvorlig fysisk eller psykisk lidelse eller var rusavhengige. Det var daglig behov for sykepleier, men helsefagarbeider kunne bidra dersom pasienten fikk mange besøk i døgnet.

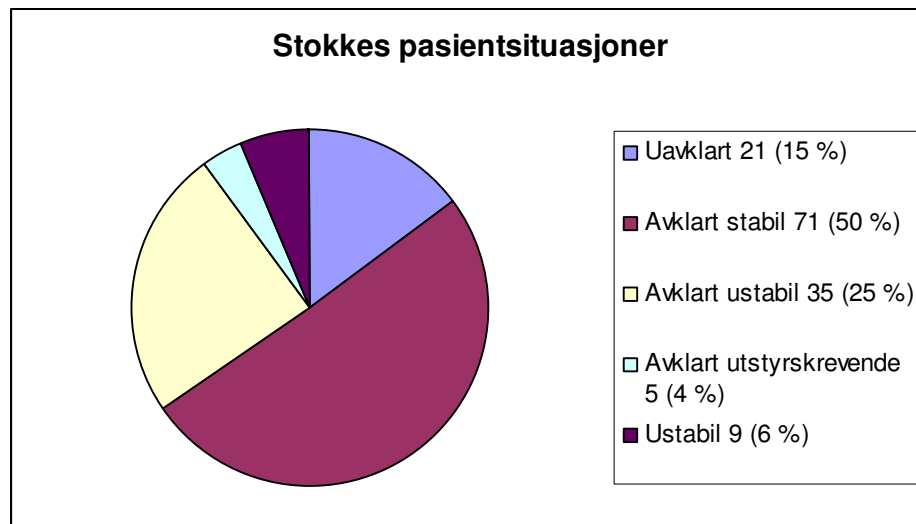
Akutt situasjon

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.

Akuttsituasjoner oppstår plutselig, og var ikke en kategori i kartleggingskjemaet. Tid til håndtering av akuttsituasjoner og andre uforutsette henvendelser og hendelser ble registrert av lederne (kapittel 5.2, tabell 2).

Stokkes forekomst av pasientsituasjoner ved hjemmesykepleie

Stokke registrerte hvilken situasjon 141 av pasientene med hjemmesykepleie var i.

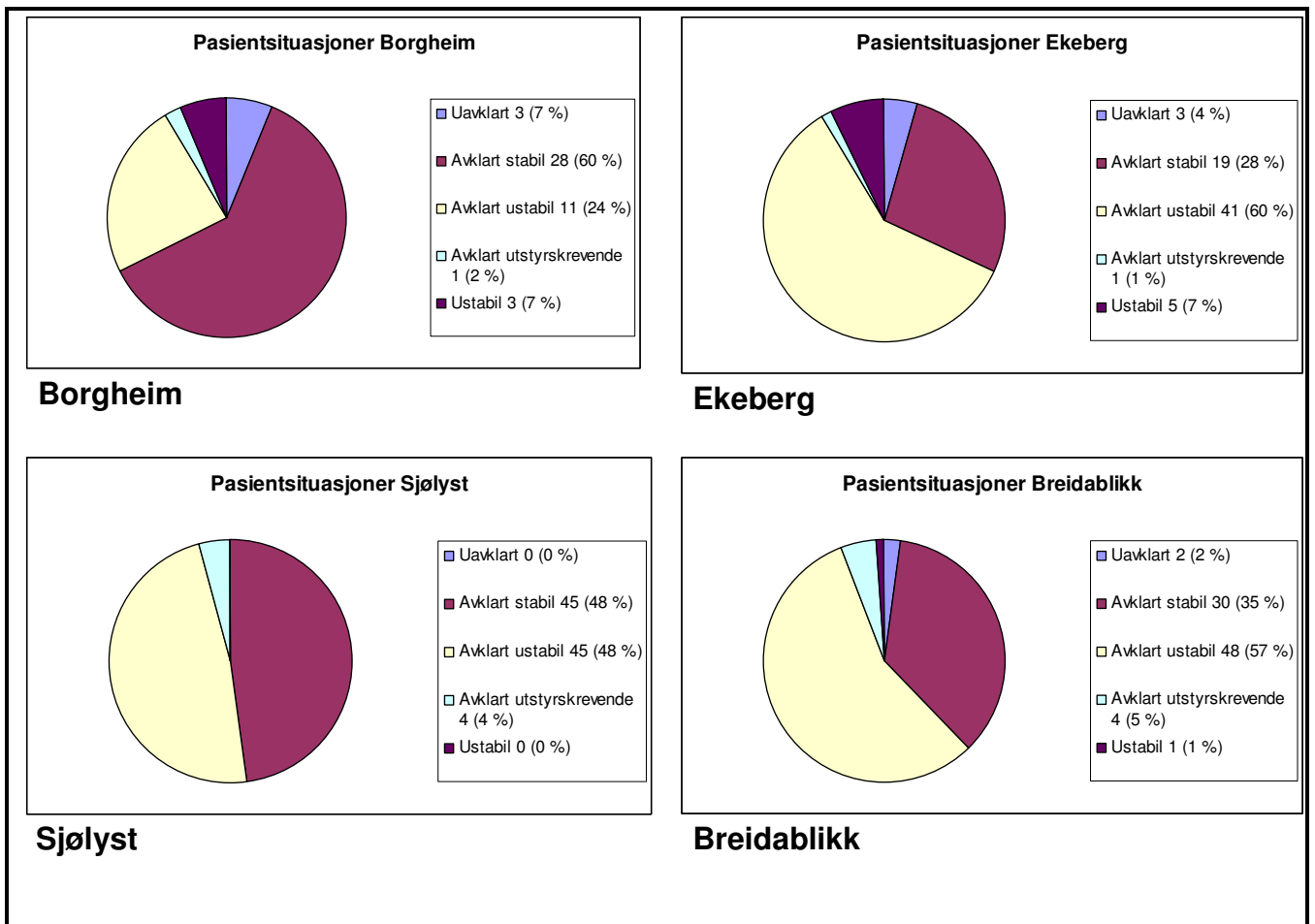


Figur 3: Forekomst av pasientsituasjoner i Stokke

Stokke hadde registrert at 15 % av pasientene var i en uavklart situasjon. Hele 15 av de 21 pasientene var imidlertid innlagt i sykehus eller sykehjem. Det var 71 pasienter (50 %) i avklart stabil situasjon, 35 (25 %) i avklart ustabil situasjon og 5 (4 %) i utstyrskreven situasjon. Andelen pasienter i ustabil situasjon var 9 (6 %) og dermed relativt høy i forhold til i de andre kommunene.

Nøtterøys forekomst av pasientsituasjoner ved hjemmesykepleie

Nøtterøy registrerte forekomst av pasientsituasjoner i hver av de fire opprinnelige arbeidslagene Borgheim, Ekeberg, Sjølyst og Breidablikk. Figur 4 viser at pasientgrunnet var varierte mye mellom arbeidslagene.



Figur 4: Forekomst av pasientsituasjoner på Nøtterøy

Pasienter i uavklarte situasjoner ble registrert ved Borgheim, Ekeberg og Breidablikk. Det var til sammen 8 pasienter, hvorav flere var innlagt i sykehus eller sykehjem på kartleggingstidspunktet.

Borgheim var det minste arbeidslaget og hadde færrest pasienter med hjemmesykepleie. Her var 28 pasienter (60 %) i avklart stabil situasjon, 11 (24 %) i avklart ustabil, 1 i utstyrskrevene og 3 pasienter (7 %) i ustabil situasjon.

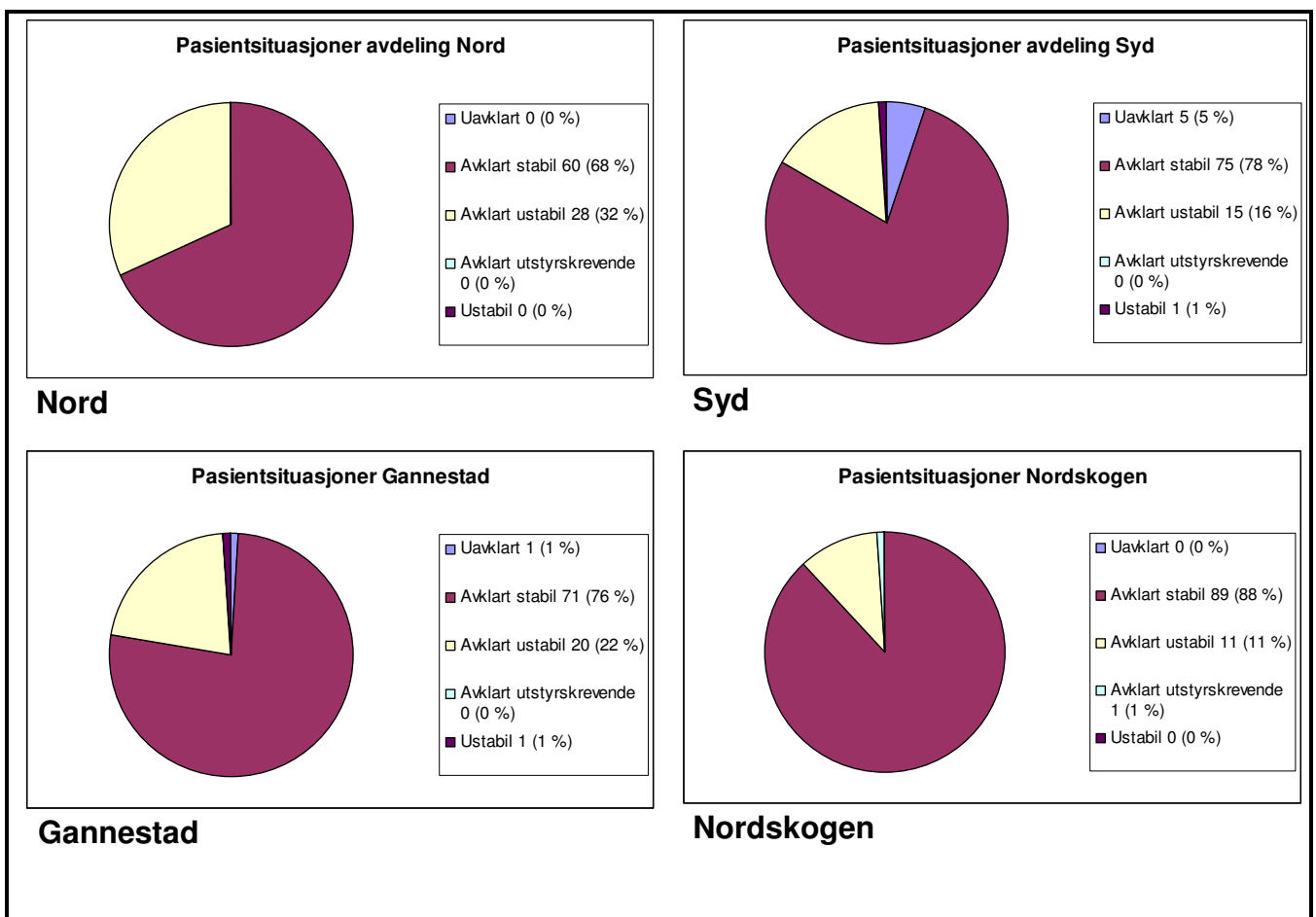
Ekeberg hadde 19 pasienter (28 %) i avklart stabil situasjon, mens hele 41 pasienter (60 %) var i avklart ustabil situasjon. Øvrige 6 pasienter var i utstyrskrevede og ustabile situasjoner.

Sjølyst hadde ingen pasienter i uavklart eller ustabil situasjon. Der var 45 (48 %) i avklart stabil situasjon og like mange i avklart ustabil situasjon. Noen få (4 pasienter) var i avklart utstyrskrevede situasjon.

Breidablikk hadde 30 pasienter (35 %) i avklart stabile situasjoner og 48 (57 %) i avklart ustabile situasjoner. Som på Sjølyst var 4 pasienter i avklart utstyrskrevede situasjon. Tre pasienter var i uavklart eller ustabil situasjon.

Hortens forekomst av pasientsituasjoner ved hjemmesykepleie

Horten registrerte forekomst av pasientsituasjoner ved avdelingene Nord, Syd, Gannestad og Nordskogen. Figur 5 viser at pasientgrunnet var forskjellig i driftsenhetene.



Figur 5: Forekomst av pasientsituasjoner i Horten

Nord hadde verken pasienter i uavklarte, avklart utstyrskrevede eller ustabile situasjoner. Hele 60 pasienter (68 %) var i avklart stabile situasjoner, og resten var avklart ustabile.

Syd hadde noen pasienter innlagt i sykehus og sykehjem, som ble registrert i uavklart situasjon. Svært mange, hele 75 pasienter (78 %), var i avklart stabile situasjoner. Av øvrige pasienter var 15 (16 %) i avklart ustabil situasjon og 1 i ustabil situasjon.

Gannestad hadde også svært mange, 71 pasienter (76 %) i avklart stabile situasjoner. De øvrige var stort sett i avklart ustabile situasjoner.

Nordskogen hadde hele 89 pasienter (88 %) i avklart stabile situasjoner. Ingen var i uavklarte eller ustabile situasjoner, 1 var utstyrskrevede og 11 pasienter (11 %) var i avklart ustabil situasjon.

Forekomst av pasientsituasjoner ved praktisk bistand

Resultatet fra kartleggingen viste at noen pasienter som kun mottok praktisk bistand var i uavklarte eller avklart ustabile situasjoner. Det gjaldt 5 pasienter i Stokke, 10 på Nøtterøy og 14 i Horten. Pasientene i Stokke, 6 pasienter på Nøtterøy og flere i Horten mottok hjelp fra psykiatritjenesten. Øvrige pasienter hadde plass på dagsenter eller regelmessige besøk på poliklinikk ved sykehuset.

Prosjektet la til grunn at assistenter hadde kompetanse til å utføre praktisk bistand på en god måte, og at pasienter som kun mottok praktisk bistand ikke hadde behov for en pasientansvarlig (PAS). Assistenter som skulle utføre praktisk bistand til pasienter i uavklarte eller ustabile situasjoner hadde imidlertid behov for samarbeid med de som utførte helsetjenester fra andre etater. Dette for å bidra til faglig forsvarlighet, kontinuitet i hjelpetilbudet, samt trygge og motiverende arbeidsforhold. Kommunene hadde behov for kvalitetssikring av dette, men prosjektet arbeidet ikke videre med utfordringen.

5.2 Grunnlagstall for bemanningsberegning

Prosjektleder hadde mange møter med lederne i hver kommune for å utkrystallisere alle oppgavene som måtte utføres og hvordan behov for tid og kompetanse skulle beregnes. Gjennom aksjonslæring kom deltakerne sammen frem til konklusjonene. Daglige oppgaver ble satt inn i tabell 2 og oppgaver som skulle utføres på dagtid hverdager i tabell 3. Daglige oppgaver var minimum av hva som måtte utføres, og var i praksis det som foregikk på dagtid helg og hver kveld. Stokke og Horten registrerte behov for tid, mens Nøtterøy registrerte faktisk brukt tid. Nedenfor følger en forklaring til hver rad i tabellene, og noen resultater som grunnlag for sammenligning mellom kommunene.

Tabell 2: Arbeidstid alle ukedager

DAGLIG ARBEIDSTID Minutter / døgn	Basis hver dag			Kveld		
	Sykepl.	Fagarb.	Assistent	Sykepl.	Fagarb.	Assistent
1. Direkte hjemmesykepleie						
1b. Tid til flere pasienter						
2. Alarm, akuttsit., henvendelser						
2b. Sikre nye uavklarte, ustabile situasjoner og veilede kollegaer						
3. Basis transporttid						
4. Basis rapport						
5. Basis dokumentasjon						
Sum minutter						
Sum timer						

Tabell 3: Ukentlig tilleggstid

TILLEGG ARBEIDSTID Minutter / uke	Hverdager		
	Sykepleier	Fagarbeider	Assistent
6. PAS utfører andel av pasientarbeid			
7. Tilleggstid til PAS			
8. PAS ved tjenestepause			
9. Administrering av medikamenter			
10. Annen hjelp			
11. Praktisk bistand			
12. Ekstratid transport hverdag			
13. Ekstratid rapport hverdag			
14. Ekstratid dokumentasjon hverdag			
15. Kompetanseutvikling			
16. Annet			
Sum minutter/uke			
Sum timer/uke			
Gjennomsnitt timer / hverdag			

1. Direkte hjemmesykepleie

Faktisk tid som daglig gikk med til direkte hjemmesykepleie i kartleggingsuken ble registrert.

1b. Tid til flere pasienter

Noen driftsenheter hadde vanligvis flere pasienter enn i kartleggingsuken. Gjennomsnittstid per pasient ble multiplisert med manglende antall pasienter og tilføyd i rad 1b. Dermed kunne bemanningsbehov ved vanlig pasientmengde beregnes. Stokke og Horten tilføyde tid for ekstra pasienter, mens Nøtterøy mente antallet som mottok hjemmesykepleie var stabilt i prosjektperioden. Stokke og Nøtterøy regnet med pasienter som for tiden var innlagt i sykehus og sykehjem, mens Horten holdt disse utenom.

2. Alarmtelefoner, akuttsituasjoner, henvendelser

Hver vakt var det mange telefonhenvendelser fra pasienter, pårørende og andre med spørsmål, beskjeder og ønske om hjelp. Mange pasienter hadde trygghetsalarm, som hjemmetjenesten fulgte opp. Lederne stipulerte daglig tid til å ta imot henvendelser og alarmtelefoner og videreformidle beskjeder.

2b. Sikre nye uavklarte og ustabile situasjoner og veilede kollegaer

Noen av henvendelsene i rad 2 skyldtes nye uavklarte og ustabile situasjoner. Lederne beregnet hvor mye tid som gjennomsnittlig gikk med til å sikre faglig forsvarlighet i forhold til dette. Tid til veiledning av kollegaer og vaktansvar på kveld og i helger ble også lagt inn her. Tilkalling av ekstravakter ved sykdom var en del av vaktansvaret.

For rad 2 og 2b registrerte Stokke til sammen behov for 3 timer og 40 minutter hver dag og det samme hver kveld til dette. Hvert arbeidslag på Nøtterøy brukte omtrent 2 timer og 20 minutter på dagtid og 2 timer hver kveld, mens Hortens avdelinger hadde behov for 1 time og 45 minutter per avdeling per vakt.

3. Transporttid

Tid til kjøring i helgen ble registrert her. Det utgjorde basis transporttid alle ukedager. Tiden ble fordelt på yrkesgruppene i samme forhold som det var behov for dem (sum av rad 1 – 2b).

4 og 5. Rapport og dokumentasjon

Tid til rapport (muntlig informasjonsformidling) og skriftlig dokumentasjon i helgen ble registrert, og utgjorde basistid alle ukedager. Tiden til rapport ble fordelt på yrkesgruppene på samme måte som transporttid. Sykepleierne krevde imidlertid mer tid til dokumentasjon enn andre yrkesgrupper, fordi de stod faglig ansvarlig og måtte godkjenne andre ansattes vurderinger, pleieplan og andre registreringer. De hadde ofte mer å dokumentere fordi de tok seg av pasienter i uavklarte og ustabile situasjoner og fordi de var PAS for noen pasienter.

Resultatet viste at rapporttid varierte mye ut fra antall personer som var på vakt, og kommunens tradisjon for tidsbruk per ansatt til rapport. Stokkes rapporttid var for eksempel 35 minutter per person per vakt, mens Hortens ansatte brukte en time hver på dagtid og 30 minutter om kvelden.

Dokumentasjonstid varierte også ut fra antall personer på vakt. Stokke hadde behov for minst 3,5 timer på dagvakt (mer på hverdager) og 3 timer hver kveld. Behovet for hver avdeling i Horten var 3 – 4,5 timer på dagtid (mer på hverdager) og 2 – 2,5 timer om kvelden.

Tidsbruk på Nøtterøy til rapport og dokumentasjon var til sammen 1 – 2 timer per dagvakt (mer på hverdager) for hvert arbeidslag, og $\frac{3}{4}$ - 1,5 timer per kveld.

6. PAS utfører andel av pasientarbeid

For at PAS reelt skulle kunne følge opp sine pasienter måtte han/hun utføre direkte pasientarbeid i stedet for helsefagarbeider omtrent en dag per uke. Arbeidstid til en dags direkte hjemmesykepleie (sum rad 1 og 1b) ble derfor overført fra helsefagarbeider til sykepleier i rad 6. For pasienter som ikke mottok daglig hjelp ble arbeidstid ikke overført til PAS.

7. Tilleggstid til PAS

Kartleggerne stipulerte hvor mye tilleggstid som ville være nødvendig for at PAS skulle kunne sikre faglig forsvarlighet, kontinuitet og koordinerte tjenester. Det ble vurdert at behovet kunne variere fra 10 minutter per måned til mer enn en time per uke. Ut fra deres vurderinger ble gjennomsnittstid per pasient per uke 11 minutter i Stokke og Horten, og 5,5 minutter på Nøtterøy.

8. PAS ved tjenestepause

Lederne vurderte hvor mye tid PAS ville trenge for å følge opp sine pasienter som var innlagt i sykehus eller sykehjem. Stokke beregnet for eksempel at det gjennomsnittlig var fire pasienter med korttidsopphold i sykehus eller sykehjem. De summerte nødvendig tid til samarbeidsmøter om målsetting og utskriving per pasient, organisering ved nye medikamenter, telefontid, informasjon og dokumentasjon. Dette utgjorde til sammen 8 timer og 20 minutter per uke. Horten mente behovet var 2,5 timer per avdeling per uke, mens Nøtterøy avsatte 25 minutter per arbeidslag per uke.

9. Administrering av medikamenter

Kartleggerne registrerte tid til administrering (dosering og kontroll) av medikamenter. Det ble lagt til grunn at dette krevde sykepleierkompetanse. De fant at ansatte i Stokke og på Nøtterøy gjennomsnittlig brukte 20 minutter per pasient per uke. Ledere i Stokke mente reell tidsbruk var noe høyere.

Horten hadde innført ordning med Multidose. Pasientenes medisiner ble levert i ruller med dosepakninger hver annen uke, og hjemmetjenesten leverte rullene. En del administrering av medikamenter foregikk likevel manuelt. Kartleggerne fant at det gjennomsnittlig ble brukt 12 minutter per pasient per uke, mens lederne mente det gikk med 15 minutter.

10. Annen hjelp

Annen hjelp var direkte pasientarbeid som ikke ble utført daglig, men kun enkelte dager. Kartleggerne registrerte tid til dette. Lederne fordelte tiden på sykepleier og helsefagarbeider. Sårstell, injeksjoner og lignende ble lagt til sykepleier. Personlig hjelp som dusj ble tildelt helsefagarbeider, fordi det krevde kompetanse om etikk, kommunikasjon og praktisk håndlag. Nøtterøy fordelte tid til annen hjelp likt på sykepleier og helsefagarbeider. Stokke og to av Hortens avdelinger (Nord og Gannestad) tildelte det meste av tiden til sykepleier, fordi det omfattet å fylle dosetter i hjemmene, sårstell, injeksjoner og andre sykepleieroppgaver. For avdelingene Syd og Nordskogen i Horten hadde kartleggerne omregnet annet arbeid til gjennomsnittlig daglig arbeid, og inkludert tiden i rad 1.

11. Praktisk bistand

For driftsenheter som utførte tjenesten praktisk bistand ble faktisk tid som gikk med registrert. Stokke satte her inn tid til personlig hjelp etter kommunehelsetjenesteloven, men tok ikke

med tid til praktisk bistand etter sosialtjenesteloven (renhold og handling). Nøtterøys hjemmetjeneste hadde ansvar for all praktisk bistand, og regnet derfor med tid til dette. I Horten ble denne tjenesten utført av en annen avdeling.

12. Transporttid

Fordi flere oppgaver skulle utføres på hverdager og flere personer var på vakt, ble det brukt mer tid til kjøring. Tiden ble fordelt på yrkesgruppene i samme forhold som det var behov for dem.

13 – 14. Rapport og dokumentasjon

Også her ble det brukt mer tid på grunn av flere oppgaver og personer på jobb på hverdagene. Lederne beregnet hvor mye mer tid som gikk med. Tiden ble fordelt på yrkesgruppene i samme forhold som det var behov for dem (sum av tid i rad 6, 10 og 11). Det viste seg at mye av denne tiden ble lagt til sykepleiere, fordi det var lite behov for tilleggstid til helsefagarbeidere. Assistenten som utførte personlig hjelp der de ellers utførte renhold hadde ikke behov for tilleggstid.

15. Kompetanseutvikling

Tid til veiledning, refleksjon og internundervisning for grupper av personale ble beregnet. Noen avdelinger inkluderte tid til personalmøter.

Stokke hadde gjennomsnittlig behov for 25,5 timer per uke til kompetanseutvikling, fordelt likt på sykepleiere og helsefagarbeidere. Det omfattet en times møte i vaktskiftet mellom dag og kveld x 18 personer; gjennomført 3 ganger per måned. I tillegg ble det beregnet tid til en times ukentlig planlagt undervisning for 12 personer.

Nøtterøys kompetanseutvikling utgjorde gjennomsnittlig 26,25 timer per uke per arbeidslag. Det inkluderte personalmøter og kompetanseutvikling for alle yrkesgruppene. Riktig fordeling av tid på yrkesgruppene var vanskelig å definere. En kunne ikke beregne ut fra nåværende bemanning, og samtidig hadde prosjektet enda ikke beregnet hvilken bemanning det var behov for. Tiden ble derfor fordelt likt på sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter.

Horten la til grunn at kompetanseutvikling foregikk hver uke når det ikke var ferieavvikling. Tid til kompetanseutvikling var ved avdelingene Nord og Syd 14 timer per aktive uke (en

time for 14 personer). I løpet av året ble gjennomsnittstid til kompetanseutvikling 7 timer per uke. Av dette gikk 120 minutter til sykepleiere og 300 minutter til helsefagarbeidere. Tiden inkluderte internundervisning, refleksjonsgrupper og personalmøter. Ved Gannestad og Nordskogen var det flere ansatte og derfor gikk det med tilsvarende mer tid.

16. Annet

Nøtterøy og Horten satte inn en rad for tid til veiledning av studenter, lærlinger, nyansatte og vikarer. Stokke hadde også personer under opplæring, men beregnet ikke tidsbruk til oppfølging av dem.

Nøtterøy brukte 2 timer per arbeidslag per uke. De hadde gjennomsnittlig to personer under opplæring, som hver krevde en times ukentlig veiledning. Veiledere var sykepleiere og helsefagarbeidere, som ble tildelt en time hver. Horten brukte i løpet av året gjennomsnittlig 1 time og 20 minutter per avdeling per uke. De hadde hele skoleåret en eller to sykepleierstudenter og ofte en hjelpepleierelev/ lærling i kliniske studier i avdelingen (gjennomsnittlig 1,5 og 0,5 personer). Tid til veiledning og evaluering uten pasientansvar utgjorde en time per person per uke i de aktive ukene. Dette ble omregnet til gjennomsnitt i løpet av året, og utgjorde 60 minutter for sykepleiere og 20 minutter for helsefagarbeidere per avdeling per uke.

Nøtterøy hadde stort behov for vikarer og la til en rad for registrering av tid til å ringe etter vikarer ved fravær. Hvert arbeidslag brukte 10 timer per uke til dette, til sammen 40 timer per uke. Stokke og Horten hadde mindre vikarbehov, og inkluderte tid til tilkalling av ekstravakter ved sykdom blant oppgavene i rad 2b.

5.3 Forutsetninger for og gjennomføring av beregningene

Behovet for bemanning i en driftsenhet avhenger i stor grad av antall pasienter og hvor mye hjelp de skal ha. Transporttid kan også ha stor betydning, og kan variere mye mellom kommuner og avdelinger. Andre viktige forutsetninger for beregning av bemanningsbehov er hvor ofte ansatte arbeider helg, vaktlengde, beregning av årsverk og ordning med PAS og primærkontakt. Nedenfor gjøres det rede for forutsetningene for beregning av bemanning og hvordan selve beregningen ble gjennomført i prosjektet.

Antall pasienter, mengde hjelp og bemanning

Driftsenhetene i prosjektet hadde forskjellig antall pasienter med vedtak om hjemmesykepleie og praktisk bistand. Tabell 4 viser hvor mange vedtak de gjennomsnittlig hadde i prosjektperioden og driftsenhetenes årsverk for turnusarbeidere (Nøtterøy etter omgjøring til tre arbeidslag).

Tabell 4: Kommunenes vedtak om hjemmetjenester og årsverk for turnusarbeidere i prosjektperioden

Kommune og avdeling	Antall vedtak hjemmesykepleie	Vedtak praktisk bistand	Årsverk for turnusarbeidere				
			Sykepleier	Helsefagarbeider	Assistent	Sum	
Stokke	165		12,3*	12,4	2,8	27,5	
Nøtterøy	Sjølyst	95	102	3,6	2,6	11,0	17,2
	Ekeberg	96	109	3,9	5,1	8,4	17,4
	Br.blikk	109	105	5,8	3,0	8,7	17,5
Horten	Nord	101		7,8	8,8	3,1	19,7
	Syd	104		6,6	12,5	0,5	19,6
	Gannest.	115		9,0	16,8	1,9	27,7
	Nordsk.	114		7,7	8,5	4,3	20,5

*Inkludert 0,5 årsverk for kreftsykepleier i turnusarbeid.

Stokke hadde flest vedtak om hjemmesykepleie. En egen personalgruppe i driftsenheten utførte også praktisk bistand til 164 pasienter, men vedtak om og årsverk for renhold og handling ble holdt utenom beregningene (kapittel 5.2, tabell 3, rad 11).

Nøtterøys driftsenheter utførte både hjemmesykepleie og praktisk bistand og medregnet alle turnusarbeidere som utførte dette.

Horten hadde en egen avdeling for praktisk bistand, som gav hjelp til 367 personer. Avdelingen er ikke med i tabell 4 og senere bemanningsberegninger.

Tabell 4 viser at driftsenhetene på Nøtterøy og i Horten utførte hjemmesykepleie til omtrent samme antall pasienter. På Nøtterøy utførte hvert arbeidslag i tillegg praktisk bistand til mer enn 100 personer. Årsverk for turnusarbeidere var likevel høyere i Horten, spesielt ved Gannestad og Nordskogen.

For å belyse resultatene ble det undersøkt om det var forskjell på hvor mye hjelp hver pasient fikk i kommunene. Tabell 5 viser gjennomsnittlig tid per pasient per uke til praktisk bistand (faktisk brukt tid fordelt på antall pasienter).

Tabell 5: Tid til praktisk bistand per pasient per uke

Kommune	Praktisk bistand	
	Antall pasienter	Gjennomsnittstid per pasient per uke
Stokke	164	77 minutter
Nøtterøy	316	43 minutter
Horten	367	49 minutter

Tabell 5 viser at hver pasient i Stokke fikk gjennomsnittlig mer praktisk bistand enn på Nøtterøy og i Horten. Stokke gav som regel vedtak om 120 minutter praktisk bistand hver andre uke, men ansatte utførte ukentlig 13 timer mer praktisk bistand enn det var vedtak om. På Nøtterøy varierte vedtakene og utgjorde oftest gjennomsnittlig 20, 30 eller 40 minutter per uke. Ansatte gav til sammen 20 timer mer hjelp per uke enn det var vedtak om (kapittel 5.0). Vedtakstid i Horten ble ikke oppgitt.

Hvor mye hjemmesykepleie pasientene gjennomsnittlig fikk vises i tabell 6. Pasientene er delt i tre grupper: De som fikk hjelp enkelte dager (eller mindre enn 10 minutter daglig), daglig hjelp 10 minutter - 3 timer, og pasienter med daglig hjelp 3 timer og mer.

Tabell 6: Tid til hjemmesykepleie per pasient

Kommune	Sum antall pas.	Hjelp enkelte dager		Daglig hjelp			
		Antall pas.	Gj.snitt/pasient/uke	10 min - 3 timer		≥ 3 timer	
				Antall pas.	Gj.snitt/pasient/døgn	Antall pas.	Gj.snitt/pasient/døgn
Stokke	142	57	58 min/uke	78	45 min	7	5t. 24 min
Nøtterøy	300	132	53 min/uke	168	45 min	0	
Horten	383	95	85 min/uke	270	43 min	18	4 timer

Tabell 6 viser at hjelp enkelte dager ble gitt til 57 (40 %) av pasientene i Stokke, 132 (44 %) på Nøtterøy og 95 (25 %) i Horten. Øvrige pasienter fikk daglig hjelp, som regel inntil 3 timer.

Pasienter med hjelp enkelte dager fikk gjennomsnittlig omtrent like lang tid hjelp i Stokke og på Nøtterøy (53 – 58 minutter per uke), men hele 85 minutter per uke i Horten. De som fikk daglig hjelp inntil 3 timer fikk gjennomsnittlig 43 – 45 minutter hjelp i alle kommunene.

Daglig hjelp 3 timer og mer ble i kartleggingsuken gitt til 7 pasienter i Stokke, 18 i Horten og ingen på Nøtterøy. I Stokke fikk pasientene gjennomsnittlig 5 timer og 24 minutter hjelp, og i Horten 4 timer.

Både Nøtterøy og Horten hadde for øvrig i tillegg mange pasienter med omfattende hjelpebehov som fikk heldøgns omsorg i egne, tilrettelagte boliger. Denne hjelpen ble gitt fra andre arbeidslag/avdelinger enn de som deltok i prosjektet.

Prosjektet vurderte ikke om tildelt tid var hensiktsmessig. Det kompetansebaserte styringssystemet tok utgangspunkt i tildelt tid og beregnet hvilken bemanning som var nødvendig ut fra pasientgrunnlaget i kartleggingsuken.

Andre viktige forutsetninger

Andre viktige forutsetninger for beregning av bemanningsbehov er transporttid, hvor ofte ansatte arbeider helg, vaktlengde, beregning av årsverk og ordning med PAS og primærkontakt.

Transporttid varierte lite mellom driftsenhetene i prosjektet. Alle gav hjelp til en del pasienter nær kommunesentrum og en del med lengre kjøreavstand.

Hver helg kan en driftsenhet for eksempel ha behov for 3 personer på dagtid og 2 om kvelden. Dersom 5 personer arbeider hver tredje helg kreves 15 personer i bemanningsplanen. Arbeides det hver fjerde helg kreves 20 personer. For å få nok personale i helgene må driftsenhetens årsverk deles på flere deltidsstillinger. Ansatte i Stokke og Horten arbeidet hver tredje helg, mens ansatte på Nøtterøy arbeidet hver fjerde helg.

Vaktlengde for en normalarbeidsdag i arbeidslivet er 7,5 timer. Prosjektet tok utgangspunkt i dette, og at ansatte arbeider hele vakter. Det er vanlig med 30 minutters spisepause og 7 timers utføring av arbeidsoppgaver. Pausen kan være betalt eller ubetalt. Betalt pause inngår i årsverket til den ansatte. Stokke hadde betalt spisepause og ansatte arbeidet 7,5 timer av

årsverket per vakt. Nøtterøy og Horten hadde betalt pause helg og kveld. Dermed arbeidet ansatte gjennomsnittlig 7,14 timer (7 timer og 8 minutter) av årsverket per vakt.

Årsverkmetallet for turnusarbeidere som ligger til grunn for lønnsberegning er 1846 timer per år (35,5 timer per uke). Hvor mange faktisk utførte arbeidstimer et årsverk utgjør er ikke tidligere vurdert. Med 5 ukers ferie per år (177,5 timer) blir faktisk arbeidstid for ett årsverk 1668,5 timer. Dette tar ikke bemanningsplanene høyde for og det må derfor leies inn vikarer i forbindelse med ferieavvikling.

Ordning med PAS og primærkontakt krever nok ansatte med 75 – 100 % stilling. Hver sykepleier som skal være PAS kan ha ansvar for opptil 20 pasienter, hvorav flere må være i avklart stabile situasjoner. Hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som skal være primærkontakt kan ha ansvar for det antall pasienter de kan hjelpe i løpet av en arbeidsdag.

Beregning av bemanningsbehov

Prosjektleder systematiserte grunnlagstallene (kapittel 5.2) og la fram de første kommunevise resultatene våren 2006. Hver kommune skulle beregne bemanningsbehovet for sine driftsenheter, finne endringsbehov og ta beslutning om endringer i juni. Beregningene tok imidlertid lengre tid. Dette fordi lederne som skulle gjøre beregningene ikke var godt nok kjent med grunnlagstallene fra kartleggingen, og fordi det oppstod mange spørsmål om beregningsmåten. Prosjektleder samarbeidet derfor med lederne om beregningene. Hun hadde fulgt kartleggingen og kunne gjennom aksjonslæring systematisere den lokale kunnskapen i hver kommune til en tydelig, felles beregningsmåte.

Bemanningsbehovet ble beregnet for hver driftsenhet. Ved å sette grunnlagstallene inn i tabell 7 fant en frem til hvor mange personer som var nødvendig fra hver yrkesgruppe per vakt. Timer per vakt ble omregnet til personer per vakt ved å dele på 7 timers arbeidsøkter. Regneeksempel er satt inn i tabell 7. Hvis behovet var 15,3 timer sykepleierkompetanse på dagtid helg utgjorde det 2,2 sykepleiere. Antall *personer ved hele vakter* ble da egentlig 3 sykepleiere. Prosjektet avrundet imidlertid alltid behovet til nærmeste hele person. I eksempelet ble behovet dermed 2 sykepleiere. På dagtid hverdager ble personbehovet ført med desimaltall, fordi man kunne velge hvilken dag tilleggsoppgavene skulle utføres.

Opphøyning til hele vakter for sykepleiere reduserte behovet for helsefagarbeidere tilsvarende. På samme måte kunne hele vakter for helsefagarbeidere redusere behovet for assistenter.

Kolonnen *personer når kompetanseslakk* viste bemanningsbehovet når en person ble byttet ut med ansatt med høyere kompetanse enn behovet. Ved å bytte ut en helsefagarbeider med sykepleier, og en assistent med helsefagarbeider, ville driftsenheten kunne opprettholde nødvendig kompetanse ved uforutsett fravær. Dermed ville enheten lett kunne opprettholde minstekrav til kompetanse og unngå grensen for faglig forsvarlighet (kapittel 3.0).

Tabell 7: En avdelings bemanningsbehov per vakt (med regneeksempel)

Type vakt	Faggruppe	Timer per vakt	Personer per vakt	Personer ved hele vakter	Personer når kompetanseslakk	Nåværende personale på vakt
Dagtid helg	Sykepleier	15,3	2,2	2	3	
	Helsefagarbeider	33,5	4,8	5	5	
	Assistent	8,5	1,2	1	0	
	Sum	57,3	8,2	8	8	
Dagtid hverdag	Sykepleier	31,9	4,6	4,6	5,6	
	Helsefagarbeider	31,6	4,5	4,5	4,7	
	Assistent	8,5	1,2	1,2	0	
	Sum	72	10,3	10,3	10,3	
Kveld	Sykepleier	6,4	0,9	1	2	
	Helsefagarbeider	21,0	3,0	3	3	
	Assistent	5,0	0,7	1	0	
	Sum	32,4	4,6	5	5	

Behov for årsverk ble beregnet ved å overføre antall personer *ved hele vakter* og *når kompetanseslakk* fra tabell 7 til tabell 8. I tabell 8 ble det beregnet hvor mange årsverk av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter som var nødvendig for å ha minstekrav til kompetanse, og for å ha kompetanseslakk.

Tabell 8: En avdelings behov for årsverk (med regneeksempel)

Yrkes- gruppe	Type vakt	Bemanningsbehov minstekrav kompetanse			Bemanningsbehov med kompetanseslakk		
		Behov timer	Timer per uke	Årsverk	Behov timer	Timer per uke	Årsverk
Sykepl.	Dag helg	2 x 7,14	28,6	242,3 : 35,5 = 6,8	3 x 7,14	42,8	342,8 : 35,5 = 9,7
	Hverdag	4,6 x 7,14	164,0		5,6 x 7,14	200	
	Kveld	1 x 7,14	49,7		2 x 7,14	100	
Helsefag- arbeider	Dag helg	5 x 7,14	71,4	381,9 : 35,5 = 10,8	5 x 7,14	71,4	389,2 : 35,5 = 11
	Hverdag	4,5 x 7,14	160,5		4,7 x 7,14	167,8	
	Kveld	3 x 7,14	150		3 x 7,14	150	
Assistent	Dag helg	1 x 7,14	14,3	107,3 : 35,5 = 3	0	0	0
	Hverdag	1,2 x 7,14	43		0	0	
	Kveld	1 x 7,14	50		0	0	
Sum årsverk					20,6		

I kolonnen *behov timer* ble antall personer på vakt multiplisert med antall timer den ansatte brukte av årsverket sitt (jamfør vaktlengde ovenfor). I regneeksempelen i tabell 8 var det 7,14 timer. *Timer per uke* var timetallet multiplisert med 2 helgedager, 5 hverdager og 7 kvelder. *Årsverk* var sum timer dividert på 35,5 timers arbeidsuke.

5.4 Inndeling i driftsenheter

Nøtterøy hadde ved prosjektstart fire arbeidslag med ansvar for pasienter i hver sine geografiske områder (Borgheim, Ekeberg, Sjølyst og Breidablikk). Det bidro til at pasientene fikk et begrenset antall ansatte å forholde seg til. Helg og kveld fungerte arbeidslagene imidlertid ikke som egne driftsenheter. Ansatte måtte ofte utføre hjemmetjenester for andre arbeidslag fordi det ikke var nok personer i hvert lag til å fylle bemanningsplanen. Arbeidslagene samarbeidet alltid om bemanning på kveldstid og ofte på dagtid i helgen.

Prosjektet anbefalte å redusere til tre arbeidslag for å få reelle driftsenheter med egen bemanning. Ved å avvikle det minste arbeidslaget, Borgheim, og overførte pasienter og personale til Ekeberg og Breidablikk, ville kommunen få tre jevnstore arbeidslag. Pasientoppdragene ble overført ut fra tiden de krevde og geografiske hensyn, og det ble beregnet hvor mange årsverk og personer i turnus nye Ekeberg og nye Breidablikk måtte ha.

Tabell 9: Årsverk og turnusarbeidere i nye arbeidslag

Turnusarbeidere	Nye Ekeberg		Nye Breidablikk	
	Årsverk	Antall personer	Årsverk	Antall personer
Sykepleiere	3,9	5	5,8	8
Helsefagarbeidere	5,1	7	3,0	5
Assistent	8,4	13	8,7	14
Sum	17,4	25	17,5	27

Effekten av å redusere fra fire til tre arbeidslag på Nøtterøy var frigjøring av en lederstilling og at det ble lettere å benytte ansattes kompetanse. Minstekravet til årsverk og turnusarbeidere av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter var det samme uansett antall arbeidslag. Men fordi personalet generelt kunne benyttes bedre med tre arbeidslag, kunne totalt antall turnusarbeidere reduseres med 4 personer. Dette synliggjøres i tabell 10 i kolonnen for minstekrav til kompetanse. Ved 4 arbeidslag måtte det være 16 assistenter i turnus, mens ved 3 arbeidslag kunne det være 12 assistenter.

Tabell 10: Bedre benyttelse av kompetanse ved færre driftsenheter

Faggruppe		Minstekrav kompetanse	Kompetanseslakk	
			4 arbeidslag	3 arbeidslag
Sykepleier	Årsverk	21,5	32,7	30,1
	Turnusarbeidere	48	80	72
Helsefagarbeider	Årsverk	14,8	14,2	14,6
	Turnusarbeidere	40	24	28
Assistent	Årsverk	17,5	7,2	9,3
	Turnusarbeidere	16 - 12	0	0

Kompetanseslakk var lettere å få til med færre arbeidslag. Tabell 10 viser at med 4 driftsenheter måtte det være 32,7 årsverk for sykepleiere, 14,2 for helsefagarbeidere og 7,2 for assistenter. Etter reduksjon til 3 arbeidslag var behovet 30,1 årsverk for sykepleiere, 14,6 for helsefagarbeidere og 9,3 for assistenter.

På samme vis endret behovet for turnusarbeidere seg fra 80 til 72 sykepleiere og fra 24 til 28 helsefagarbeidere. Uansett antall arbeidslag var det ikke behov for assistenter i turnus når det skulle være kompetanseslakk.

5.5 Kompetanse i årsverk

Utfylling av tabell 8 (kapittel 5.3) viste hvor mange årsverk hver driftsenhet hadde behov for av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter; både ved minstekrav til kompetanse og ved kompetanseslakk.

Tabell 11 viser en oversikt over resultatene om kompetansebehov (Nøtterøy etter omgjøring til 3 arbeidslag). Sum av årsverk for sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter i hver driftsenhet var det samme ved minstekrav til kompetanse og ved kompetanseslakk, men fordelingen mellom yrkesgruppene var forskjellig.

Til høyre er eksisterende årsverk for yrkesgruppene satt opp for å kunne beregne behov for endring. Nedenfor beskrives resultatene for hver kommune.

Tabell 11: Kompetansebehov i årsverk og årsverk nå

Komm. /avd.	Kompetansebehov							Årsverk nå			
	Sykepleier		Helsefagarb.		Assistent		Sum	Sykepleier	Helsefagarb	Ass.	Sum
	Minst krav	Komp. slakk	Minst krav	Komp. slakk	Minst krav	Komp. slakk					
Stokke	12,6	15,5	21,9	18,9	0	0	34,5	12,3	12,4	2,8	27,5
N: Sj	5,7	8,6	4,6	5,6	6,3	2,5	16,6	3,6	2,6	11,0	17,2
N: Ek	7,0	9,9	5,7	4,9	5,3	3,3	18,0	3,9	5,1	8,4	17,4
N: Br	8,8	11,6	4,5	4,1	5,4	3,0	18,7	5,8	3,0	8,7	17,5
Sum N	21,5	30,1	14,8	14,6	17,0	8,8	53,3	13,3	10,7	28,1	52,1
H: No	6,8	9,7	10,8	11,0	3,0	0	20,6	7,8	8,8	3,1	19,7
H: Sy	5,0	7,3	11,4	11,9	4,2	1,4	20,6	6,6	12,5	0,5	19,6
H: Ga	8,9	11,8	17,8	15,0	0	0	26,7	9,0	16,8	1,9	27,7
H. N.s	5,8	8,2	15,7	13,4	0	0	21,5	7,7	8,5	4,3	20,5
Sum H	26,5	37,0	55,7	51,3	7,2	1,4	89,4	31,1	46,6	9,8	87,5

Stokke

Stokke hadde inkludert pasienter som var innlagt i sykehus eller sykehjem da de beregnet bemanningsbehovet. Resultatet viste behov for 34,5 årsverk, som var 7 årsverk mer enn eksisterende bemanning. Fordi noen pasienter til enhver tid var innlagt i sykehus og sykehjem kunne avdelingen klare seg med noe færre årsverk, men omfang ble ikke beregnet.

Minstekrav til kompetanse krevde 12,6 årsverk for sykepleiere, 21,9 for helsefagarbeidere og ingen årsverk for assistenter. Eksisterende årsverk var 12,3 for sykepleiere, 12,4 for helsefagarbeidere og 2,8 for assistenter. Dermed manglet det henholdsvis 0,3 og 9,5 årsverk for sykepleiere og helsefagarbeidere for å dekke minstekravet til kompetanse. Medregnet kompetanseslakk manglet det henholdsvis 3,2 og 6,5 årsverk. Nåværende 2,8 årsverk for assistenter var det ikke behov for.

Stokke skulle øke bemanningen med 3 nye årsverk fra 2007, og dermed kun mangle 4 årsverk ut fra beregnet behov. Deler av årsverkene ville man klare seg uten fordi noen pasienter alltid ville være innlagt i sykehus eller sykehjem.

Nøtterøy

Kartleggerne hadde medregnet alle pasienter med vedtak om hjemmetjenester, også de som for tiden var innlagt i sykehus eller sykehjem. Samlet behov var 16,6 årsverk ved Sjølyst, 18,0 ved Ekeberg og 18,7 ved Breidablikk. Når eksisterende årsverk ved Sjølyst var 17,2, kunne arbeidslaget redusere med 0,6 årsverk. Ekeberg hadde behov for å øke med 0,6 årsverk, og Breidablikk å øke med 1,2 årsverk.

Minstekravet til kompetanse krevde for de tre arbeidslagene til sammen 21,5 årsverk for sykepleiere, 14,8 for helsefagarbeidere og 17 årsverk for assistenter. Eksisterende bemanning var 13,3 årsverk for sykepleiere, 10,7 for helsefagarbeidere og 28,1 årsverk for assistenter. Dermed manglet arbeidslagene i vesentlig grad nødvendig kompetanse. Det var til sammen behov for 53,3 årsverk, mens eksisterende årsverk var 52,1. Dersom ansatte skulle arbeide hele vakter i stedet for kortvakter, var det behov for de ekstra årsverkene.

Matombringning ble utført av arbeidslagene i helgene. Beregningene inkluderte tid til matombringning (3 timer per helgedag) ved Sjølyst. Øvrig matombringning (9 timer per helgedag) ble ikke tatt med i beregningene. Oppgaven med tilhørende bemanning kunne legges til hvilket som helst av arbeidslagene.

Horten

Horten regnet ikke med pasienter i sykehus og sykehjem. Kartleggerne ved avdelingene Syd og Nordskogen omregnet pasientarbeid som ikke skjedde daglig (annet arbeid) til daglig gjennomsnitt. Dette kompliserte utfylling av tabell 2 og 3 med grunnlagstall og videre

beregninger. Resultatet for Syd viste behov for 6,1 flere årsverk, og for Nordskogen 5,8 flere årsverk, enn avdelingene hadde i prosjektperioden og opplevd behov. På grunn av sannsynlig omregningsfeil ble antall årsverk redusert i samarbeid mellom ledere og prosjektleder.

Forholdet mellom yrkesgruppene ble beholdt.

Gannestad brukte gjennomsnittlig mer tid per pasient enn de andre avdelingene da kartleggingen foregikk. Tid per pasient ble redusert i prosjektperioden. Resultatet viste derfor behov for 2-3 personer mer på dagtid helg og hverdager enn nåværende personale på vakt. I beregning av bemanningsbehov ble det derfor lagt til grunn at behovet var 3 sykepleiere og 8 fagarbeidere (11 personer) på dagtid helg og 6,3 sykepleiere og 7,5 fagarbeidere (13,8 personer) på hverdager.

Tabell 11 og 12 viser resultatet etter justerte bemanningsbehov ved Syd, Nordskogen og Gannestad. Behovet var til sammen 20,6 årsverk ved Nord, 20,6 ved Syd, 26,7 ved Gannestad og 21,5 årverk ved Nordskogen. I Horten manglet avdelingene til sammen 1,9 årsverk for å kunne utføre de registrerte oppgavene. Nord, Syd og Nordskogen måtte øke med omtrent et årsverk hver, mens Gannestad kunne redusere med et årsverk etter at avdelingen i prosjektperioden reduserte tid til pasientoppdrag. Behovet for ekstra årsverk forklares med at ansatte arbeidet en del kortvakter, samt at noen medregnede aktiviteter ikke ble utført.

Minstekravet til kompetanse for de fire avdelingene var til sammen 26,5 årsverk for sykepleiere, 55,7 for helsefagarbeidere og 7,2 årsverk for assistenter. Eksisterende bemanning var 31,1 årsverk for sykepleiere, 46,6 for helsefagarbeidere og 9,8 årsverk for assistenter. I Horten hadde man derfor mer enn minstekravet for sykepleiere, for få årsverk for helsefagarbeidere og for mange assistenter. Nord, Syd og Nordskogen hadde 1,0 – 1,9 flere sykepleierårsverk enn minstekravet til kompetanse, mens Gannestad hadde akkurat minstekravet.

Med kompetanseslakk var avdelingenes samlede behov 37 årsverk for sykepleiere, 51,3 for helsefagarbeidere og 1,4 årsverk for assistenter. Utfordringen var omgjøring av årsverk for assistenter til helsefagarbeidere. Nord og Nordskogen hadde behov for å øke antall helsefagarbeidere både ved minstekrav til kompetanse og med kompetanseslakk. Syd kunne redusere antall fagarbeidere og bruke flere assistenter, mens de øvrige avdelingene ikke hadde behov for noen assistenter, eller burde redusere antallet.

5.6 Kompetanse i turnus

Etter utfylling av tabell 7 (kapittel 5.3) var det klart hvor mange sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter driftsenhetene hadde behov for på hver vakt; både ved minstekrav til kompetanse og med kompetanseslakk. Ved å multiplisere med hvor ofte ansatte skulle arbeide helg, fant prosjektet frem til behov for turnusarbeidere. I Stokke og Horten ble det arbeidet hver tredje helg. På Nøtterøy arbeidet ansatte hver fjerde helg, noe som økte behovet for turnusarbeidere betydelig (kapittel 5.3).

Årsverkene måtte deles opp i deltidstillinger for å få nok turnusarbeidere. Det var ikke nok arbeidsoppgaver til at ansatte både kunne ha hele stillinger og arbeide hver tredje eller fjerde helg.

Tabell 12 viser behov for turnusarbeidere (Nøtterøy etter omgjøring til 3 arbeidslag). Sum behov for turnusarbeidere i hver driftsenhet var det samme ved minstekrav til kompetanse og ved kompetanseslakk, men fordelingen mellom yrkesgruppene var forskjellig. Til høyre er eksisterende antall turnusarbeidere satt opp for å vise behov for endring.

Tabell 12: Behov for turnusarbeidere og turnusarbeidere nå (antall personer, ikke hele stillinger)

Komm /avd.	Behov for turnusarbeidere							Turnusarbeidere nå			
	Sykepleier		Helsefagarb.		Assistent		Sum	Syke- pleier	Helse- fagarb	Ass.	Sum
	Minst krav	Komp. slakk	Minst krav	Komp. slakk	Minst krav	Komp. slakk					
Stokke	15	21	42	36	0	0	57	19	17	9	45
N: Sj	12	20	12	12	8	0	32	5	8	15	28
N: Ek	16	24	16	8	0	0	32	5	7	13	25
N: Br	20	28	12	8	4	0	36	8	5	14	27
Sum N	48	72	40	28	12	0	100	18	20	42	80
H: No	9	15	24	24	6	0	39	9	11	14	34
H: Sy	9	15	30	27	3	0	42	9	15	1	25
H: Ga	12	18	39	33	0	0	51	10	33	6	49
H. N.s	9	15	36	30	0	0	45	8	12	17	37
Sum H	39	63	129	114	9	0	177	36	71	38	145

Stokke

Stokke hadde inkludert pasienter som var innlagt i sykehus eller sykehjem da de beregnet bemanningsbehovet. Lederne mente at avdelingen kunne greie seg med omtrent en person mindre per vakt. Behovet var da til sammen 12 personer på dagtid helg, 15,2 personer på hverdager og 7 personer om kvelden. For å beholde nødvendig kompetanse ble det redusert med en fagarbeider på dagtid helg og kveld. Det justerte bemanningsbehovet ble satt inn i tabell 12.

Det var til sammen behov for 57 turnusarbeidere, mens eksisterende antall ansatte var 45. Dermed manglet det 12 turnusarbeidere.

Minstekravet til kompetanse krevde 15 sykepleiere, 42 helsefagarbeidere og ingen assistenter til turnusarbeid. Avdelingen hadde 19 sykepleiere, 17 helsefagarbeidere og 9 assistenter. Det var derfor nok sykepleiere, men for få helsefagarbeidere til å dekke minstekravet. Assistentstillingene burde omgjøres til stillinger for helsefagarbeidere.

Medregnet kompetanseslakk var det behov for 21 sykepleiere, 36 helsefagarbeidere og ingen assistenter. Når avdelingen ble tilført nye stillinger i 2007 ble det anbefalt å øke med 3 sykepleiere til turnusarbeid for å ha full kompetanseslakk (fordi spesialsykepleier i turnus kun arbeidet hver 6. helg). Øvrige stillingsressurser burde benyttes til helsefagarbeidere for turnusarbeid. Stokke manglet fortsatt turnusarbeidere i forhold til beregnet behov.

Nøtterøy

På Nøtterøy var det behov for til sammen 100 turnusarbeidere når ansatte skulle arbeide hver fjerde helg. Eksisterende antall ansatte var 80, og dermed manglet det 20 personer for turnusarbeid.

Minstekravet til kompetanse krevde til sammen 48 sykepleiere, 40 helsefagarbeidere og 12 assistenter for turnusarbeid. Eksisterende antall turnusarbeidere var imidlertid 18 sykepleiere, 20 helsefagarbeidere og 42 assistenter. Det manglet dermed et betydelig antall utdannede personer for turnusarbeid.

Med få årsverk som skulle deles på mange personer ble det små stillingsbrøker og mange deltidstillinger. Dersom ansatte gikk over til å arbeide hver tredje helg ville det bli behov for betydelig færre personer i turnus, som vist i tabell 13.

Tabell 13: Behov for turnusarbeidere ved arbeid hver 4. og 3. helg (antall personer, ikke hele stillinger)

Arbeidslag	Faggruppe	Behov for turnusarbeidere			
		Arbeid hver 4. helg		Arbeid hver 3. helg	
		Minst krav	Komp. slakk	Minst krav	Komp. slakk
Sjølyst	Sykepleier	12	20	9	15
	Helsefagarbeider	12	12	9	9
	Assistent	8	0	6	0
Ekeberg	Sykepleier	16	24	12	18
	Helsefagarbeider	16	8	12	6
	Assistent	0	0	0	0
Bredablikk	Sykepleier	20	28	15	21
	Helsefagarbeider	12	8	9	6
	Assistent	4	0	3	0
Sum turnusarbeidere		100	100	75	75

Med arbeid hver tredje helg ble det samlede behovet for turnusarbeidere redusert til 75 personer, og Nøtterøy ville dermed ha tilstrekkelig antall personer for turnusarbeid. Minstekravet til kompetanse krevde da 36 sykepleiere, 30 helsefagarbeidere og 9 assistenter, og det manglet fortsatt et betydelig antall sykepleiere og helsefagarbeidere for turnusarbeid.

Horten

Horten regnet ikke med pasienter som for tiden var innlagt i sykehus og sykehjem da de beregnet bemanningsbehovet. Det var til sammen behov for 177 turnusarbeidere, mens man i prosjektperioden hadde 145 ansatte. Dermed manglet det 32 personer i turnus. Avdeling Nord manglet 5, Syd 17, Gannestad 2 og Nordskogen 8.

Minstekravet til kompetanse krevde til sammen 39 sykepleiere, 129 helsefagarbeidere og 9 assistenter for turnusarbeid. Eksisterende antall turnusarbeidere var 36 sykepleiere, 71 helsefagarbeidere og 38 assistenter. Det manglet dermed 3 sykepleiere og mange helsefagarbeidere for å få riktig kompetanse i turnus. Gannestad og Nordskogen manglet

sykepleierne. Helsefagarbeidere var det imidlertid nesten nok av ved Gannestad, men øvrige avdelinger manglet mange. Assistentstillinger burde i stor grad omgjøres til helsefagarbeidere. Avdelingene dekket ofte minstekravet til kompetanse på hverdager og kvelder, mens dagtid helg ble skadelidende.

Medregnet kompetanseslakk var behovet til sammen 63 sykepleiere, 114 helsefagarbeidere og ingen assistenter. Den generelle utfordringen var å få nok sykepleiere og helsefagarbeidere til turnusarbeid.

5.7 Kan vi stole på resultatene?

Bemanningsberegningene ble gjort ut fra tildelt tid til hver pasient, andre oppgaver og transport, samt hvilken kompetanse dette krevde. Beregning av bemanningsbehov ut fra pasientgrunnlaget var ikke gjort tidligere. Etter kartleggingen av hver pasients behov for kompetanse, var det en aksjonslærende prosess over flere måneder mellom ledere i kommunen og prosjektleder om hvordan årsverk og antall personer i turnus konkret kunne beregnes. Lederne utkrystalliserte stadig klarere hva ansatte brukte tid på, og hvor mye tid som ble brukt til forskjellige gjøremål.

Nedenfor gjøres det rede for hvordan tid til pasientene og andre oppgaver ble beregnet, kompetansekrav vurdert, og det drøftes om resultatene er reliable og valide.

Tid til pasientene og andre oppgaver

Prosjektet vurderte ikke om tildelt tid per pasient var riktig, men tok utgangspunkt i det kommunen hadde tildelt pasientene (faktisk gitt tid). Kommunene tildelte i praksis tid til hjemmesykepleie ut fra personalet utførerenheten hadde til rådighet (kapittel 5.0). Horten tildelte tid i vedtak om hjemmesykepleie, og alle kommunene tildelte tid til praktisk bistand. Alle driftsenheter gav imidlertid mer hjelp enn vedtakene tilsa. Når tilgjengelig personale avgjorde mengde hjelp per pasient, betydde det at en pasient som krevde mye hjelp ville frarøve andre pasienter hjelp. Det var behov for bedre styring av tildelt tid til pasientene.

Lederne beregnet tid til andre oppgaver på forskjellig måte. Stokke og Horten beregnet nødvendig bruk av tid, mens Nøtterøy registrerte den tiden de faktisk brukte i

prosjektperioden (kapittel 5.2). Dette ble det tatt hensyn til ved vurdering av resultatene om grunnbemanning for hver kommune (kapittel 9.0).

Kompetansekrav

Sykepleiere og helsefagarbeidere kartla hver enkelt pasient og ble enige om i hvilken grad pasienten trengte sykepleier, helsefagarbeider og assistent. Lederne vurderte krav til kompetanse for øvrige oppgaver som skulle utføres. Kapittel 5.2 viser at lederne vurderte samsvarte. Likedan viser kapittel 5.1 at kartleggerne i de forskjellige kommunene vurderte kompetansekrav ved ulike typer pasientsituasjoner på samme måte.

Unntaket var pasienter i avklart ustabil situasjon, som ble vurdert noe forskjellig i kommunene. Det var enighet om at en stor andel av disse pasientene alltid måtte hjelpes av sykepleier. I Stokke gjaldt det 43 % av pasientene, på Nøtterøy 50 % og i Hortens avdelinger 75 – 100 %. Øvrige pasienter i avklart ustabil situasjon hadde behov for sykepleier til de viktigste oppgavene. Hvis det var flere daglige oppdrag hos samme pasient, kunne imidlertid helsefagarbeider utføre noen av dem.

Kartleggerne på Nøtterøy mente før øvrig at 28 av deres 145 pasienter i avklart ustabil situasjon kunne få hjelp av assistenter til morgenstell og dusj, toalettbesøk og ernæring. Ledere på Nøtterøy var uenige i denne vurderingen. De mente formell fagkompetanse burde være minstekravet for hjelp til pasientene.

Det var enighet i kommunene om at det ville være faglig forsvarlig med assistent som medhjelper dersom man måtte være to sammen i arbeidet. Det var imidlertid organisatorisk tungt og dermed lite effektivt å bruke assistenter i tjenesten. En assistent kunne ikke kjøre på kryss og tvers i kommunen for å være medhjelper.

Reliabilitet

Bemanningsbehovet ble beregnet på en helt ny måte. Selv om beregningene skjedde gjennom et omfattende samarbeid mellom prosjektleder og kommuneledere, kunne det være regnefeil og forhold som var oversett. For eksempel overførte alle kommuner en ukedags arbeidstimer fra helsefagarbeider til sykepleier, for at PAS skulle kunne utføre pasientarbeid hos sine pasienter med daglig hjelp. Arbeidstid ble imidlertid ikke overført for pasienter som fikk sjeldnere hjelp. Dette kan ha ført til for lite registrert sykepleierbehov.

Andre svakheter ved beregningene var at det i Stokke og Horten ble tilføyd tid til flere pasienter enn de som ble kartlagt, fordi avdelingene gjennomsnittlig hadde flere pasienter i prosjektperioden. Denne beregningen, og reduksjonen av de først beregnede resultatene for Horten, var skjønsmessigs beregninger, og ikke basert på reelle pasienttall. Hortens avdeling Nord hadde for eksempel i mars ingen pasienter i uavklarte, utstyrskrevede eller ustabile situasjoner, men flere slike pasienter om høsten. Disse ville kreve høyere kompetanse enn pasientene som fikk hjelp i mars.

Videre var det en svakhet ved beregningene at ledere i Stokke og Horten beregnet hvor mye tid det var nødvendig å bruke på ulike oppgaver, mens ledere på Nøtterøy registrerte faktisk brukt tid (kapittel 5.2). Grunnlagstallene for Nøtterøy viser at det ble avsatt betydelig mindre tid til PAS, rapport og dokumentasjon enn i de andre kommunene. Det kan bety at det på Nøtterøy er nødvendig med flere ansatte enn beregningene viser for å oppnå ønskede resultater.

Det er sannsynlig at bemanningsbehovet gradvis endres over tid, og at behovet ved prosjektavslutning ikke er nøyaktig som beregnet for kartleggingsuken i mars. Regelmessig beregning av bemanningsbehov er nødvendig fordi pasientgrunlaget endres. Det kommer nye pasienter og deres situasjon endrer seg.

Validitet

Endringer av forutsetningene for bemanningsberegning (kapittel 5.3) vil påvirke resultatene. Nedenfor drøftes validitet ut fra de forutsetningene som ble lagt til grunn.

Både kartleggere og ledere hadde lagt til grunn at hver oppgave skulle utføres av ansatt med minst mulig formell kompetanse til å utføre oppgaven faglig forsvarlig og ivareta ordning med PAS og primærkontakt (kapittel 3.0). Fordi tid til ekstra pasienter, transport og rapport (kapittel 5.2, tabell 2 og 3) fordelte tid til yrkesgruppene som en direkte konsekvens av grunnlagstallene, lå minstekravet til kompetanse til grunn for alle resultatene.

Samsvaret mellom ansattes vurdering av kompetansekrav for pasienter i ulike situasjoner (kapittel 5.1) er positivt i forhold til å kunne stole på resultatene. Profesjonsenighet om egen og andres kompetanse er et viktig grunnlag for motiverende arbeid. At lokal kunnskap om

oppgaver som skulle utføres og hvordan bemanning kunne beregnes ble systematisert gjennom aksjonslæring styrker også troverdigheten av resultatene.



Bilde 5: Sykepleiere og helsefagarbeidere ble enige om hvilken kompetanse pasienter i ulike situasjoner krevde (her ansatte på Nøtterøy)

Ansattes vurdering av hvilken situasjon pasientene er i, er imidlertid ikke en absolutt sannhet. Oppfatningen om hvilken situasjon pasienten er i vil kunne være forskjellig fra person til person. Oversikten over forekomst av pasientsituasjoner viser betydelig større forekomst av pasienter i avklart ustabile situasjoner på Nøtterøy enn i Horten (kapittel 5.1). Det er mulig at flere pasienter på Nøtterøy vil bli oppfattet å være i avklart stabile situasjoner når kompetansenivået i grunnbemanningen er blitt hevet og ordning med PAS og primærkontakter fungerer.

6.0 PASIENTANSVARLIG (PAS) OG PRIMÆRKONTAKT

Riktig sammensetning av yrkesgrupper i grunnbemanningen er ikke nok til å sikre forsvarlige og gode tjenester. Kompetansen må også brukes riktig. For at alle ansatte skulle kunne yte riktig hjelp til pasientene forutsatte prosjektet innføring av ordning med pasientansvarlig (PAS) og primærkontakt. PAS skulle være pasientens og pårørendes kontakt og talsmann og ha ansvar for å sikre kontinuitet, faglig forsvarlighet og koordinering av tjenestetilbudet. Primærkontakt skulle bidra til kontinuitet for pasienter med omfattende hjelpebehov.



Bilde 6: Sykepleier og helsefagarbeider i Stokke som PAS og primærkontakt

Ordningen hadde tidligere ikke vært forsøkt på Nøtterøy. Her var ansatte delt i arbeidslag for å begrense hvor mange ansatte som besøkte den enkelte pasient. Stokke og Horten hadde delvis forsøkt ordning med PAS og primærkontakt, men funksjonsbeskrivelsene var lite konkrete og ordningen ble praktisert forskjellig. I Horten var ansvaret for pasientene for eksempel ikke tydelig fordelt på sykepleierne. Flere mente at sykepleierne skulle dele ansvaret for de sykeste pasientene. Samtidig var det utydelig hvilken sykepleier som hadde ansvar for pasienter som oftest fikk hjelp fra helsefagarbeidere eller assistenter. Noen av disse pasientene hadde sjelden eller aldri besøk av sykepleier.

Bakgrunn

”Pasienten først!” (NOU 1997) om ledelse og organisering i sykehus anbefalte innføring av ordning med pasientansvarlig lege (PAL) og pasientansvarlig sykepleier (PAS) for å sikre kvalitet og forutsigbarhet for den enkelte pasient. Etter dette bestemte spesialisthelsetjenesteloven (1999) at departementet kunne gi forskrift om pasientansvarlig lege (PAL) og tilsvarende ordninger for andre grupper helsepersonell. I kommunene sikret ordning med *fastlege* at pasienter ble tilknyttet en bestemt lege. Tilsvarende ordninger ble ikke opprettet for andre grupper helsepersonell. Idéen om en bestemt ansvarlig finnes imidlertid i Forskrift om Individuelle planer (IP) (2001), som gav pasienter med langvarige og sammensatte behov rett til IP og en koordinator for denne.

Stokkeprosjektet (Strandquist 2005a og 2005b) tok utgangspunkt i beskrivelser om pasientansvar i sykehus og definerte ordning med *pasientansvarlig sykepleier (PAS)* og *primærkontakt* i kommunen. Pasientene i helse- og omsorgstjenesten i kommunen hadde mange hjelpere, men ønsket seg færre. Økning av komplekse helsetilstander, samt nye pasientrettigheter og forvaltningskrav hadde utviklet behovet for konkrete ansvarlige personer for pasientene. Anbefalingene fra Stokkeprosjektet ble vurdert og justert i foreliggende prosjekts planleggingsfase, og deretter utprøvd og evaluert gjennom to forsøk (kapittel 4.0). Gjennom aksjonslæring kom deltakerne fram til kriterier for ordningen.

Kriterier for tildeling av PAS og primærkontakt til pasienter

Kriteriene for tildeling ble evaluert etter hvert forsøk og konklusjonen var:

- PAS tildeles alle personer med vedtak om *Pleie og omsorg utenfor institusjon*.
- PAS tildeles ikke personer som kun har vedtak om *Praktisk bistand; daglige gjøremål*.
- Primærkontakt tildeles i tillegg til personer i avklart stabil situasjon med omfattende hjelpebehov og med vedtak om *Pleie og omsorg utenfor institusjon*.

Det ble drøftet om noen av pasientene som kun fikk praktisk bistand også hadde behov for PAS. Enkelte av dem fikk hjelp fra dagsenter eller for eksempel psykiatritjenesten og var i ustabile situasjoner. Konklusjonen var at disse pasientene burde tildeles PAS fra instansen som gav helse- og omsorgstjenester, og ikke fra hjemmetjenesten. PAS herfra burde så samarbeide med utførerne av praktisk bistand (kapittel 5.1).

Et annet spørsmål var om alle pasienter med PAS automatisk skulle tildeles primærkontakt i tillegg. Konklusjonen var at pasienter som for eksempel kun mottok medisindosett hver 14. dag, eller som kun fikk hjelp fra sykepleiere, ikke hadde behov for primærkontakt.

Primærkontakt var bare relevant for pasienter i avklarte stabile situasjoner med omfattende hjelpebehov.

Kriterier for oppnevning av ansatte til PAS og primærkontakt

Utdannelse og stillingsbrøk ble drøftet og konklusjonen var:

- Sykepleier eller annen med relevant helsefaglig høgskoleutdanning i minst 75 % stilling kan oppnevnes til PAS.
- Helsefagarbeider i minst 75 % stilling kan oppnevnes til primærkontakt.

Flere ganger ble det argumentert for at personer i 50 – 75 % stilling også burde kunne oppnevnes til PAS og primærkontakt. Ansatte i lav stillingsbrøk ville gjerne også ha ansvar. Konklusjonen var likevel hver gang at for å sikre kontinuitet og koordinerte tjenester må man ha tilstrekkelig antall dagvakter på hverdager, og dermed stor stillingsbrøk. Stokke hadde forsøkt med PAS i 50 % stilling, men erfarte at ansatte opplevde å gjøre en dårlig jobb.

Kriterier for ansvarsmenge for PAS og primærkontakt

Gjennom forsøkene vokste det frem enighet om omfang av ansvarsmengden. Evalueringene støttet at dette var øvre grense for hvor mange man reelt kunne følge opp:

- PAS kan ha ansvar for inntil 20 pasienter når de fleste er i avklart stabile situasjoner.
- Primærkontakt kan ha ansvar for det antall pasienter som kan hjelpes på en vakt.

Funksjonsbeskrivelser

Funksjonsbeskrivelsene fra Stokkeprosjektet ble relatert til lovverk, forskrifter og kommunale bestemmelser, og ble videreutviklet i foreliggende prosjekt. Særlig sentralt var Kvalitetsforskriften (2003), Lov om pasientrettigheter (1999), Lov om helsepersonell (1999) og tjenestebeskrivelser i Horten og Stokke. Kapittel 6.1 og 6.2 viser endelige funksjonsbeskrivelser for PAS og primærkontakt, og gjør rede for sentrale utfordringer og områder som kom frem gjennom forsøkene.

6.1 Funksjonen til PAS

Funksjonsbeskrivelse for PAS

PAS skal være pasientens kontakt og talsmann og ha ansvar for sikring av kontinuitet, faglig forsvarlighet og koordinering av tjenestetilbudet.

Kontaktperson og talsmann

- Informerer pasient og pårørende om ordning med PAS og eventuelt primærkontakt og samarbeider med dem.
- Vurderer kontinuerlig pasientens samtykkekompetanse og behov for partsrepresentant, hjelpeverge eller verge.

Kontinuitet og faglig forsvarlighet

- Iverksetter fattet vedtak og utarbeider skriftlig plan for pleie og omsorg i tråd med pasientens behov og samtykke.
- Følger Kvalitetsforskriften og kommunens tjenestebeskrivelser ved utforming av skriftlig plan.
- Innhenter spesialkompetanse ved behov om for eksempel demens, rehabilitering, psykisk lidelse, sårbehandling eller bruk av avansert medisinsk-teknisk utstyr.
- Utfører selv ofte pleie og omsorg for å sikre at planen følges og er oppdatert.
- Oppdaterer skriftlig plan og registreringer i IPLOS ved endringer og minst hver 3. måned.
- Melder vesentlige endringer til daglig leder og tar opp utfordringer til diskusjon.

Ansvar for primærkontakt

- Veileder og samarbeider med primærkontakt.
- Tildeler primærkontakt særskilt faglig ansvar for den enkelte pasient.
- Kan delegerer sykepleieoppgaver for sine pasienter til primærkontakt og eventuelt andre konkrete personer etter Lov om helsepersonell.

Koordinering av tjenestetilbudet

- Samarbeider formelt med pasientens lege.
- Samarbeider formelt med aktuelle andre tjenesteytere som for eksempel hjemmehjelp, sykehjem, sykehus, fysiotjeneste, ergotjeneste, psykiatritjeneste, apotek, optiker, tannlege, trygdekontor, sosialkontor, kirke, tolk, støttekontakt, besøksvenn og andre.
- Utarbeider individuell plan etter behov ved langvarige og sammensatte hjelpebehov.

Kontaktperson

Selv om Stokke og Horten hadde prøvd en modifisert form for ordning med PAS tidligere, så var ikke pasienter og pårørende godt informert om dette. Stokke nevnte PAS på

hjemmejournalens forside, men det var behov for å informere om hva ordningen innebar. Horten manglet rubrikk for PAS i hjemmejournalen, men hadde dette for primærkontakt. Nøtterøy valgte å ikke informere pasientene før ordningen reelt ble innført. Det elektroniske fagprogrammet hadde område hvor navn på de ansvarlige kunne registreres. Pasientene burde ha kontaktopplysninger til de ansvarlige lett tilgjengelig, og ansatte burde også ha klar oversikt over hvem som er PAS og primærkontakt for hver pasient.

Deltakerne i forsøkene mente at pasienter og pårørende burde oppfordres til kommunikasjon med PAS i stedet for å henvende seg til felles vakttelefon for driftsenheten. Alarmtelefonen ble misbrukt. På en side var hjemmetjenesten for tilgjengelig, mens man på den andre siden ikke nådde frem med viktige henvendelser. Mange daglige henvendelser avbrøt pasientarbeidet til den som hadde telefonvakt.

Talsmann

Mange av pasientene i hjemmetjenesten hadde vanskelig for å fremme sin sak og redusert samtykkekompetanse på grunn av demens, svekkede sanser, kraftløshet eller andre årsaker. Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen, og medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Lov om pasientrettigheter 1999). Pasientenes samtykkekompetanse ble drøftet flere ganger i forsøkene med PAS og primærkontakter, og forsøket med IP (kapittel 8.2). Noen hadde samtykkekompetanse med tilrettelegging og god tid. Det var nødvendig å kjenne pasienten og være på bølgelengde for å kunne skrive om pasientens behov og mål. Lettere demente kunne fremlegge sine behov, men hadde glemt mye ved neste møte. Flere pasienter hadde nytte av pårørende som var til stede i planarbeidet. Andre hadde pårørende i boligen som ikke var egnet til å tale pasientens sak.

PAS skulle ifølge funksjonsbeskrivelsen kontinuerlig vurdere pasientens samtykkekompetanse og behov for partsrepresentant, hjelpeverge eller verge. En pasient med samtykkekompetanse kan gi fullmakt til annen person om å ivareta hans eller hennes interesser på et senere tidspunkt. Personen blir pasientens partsrepresentant. En person kan også bli partsrepresentant for en pasient uten samtykkekompetanse dersom man er å anse som pasientens "nærmeste pårørende" i henhold til Pasientrettighetsloven § 1-2 bokstav b. Dersom pasienten ikke har nære pårørende kan hjelpeverge eller verge oppnevnes og være partsrepresentant (Hegna 2004).

Prosjektet fant behov for økt bevissthet om samtykkekompetanse og valg av partsrepresentant for pasientene. Mange pårørende hadde ulike oppfatninger om hva som tjente pasienten best. Tjenesten måtte utvikle gode rutiner for valg av pårørende for samarbeid om pasienten.

Kontinuitet og faglig forsvarlighet

Utarbeidelse av skriftlig plan for pleie og omsorg i tråd med pasientens behov og samtykke var grunnlaget for ivaretagelse av kontinuitet og faglig forsvarlighet. Fordi mange hadde redusert samtykkekompetanse og evne til å fremme sin sak ble det svært viktig at PAS utarbeidet den skriftlige planen. Kartleggingsundersøkelsen viste imidlertid at mange pasienter manglet pleieplan ved oppstart av prosjektet.

Tabell 14: Forekomst av pleieplaner ved prosjektstart

Kommune	Pasienter med hjemmesykepleie	Pasienter med pleieplan	Pleieplan à jour	
			Pasienter	%-andel
Stokke	142	48	23	16 %
Nøtterøy	300	74	66	22 %
Horten	383	357	248	65 %

Det var 16 % av pasientene i Stokke, 22 % på Nøtterøy og 65 % i Horten som hadde oppdatert pleieplan. Mange ansatte hadde PC-vegring for å sette opp skriftlig pleieplan; benevnt BRP i CosDoc og tiltaksplan i Gerica (elektroniske fagprogrammer). På Nøtterøy kunne få av sykepleierne i forsøkene bruke Gerica til annet enn å dokumentere fortløpende, og brukte det meste av forsøksiden til å lære seg å lage tiltaksplan. Det manglet datamaskiner og flere manglet opplæring i bruk av systemet. Ifølge funksjonsbeskrivelsen skulle PAS også oppdatere IPLOS-registreringer, men kun få ansatte hadde tilgang til dette.

Oppfølging av pasienter med tjenestepause kunne være vanskelig fordi hjemmetjenesten manglet tilgang til pasientopplysninger når pasienter var på korttids opphold i sykehjem. Felles plan for alle tjenesteutøvere i kommunen var ønskelig. Stokke erfarte at det var umulig å oppdatere IPLOS for pasienter som ellers fikk hjelp fra psykiatritjenesten i kommunen.

Stokke hadde en manuell avkrysningsliste hvor PAS og primærkontakter registrerte gjennomgang av kurve, pleieplan, hjemmejournal, bestillinger av utstyr og samarbeid med lege. Elektronisk kontroll av ivaretagelse av funksjonen ble anbefalt.

Koordinering av tjenestetilbudet

PAS skulle samarbeide formelt med pasientens lege og andre tjenesteytere. Kartleggerne fant at i løpet av en måned hadde Stokke hatt 128 kontakter med pasientenes fastleger, mens Nøtterøy hadde hatt 145 og Horten 162 kontakter. Godt og effektivt samarbeid med fastlegene var viktig. Pasientene hadde mange forskjellige fastleger både i og utenfor kommunen, og det ble derfor mange å samarbeide med. Flere fastleger hadde meldt behov for faste sykepleiere å samarbeide med. Det var enighet om at PAS burde være legens samarbeidspartner, med oversikt over hvilke henvendelser som ble gjort for sine pasienter. Dette ble praktisert i Stokke og Horten, men samarbeidet kunne bli bedre. Noen fastleger hadde fast møtetid og telefontid for samarbeid med hjemmesykepleien. Stokke hadde en legeperm for kommunikasjon mellom PAS og gruppesykepleiere om ikke akutt legesamarbeid. Hver PAS fikk nye meldinger fra lege i posthyllen. Det kunne være uhensiktsmessig når svar fra legen kom sent på dagen, fordi nye personer som ikke kjente saken da ville være på vakt og motta svaret på henvendelsen.

Samarbeid mellom hjemmehjelpere og PAS gikk meget bra på Nøtterøy, hvor de arbeidet i samme arbeidslag. Stokke og Horten satte fokus på mer målrettet samarbeid gjennom prosjektet. PAS skulle også samarbeide formelt med aktuelle andre tjenesteytere som sykehjem, sykehus, fysiotjeneste, ergotjeneste, psykiatritjeneste, apotek, optiker, tannlege, trygdekontor, sosialkontor, kirke, tolk, støttekontakt, besøksvenn og andre. Kartleggingsundersøkelsen viste omfanget av hjelp fra noen av disse til pasienter med hjemmesykepleie (tabell 15).

Tabell 15: Omfang av tjenesteytere PAS skal samarbeide med

Eksterne tjenesteytere	Antall pasienter		
	Stokke	Nøtterøy	Horten
Korttids-/avlastningsopphold i institusjon siste tre måneder	15	87	52
Fast avtale om opphold på dagsenter	7	38	90
Sykehusinnleggelse siste halvår	41	107	121
Fast avtale med sykehus (poliklinikk eller "åpen retur")	24	63	43
Ergoterapitjeneste siste tre måneder	13	41	83
Fysioterapitjeneste siste tre måneder	18	39	34
Psykiatritjeneste siste tre måneder	24	45	20
Andre tjenesteytere siste tre måneder	14	19	12

Andre tjenesteytere i tabellens siste rad omfattet logoped, støttekontakt, personlig assistent, tolk, ansatte i mottak for asylsøkere og kreftsykepleier. Flere sykepleiere satte mer fokus på samarbeid i løpet av forsøkene med PAS.

6.2 Funksjonen til primærkontakt

Funksjonsbeskrivelse for primærkontakt

Primærkontakt samarbeider med PAS om å sikre kontinuitet for pasienten, utfører delegerte sykepleieroppgaver og ivaretar særskilt tildelt ansvar.

Kontinuitet og faglig forsvarlighet

- Utfører ofte hjelp til pasienten for å sikre kontinuitet.
- Vurderer, melder og ivaretar særskilte fysiske, psykiske, sosiale eller åndelige behov.
- Innhenter kunnskap for å utføre hjelp faglig forsvarlig.
- Søker veiledning hos PAS.
- Melder fra til PAS og/eller daglig leder om endring i pasientens situasjon.
- Melder fra til PAS og/eller daglig leder om behov for legetilsyn.
- Dokumenterer i forhold til skriftlig plan.
- Deltar i møter for drøfting av faglige spørsmål og faglig oppdatering om pasientene.
- Utfører delegerte sykepleieroppgaver etter Lov om helsepersonell.

Etter behov ansvar for

- Vurderer, melder og ivaretar pasientens personlige utstyr og tekniske hjelpemidler.
- Samarbeider med hjemmehjelp for å sikre at pasientens totale situasjon blir ivaretatt.
- Informerer medarbeidere om beslutninger vedrørende pasient med særskilte behov.
- Vurderer og melder behov for avtaler med frisør, fotpleier, optiker, tannlege, støttekontakt, besøksvenn og lignende.

Kontinuitet og faglig forsvarlighet

Det sentrale i funksjonen var å ofte utføre hjelp til pasientene for å sikre kontinuitet.

Evalueringen stadfestet at primærkontakter var viktig for kontinuitet. PAS hadde behov for en særskilt person som kjente pasienten, som man kunne drøfte problemstillinger med og som oppgaver kunne delegeres til. Primærkontakter i forsøket fanget opp nye problemstillinger for

sine pasienter og fant uaktuelle problemer i pleieplanen. Flere opplevde at de fikk fulgt opp sine pasienter på en god måte.

Prosjektet anbefalte at primærkontakt kunne skrive deler av sine pasienters pleieplaner. Pleieplanen måtte imidlertid godkjennes av PAS, som hadde det overordnede og helhetlige ansvaret for pasienten. Dette fordi oppgaver kan delegeres, men ikke ansvaret for pasienten (Helsepersonelloven 1999).

Etter behov særskilt ansvar

Tildeling av særskilt faglig ansvar ble vurdert som viktig. Noen pasienter hadde for eksempel behov for oppfølging vedrørende ernæring. Primærkontakt kunne samarbeide tettere med hjemmehjelp om handleliste for pasienten og tilberedning av mat. Andre viktige områder var oppfølging av teknisk utstyr, høreapparat, inkontinensutstyr og briller. Tradisjonelt delte ansatte ansvaret for dette, noe som kunne føre til pulverisering av ansvar. Konklusjonen i prosjektet var at primærkontakter kunne og burde tildeles ansvar for eksempelvis å bestemme inkontinensutstyr for sine pasienter, sørge for bestilling av utstyr i tide og ha ansvar for at hjelpemidler ble vedlikeholdt.

Delegerte sykepleieroppgaver

Evalueringsene viste at det ble ansett som positivt og viktig å få klarere frem hva ulike yrkesgrupper generelt hadde lært, og tydeliggjøre realkompetansen til ansatte. Praktisk delegering av oppgaver i tråd med Lov om helsepersonell (1999) var viktig. Helsepersonell kan benytte medhjelpere til å utføre oppgaver, men ansvaret kan ikke delegeres. Oppgaver kan delegeres til enkeltpersoner, men ikke til faggrupper. Videre må oppgaver delegeres for konkrete pasienter, og ikke generelt for alle pasienter.

Deltakerne i forsøkene mente det hadde vært syndet mye mot korrekt delegering av oppgaver. Oppgaver hadde vært delegert til grupper av ansatte. Ofte ble delegering av en oppgave hos en pasient oppfattet som en generell delegering for alle pasienter.

System for opplæring og deretter delegering av administrering av medikamenter fra kommunelegen til helsefagarbeidere fungerte godt, men det manglet system for delegering av sykepleieroppgaver. Det gjaldt for eksempel komplisert sårstell, kateterisering, stell av suprapubiskateter, blæreskylling, bruk av PEG-sonde og pariapparat.

6.3 Tid til PAS

PAS måtte utføre andel av pasientarbeid, ha tilleggstid for å ivareta funksjonene og ha tid til samarbeid med eksterne tjenesteytere ved tjenestepauser.

Andel av direkte pasientarbeid

Prosjektet la til grunn at PAS skulle utføre pasientarbeidet en dag per uke til pasienter som fikk daglig hjelp. Etter forsøkene var konklusjonen at pasienter som fikk sjeldnere hjelp (medisiner hver 14. dag, hjelp til dusj en gang i uken) også burde motta omtrent 1/7 av hjelpen fra PAS. Hver PAS burde selv ha ansvar for å oppsøke sine pasienter. Det kunne være lett å skyve på disse pasientene til en annen dag når uventede arbeidsoppgaver dukker opp. Elektronisk og automatisk påminnelse/huskelapp/melding i fagprogrammet ble etterspurt.

Tilleggstid

Kartleggerne stipulerte hvor mye tilleggstid som ville være nødvendig for at PAS skulle kunne ivareta funksjonene. Da kartleggingen skjedde var ordningen helt ukjent på Nøtterøy, mens Stokke og Horten hadde innført noe av den. Kartleggerne måtte derfor tenke seg ordningen innført og stipulere noe de ikke hadde praktisk erfaring med. Senere evaluerte PAS i forsøkene hvor mye tilleggstid de hadde behov for. Tabell 16 viser oversikt over anbefalt tilleggstid til PAS.

Tabell 16: Tilleggstid til PAS

Kommune	Kartlegging		Forsøk
	Gj.snitt tid/uke per pasient	Tid / uke per 20 pasienter	
Stokke	11 min	3t. 45 min	1,5 timer etter lunsj x gj.snitt 2,5 dager = 3 t. 45 min per uke tilleggstid for hver PAS
Nøtterøy	5,5 min	1t. 50 min	
Horten	11 min	3t. 45 min	

Tabell 16 viser at kartleggerne i Stokke og Horten mente at PAS gjennomsnittlig hadde behov for 11 minutter per uke per pasient i tilleggstid. På Nøtterøy, som ikke hadde erfaring med ordningen, mente kartleggerne at behovet bare var 5,5 minutter. Tilleggstid per uke når PAS hadde ansvar for 20 pasienter utgjorde 3 timer og 45 minutter i Stokke og Horten.

Evaluering etter forsøkene med PAS viste samme behov for tilleggstid som stipulert i Stokke og Horten. Sykepleiere som var PAS mente de ville kunne sikre kontinuitet og koordinere tjenester for inntil 20 pasienter dersom de fikk bruke 1,5 timer etter lunsj på hverdager til dette. PAS i minst 75 % stilling ville ha gjennomsnittlig 2,5 ukentlige dagvakter på hverdager, og sum tilleggstid utgjorde dermed 3 timer og 45 minutter. Utfordringen var den kulturendringen det innebar å prioritere dette arbeidet i stedet for å skulle "hjelp" andre med pasientoppdrag eller fylle medisindosetter. Det var viktig for arbeidsmiljøet at ledere gav en klar, saklig og faglig begrunnelse for oppgavene til PAS. PAS måtte imidlertid også kunne bruke ledig tid både dag, kveld og helg på ivaretagelse av sin funksjon.

Tid ved tjenestepause

Tid til dette ble stipulert av lederne. Stokke mente PAS til sammen måtte bruke 8 timer og 20 minutter per uke, mens Horten mente behovet var 2,5 timer per avdeling. Nøtterøy vurderte ikke hvor mye tid det var behov for, men i prosjektperioden brukte ansatte til sammen 25 minutter per arbeidslag per uke til oppfølging av pasienter i sykehus eller sykehjem (kapittel 5.2).

7.0 KOMPETANSEUTVIKLING

En annen forutsetning for å sikre faglig forsvarlige tjenester var at tjenesten måtte ha et system for kompetanseutvikling (Strandquist 2005b). Pasienters situasjon endres og det er hele tiden behov for nye vurderinger og beslutninger. Ved oppstart av prosjektet ble det drøftet hvor stort omfang utviklingsområdet kompetanseutvikling skulle ha. Det kunne omfatte utarbeidelse av oversikter over hva ansatte trengte å lære, samt hvem, hva, når og hvordan dette skulle læres. Prosjektgruppene avgrenset utviklingsområdet til å gjelde kjernebehovet for kompetanseutvikling.

Kjernebehov for kompetanseutvikling

Det største behovet for kompetanseutvikling var å få ansatte til å se sin rolle i arbeidsfellesskapet; overfor pasienten, medarbeidere, ledere og overfor seg selv. Ansatte måtte bli inneforstått med vedtak, IPLOS-registrering, forstå viktigheten av dokumentasjon og sentralt innhold i lovverket, samt få klare mål for pasienten og arbeidsdagen. Det var særlig viktig å være oppmerksom på rolleutfordringer ved innføring og videreutvikling av ordning med PAS og primærkontakter. Når konkrete ansatte fikk særskilt ansvar, måtte andre ansatte respektere det og justere sin gamle rolle.

Mange ansatte var utdannet før de nye helselovene kom, og oppdratt til en kultur hvor klinisk vurdering og det mellommenneskelige forholdet til pasienten her og nå var i fokus. Det var liten trening i langsiktig planlegging og forståelse av moderne organisasjonssystemer, forvaltning og lovverk.

Metode

Prosjektet anbefalte systematisk refleksjon om egen rolle. Det ble vist til arbeidsfellesskapet som beste kilde for læring, spesielt hvis det som skal læres er komplekst og har med holdninger å gjøre. Ansatte som har behov for å lære noe kan også bli med andre som har kompetanse, det vil si læring fra mester til lærling/svenn (Madié 2001). Men det å lære gjennom å løse virkelige case sammen, er en mye mer kompleks læreprosess enn å lære gjennom bare å kopiere noe andre gjør (Gustavsen, Finne & Oscarsson 2001). En metode for å lære om roller i arbeidsfellesskapet kan derfor være ledet refleksjon ut fra forberedte case

om det man trenger å lære om. Det er viktig at ansatte er familiære med caset, faktisk kjenner seg igjen, for å kunne delta aktivt og dermed lære.

Refleksjonsmøter om egen rolle kan legges til overlapping i turnus mellom dag- og kveldsvakt, og de som er på jobb kan delta. Før hvert møte velges det et avdelingsnært pasientcase, for eksempel at en pasient har levert en klage. Caset bør være middels utfordrende. En ansatt som har opplevd noe vedrørende saken, er nært knyttet til caset, kan inviteres til å legge det fram i starten av møtet. Refleksjon og drøfting fokuserer på vedtak om tjenester, pasientrettigheter og annet lovverk, dokumentasjon, holdninger til hverandre i arbeidet og hva som praktisk kan gjøres. Valg av case er avgjørende. Omsorgstjenesten vil bli dratt mot det de er vant til, å tenke kliniske problemstillinger eller eventuelt etikk. Refleksjonen krever stram regi fordi man har en ”pratekultur”, hvor det er vanlig å ta opp hvilket som helst tema når man treffes.

8.0 SPESIALKOMPETANSE OG SAMMENHENG

Utviklingsområdet *spesialkompetanse og sammenhengende tjenester* skulle kvalitetssikre tjenester til pasienter med sammensatte og komplekse behov. Prosjektet fokuserte på hvordan hjemmetjenesten skulle innhente spesialkompetanse (kapittel 8.1) og bruk av Individuell Plan (kapittel 8.2).

8.1 Spesialkompetanse

Områdeansvarlige i prosjektgruppene, kreftsykepleiere fra hjemmetjenesten i hver kommune og ledere deltok i en aksjonslærende møteserie. Det var også et samarbeid med demensprosjektet RingerInett (jfr. nedenfor). Behovet for spesialkompetanse ble drøftet, samt hvordan kommunene best kunne hente den. Offentlige utredninger pekte på flere pasientgrupper med særlig sammensatte behov, hvor mange tjenesteytere var involvert og hvor det var behov for koordinering. Ofte ble funksjonshemmede barn, personer under rehabilitering, psykisk syke og alvorlig syke og døende nevnt.

Styringssystemet som ble utprøvd i prosjektet la til grunn at PAS skulle være en generalist som skulle innhente spesialkompetanse og koordinere tjenestetilbudet etter behov for sine pasienter. Prosjektarbeidet utkrystalliserte tre pasientgrupper som PAS i hjemmetjenesten ikke kunne ivareta godt nok. Det var alvorlig syke og døende, personer med demens og personer med rusavhengighet og/eller psykisk sykdom.

PAS hadde behov for tilgang på spesialkompetanse om disse pasientgruppene, og mer avgrenset spesialkompetanse om for eksempel hygiene, sårbehandling, diabetes, ALS, tuberkulose og bruk av avansert medisinsk - teknisk utstyr.

Spesialkompetanse kan være tilegnet gjennom erfaring (realkompetanse) eller utdanning (formalkompetanse). Prosjektet fant at kompetansen kunne hentes på tre måter: fra driftenhetens interne ressurspersoner med realkompetanse, fra interne spesialister med formalkompetanse eller fra eksterne spesialister.

Interne ressurspersoner med realkompetanse

Ressursperson ble definert som ansatt i hjemmetjenesten med realkompetanse på et særskilt område. Hortens hjemmetjeneste hadde eksempelvis ressurspersoner innen hygiene, sårbehandling, KOLS og stomistell, og Nøtterøy hadde et team rundt pasient med respirator.

Ressurspersoner var sykepleiere og helsefagarbeidere som arbeidet i turnus uten øremerket tid til å "være" ressursperson. Dette var hensiktsmessig fordi behovet for kompetansen varierte. Prosjektgruppen mente avdelingene burde formalisere ordningen med ressurspersoner og klargjøre forventninger til hvordan de skulle bidra med og oppdatere sin kompetanse.

Interne spesialister med formalkompetanse

Alvorlig syke og døende krevde ofte avansert symptomlindring, rask vurdering og iverksetting av nye tiltak. Specialisthelsetjenesten og andre etater var ofte involverte tjenesteytere. Alle kommunene i prosjektet hadde ansatt kreftsykepleier i hjemmetjenesten, og anså det som nødvendig.

Stokke hadde turnusarbeidende kreftsykepleier i 50 % stilling, som i tillegg hadde 30 % stilling på dagtid som koordinator for alvorlig syke og døende. Hortens kreftsykepleier var ansatt i en av hjemmesykepleieavdelingene. Hun arbeidet som sykepleier i turnus, men disponerte to dager per uke til arbeid med alvorlig syke i alle avdelingene. Nøtterøys kreftsykepleier var nyansatt i 100 % stilling i stab hos en distriktsleder. Hun arbeidet 80 % på dagtid hverdager, og var 20 % under utdanning til kreftsykepleier.

Personer med demens var også særskilt utfordrende for hjemmetjenesten. Prosjektet RingerInett (u.å.) for demensomsorg i Nøtterøy kommune pågikk i perioden 2005 – 2007. Som et ledd i prosjektet ble det vurdert ulike måter å sikre pasientene nødvendig spesialkompetanse. Nøtterøy vurderte om de skulle ha en PAS i hvert arbeidslag som intern ressursperson innen demens. De besluttet i stedet å ansette egen sykepleier med formell spesialutdannelse om demens i hjemmetjenesten. Ved begge forslag til løsninger var det enighet om at den (de) som ble tildelt ansvaret, skulle inngå i et demensnettverk med andre som arbeidet med demens i kommunen.

Foreliggende prosjekt vurderte eksisterende stillingsbeskrivelser for kreftsykepleier og koordinator i kommunene. Disse var generelle i formen med beskrivelser av ansvar på forskjellig nivå, og tok ikke hensyn til ordning med PAS.

I samarbeid mellom kreftsykepleiere, ledere og deltakere i prosjektet RingerInett ble funksjonen til intern spesialist med formalkompetanse utarbeidet. Det ble lagt til grunn at kreftsykepleier/demenssykepleier/annen intern spesialist skulle støtte PAS i ivaretagelsen av sin funksjon. For å opprettholde motivasjon til PAS, var det viktig at kreftsykepleier ikke utførte tjenester som PAS selv kunne gjennomføre. Videre var spesialsykepleiers rolle i forhold til instans som fatter vedtak om tjenester avgjørende. Funksjonen kunne være rådgivende, men ikke besluttende. Spesialsykepleiers funksjon skulle være:

- Ha ansvar for at hjelp er faglig forsvarlig og følger lovverk
- Kjenne tjenestekjeden
- Gi råd om vedtak om tjenester
- Avklare læringsbehov og undervise og veilede ansatte

Når pasienten ikke mottar andre helse- og omsorgstjenester

- Være PAS og utarbeide IP ved behov

Når pasienten mottar andre helse- og omsorgstjenester

- Veilede og støtte PAS
- Bidra til samarbeid med eksterne samarbeidspartnere
- Følge opp lidelsens utvikling

Sykehusets rolle som nettverkskoordinator for kreftsykepleiere og andre sykepleiere med interesse for kreftomsorg ble drøftet. Kursinvitasjon til et tilfeldig kontaktsykepleiernettverk skapte i blant urealistiske forventninger hos ansatte. Kommunene ønsket fagdager med opplæring og anledning til faglige drøftinger, men ønsket at sykehuset sendte kursinvitasjon til kommunene, som så kunne avgjøre hvem som skulle delta.

Eksterne spesialister

Prosjektet definerte eksterne spesialister som spesialister i andre virksomheter i eller utenfor kommunen. Samarbeid med dem kunne skje formelt eller uformelt.

Stokke kommune, Stokke kirkekontor og trygdekontoret hadde inngått formell avtale om samarbeid om hjelp til alvorlig syke og døende. De hadde opprettet en *rådgivningsgruppe* som bestod av kreftsykepleier, fysioterapeut, prest, lege, en saksbehandler fra sosialetaten og en fra trygdekontoret. Ordningen var et resultat fra Stokkeprosjektet (Strandquist 2005b). Kreftsykepleier i hjemmetjenesten var koordinator for alvorlig syke, og ledet rådgivningsgruppen. Alle (innbyggere, sykehus osv) kunne kontakte rådgivningsgruppen, men i praksis ble koordinator hovedsaklig kontaktet. Koordinator hadde nytte av å kunne kontakte medlemmene i rådgivningsgruppen. Gruppen skulle ellers inneha kompetanse og spre informasjon, og deres funksjon skulle evalueres.

Horten og Nøtterøy mente at de ikke hadde behov for rådgivningsgrupper. De ville heller kontakte eksterne spesialister ved behov. Det å ha kontaktpersoner ble ansett som vesentligst. Horten ville utvikle en telefonliste med kontaktpersoner vedrørende demens, psykiatri og rus. Det samme ble drøftet i de andre kommunene.

De siste årene hadde Sykehuset i Vestfold HF og andre sykehus prøvd ut ordninger med ambulante team innen flere diagnoseområder. Hensikten var gode og effektive sammenhengende tjenester mellom nivåene. For å lykkes er det avgjørende viktig å avklare hvordan personalet fra sykehusene skal samarbeide med PAS, interne ressurspersoner og interne spesialister i kommunene.

8.2 Individuell Plan (IP)

Noen pasienter med komplekse behov hadde ikke først og fremst behov for spesialkompetanse, men det var utfordrende å avklare hvordan ulike tjenesteytere og pårørende skulle kunne samarbeide og utfylle hverandre.

Prosjektleder underviste og veiledet om Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen (2001). Prosjektdeltakere med erfaring med bruk av IP ble valgt ut. De utviklet en enkel mal for IP, som ble utprøvd og evaluert gjennom et forsøk.

Formålet med IP er å sikre best mulig oversikt over tjenestemottakers (pasientens) behov og ønsker, og sikre at viktige opplysninger er tilgjengelige slik at de som yter tjenester skal

kunne hjelpe på best mulig måte. IP skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud. Både innhold og omfang av planen skal tilpasses den enkelte pasient. Pasienten bestemmer om IP kan utarbeides og hvem som skal ha kopi.

IP i hjemmetjenesten

Alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til IP. Det er nok med muntlig forespørsel fra pasienten. Man må ikke søke skriftlig om IP, selv om noen kommuner har innført søknadsskjema.

Hjemmetjenesten var lite kjent med IP som verktøy. Før prosjektstart hadde ingen i hjemmetjenesten i Stokke, Nøtterøy eller Horten tatt initiativ til utarbeidelse av IP for egne pasienter. Prosjektdeltakerne mente at pasienter som klarte å ha styringen selv ikke hadde behov for IP. Dersom pasienter mistet oversikten ville IP kunne bidra til opplevelse av sammenheng og trygghet i tilværelsen. IP ville sikre ivaretagelse av pasientens perspektiv og gi pasienten oversikt over hvordan tjenestene hang sammen.

IP gir ikke pasienten rett til flere tjenester, men bidrar til oversikt over eksisterende tilbud. Koordinators planarbeid kan føre til avklaring for pasienten om hva han/hun må gjøre med sine ønsker og behov.

Mal for IP

Mange instanser hadde utarbeidet egne maler for IP. Prosjektet vurderte maler fra Helse Sør RHF v/ SIV HF (palliasjonsenheten) og PIV HF (Linde), samt maler fra prosjektkommunene. Malene var ofte omfattende med rubrikker for områder som var urelevante for pasienter i hjemmetjenesten. Prosjektet valgte å utvikle en nøytral og enkel minstemal for IP, som var egnet for hjemmetjenesten.

PAS som koordinator for IP

Det oppnevnes en koordinator for hver IP. Hvem som helst kan i praksis oppnevnes, og noen lar pasienten fritt velge sin koordinator. Sosial- og helsedirektoratets veileder til forskriften (2005) anbefaler imidlertid at det oppnevnes en koordinator som kjenner sentrale tjenesteyteres funksjon og arbeidsmåte. Prosjektet valgte derfor utprøving med PAS som koordinator for IP.

Det deltok en PAS fra hver avdeling i Horten, to PAS fra Nøtterøy og tre PAS fra Stokke i forsøket. Hver PAS skulle utarbeide IP for en av sine pasienter. Undervisning og veiledning ble gitt i kommunevise oppstarts- og evalueringsmøter. Etter forsøket var det enighet om at den tjenesteyteren som hadde mest med pasienten å gjøre, altså PAS, var best egnet som koordinator for IP.

Tid til planarbeid og oppfølging av IP

Erfaringen var at arbeidet med IP tok ekstra tid i starten for å få tak i opplysninger om pasientens behov, ressurser, mål og tjenesteytere, samt bli kjent med bruk av IP. PAS gav informasjon og hentet opplysninger til IP samtidig med utførelse av det daglige arbeidet hos pasienten. Noen ganger var man der litt lenger enn ellers, men det ble brukt lite ekstra tid. Skriftlig utforming av IP tok tid i starten. Det var nødvendig å kunne konsentrere seg, arbeide i fred uten avbrytelser i skriveøkter på 15 – 30 minutter. Flere slike skriveøkter var nødvendig før forslag til IP var ferdig utarbeidet. Prosjektdeltakerne fulgte anbefalingene fra direktoratets veileder til forskriften (2005) om at mye kunne oppklares via telefon og e-post. For å lykkes med bruk av IP i hjemmetjenesten var det viktig å unngå unødvendige møter med samarbeidspartnere.

Oppfølging av IP ville innebære det samme som utøvelse av PAS-funksjonen. PAS ville ha behov for noe tilleggstid til planarbeidet og til revisjon av IP. Revisjonshyppighet ville avhenge av pasientens situasjon, med variasjon fra en måned til et år.

Pasienteksempler fra forsøk med IP

En pasient hadde kreft med spredning til skjelettet. Under utarbeidelse av IP fikk PAS til et møte mellom fysioterapeut og fastlege. Her ble det avklart hvordan pasienten kunne belaste bena under trening og behandling hos fysioterapeut.

PAS skulle utarbeide IP for en pasient som ansatte mente var deprimert. I planarbeidet kom det fram at pasienten var opptatt av at han hadde forskjellig lengde på bena, nedsatt syn og ønsket å komme seg ut i luften. PAS kontaktet lege i forhold til synet og besøkstjenesten for at pasienten kunne komme seg ut.

En pasient brukte benprotese etter amputasjon. Under planarbeidet viste det seg at et senter for ortopediteknikk hadde hatt en ny protese stående et halvt år. De hadde informert pasienten om protesen, men han var glemsk og husket ikke telefonsamtalen.

En annen pasient hadde moderat demens og bodde sammen med hørselsvekket kone. Det tok lang tid og flere møter for å forklare hva IP dreide seg om. Informasjonen måtte bestå av svært enkle ord og formuleringer. Etter flere møter begynte pasienten og konen å etterspørre IP. Videre tok det lang tid og flere møter å få fram hva som var pasientens status i dag og ønsker og mål for fremtiden. Arbeidet for å få det fram ble påbegynt, men ikke ferdigstilt i forsøksperioden.

Svak samtykkekompetanse hos pasienter

Flere pasienter som deltok i forsøket hadde redusert samtykkekompetanse, og behov for partsrepresentant. En pasient hadde nedsatt hukommelse. Han kunne svare for sine behov ved utarbeidelse av planen, men hadde glemt det i neste samtale. Dersom denne pasienten kunne gitt uttrykk for hvem som best kunne forklare hvordan han ville ha det, kunne denne blitt partsrepresentant for pasienten både i planarbeidet og ved oppfølging fra PAS.

Flere PAS som deltok i forsøket erfarte at når pasienten hadde vanskelig med å sette ord på sin situasjon, så hadde man en tilbøyelighet til å formulere pasientens behov slik sykepleier så dem. Det var enighet om nødvendigheten av å bruke tid for å få fram pasientens faktiske egne perspektiver. I mange tilfelle ville det være ansatte som måtte støtte pasienten til å definere status og egne mål.

Samarbeid med eksterne tjenesteytere

Deltakerne i forsøket mente at bruk av IP ville bidra til mer tyngde for pasientens sak når hjemmetjenesten skulle samarbeide med andre tjenesteytere. Flere av samarbeidspartnere PAS tok kontakt med i forsøket hadde imidlertid ikke hørt om IP. En av pasientene i forsøket tok med sin IP da han skulle til behandling i sykehus. Ingen på sykehuset ville se på planen. Det var generelt behov for mer oppmerksomhet og respekt fra helsepersonell for bruk av IP.

9.0 RESULTATER OG EFFEKTER AV PROSJEKTET

Hensikten med prosjektet var kvalitet for pasientene, motiverende arbeid og effektive tjenester gjennom riktig bruk av kompetanse. På kort sikt var målet å oppnå konkrete resultater i forhold til de fire utviklingsområdene (kapittel 5.0 – 8.0). Resultatene for hvert utviklingsområde presenteres nedenfor. Deretter gjøres det rede for langsiktige effekter for pasienter, ansatte og arbeidsgiver i kapittel 9.1.

Riktig grunnbemanning

Prosjektet tok utgangspunkt i pasientgrunnlaget i hver driftsenhet og skulle beregne hvor mange årsverk som krevdes av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Fordi det var en forutsetning at ansatte ikke skulle arbeide oftere enn hver tredje helg (hver fjerde helg på Nøtterøy), måtte årsverkene deles opp i deltidsstillinger for å få nok kompetente folk på jobb i helgene. Prosjektet skulle derfor også beregne hvor mange sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter som krevdes for å få nok kompetente turnusarbeidere.

Det ble satt opp en bemanningsplan med minstekrav til kompetanse og en med kompetanseslakk (kapittel 5.3). Kommunene gjennomførte noen endringer i prosjektperioden, og planla videre endringsarbeid. Tabellen viser oversikt over konkrete resultater ved prosjektets avslutning.

Tabell 17: Resultater om riktig grunnbemanning

Grad av utvikling	Stokke	Nøtterøy	Horten
Kartlagt tid og kompetansekrav til pasientarbeid og andre oppgaver	x	x	x
Utarbeidet kompetansebasert bemanningsplan	x	x	x
Tilstrekkelig årsverk for sykepleiere for minstekrav til kompetanse	x		x
Tilstrekkelig årsverk for helsefagarbeidere for minstekrav til kompetanse			
Tilstrekkelig turnusarbeidere for minstekrav til kompetanse			
Utarbeidet kompetansebasert turnusplan	(x)		x
Iverksatt kompetansebasert turnusplan			x

Stokke hadde behov for å øke med 0,3 årsverk for sykepleiere og 9,5 årsverk for helsefagarbeidere for å oppnå minstekravet til kompetanse. For å oppnå kompetanseslakk var behovet henholdsvis 3,2 og 6,5 årsverk (kapittel 5.5). Tilstrekkelig kompetanse i årsverk kunne realiseres ved omgjøring av 2,8 årsverk for assistenter til helsefagutdannede, samt benytte 3 nye stillinger *Stokke* fikk tilført i 2007 for å høyne kompetansen. Etter dette ville *Stokke* mangle 4 årsverk for å kunne utføre alle registrerte oppgaver. De hadde imidlertid registrert tid til pasientarbeid for pasienter som var innlagt i sykehus og sykehjem. Dermed kunne det konkluderes at *Stokke* nesten hadde de årsverkene de hadde behov for. På grunn av usikkerheten ved dette er det avmerket (x) i tabell 17 om utarbeidet kompetansebasert turnusplan.

Stokke manglet 12 turnusarbeidere (kapittel 5.6). Det var nok antall sykepleiere for å dekke minstekravet til kompetanse i turnus, men avdelingen manglet mange helsefagarbeidere. Assistentene var det verken behov for i årsverk eller turnus. De nye stillingene ble brukt til å sikre kompetanseslakk for sykepleiere og øke antall helsefagarbeidere i turnus.

Nøtterøy hadde lite samsvar mellom pasientgrunnlaget og kompetansen til ansatte. Det var behov for å omgjøre 12,3 årsverk for assistenter til 8,2 årsverk for sykepleiere og 4,1 årsverk for helsefagarbeidere for å dekke minstekravet til kompetanse (kapittel 5.5). I prosjektperioden reduserte *Nøtterøy* antall arbeidslag fra fire til tre for å kunne benytte ansattes kompetanse mer effektivt (kapittel 5.4).

Kompetansekravet på *Nøtterøy* kunne i realiteten være enda høyere enn dette. Lederne mente kartleggerne hadde registrert for lavt kompetansebehov for pasienter i avklart ustabile situasjoner. Kartleggerne vurderte at assistenter kunne utføre personlig hjelp til disse pasientene, men lederne mente kompetansen til helsefagarbeider var nødvendig (kapittel 5.7).

Mangel på kompetanse i årsverkene gjenspeilte seg i mangel på kompetente turnusarbeidere. Fordi ansatte skulle arbeide hver fjerde helg var det behov for 100 turnusarbeidere. Det manglet 30 sykepleiere og 20 helsefagarbeidere til turnusarbeid for å oppnå minstekravet til kompetanse. Dersom ansatte gikk over til å arbeide hver tredje helg ville det vært behov for 75 turnusarbeidere. Det ville da manglet 18 sykepleiere og 10 helsefagarbeidere for å oppnå minstekravet til kompetanse (kapittel 5.6). Prosjektleder anbefalte at ansatte etter hvert gikk over til å arbeide hver tredje helg for å få større kontinuitet i hjelpen til pasientene og redusere

vikarbehov og antall deltidstillinger. For å beholde ansattes arbeidsmotivasjon ble det anbefalt å vente med dette tiltaket til grunnbemanningen samsvarte bedre med behovet. Det er mulig at ansattes motivasjon for mer helgearbeid kunne økes gjennom mulighet for å velge når man skal arbeide helg. Flere modeller finnes for fleksibel arbeidstidsordning og ønsketurnus.

Det var behov for mange vikarer for å få nok personer på vakt hver kveld og helg. Arbeidslagene brukte til sammen 40 timer per uke til å ringe etter vikarer (kapittel 5.2).

Lederne ville lage en plan for å redusere antall assistenter. De ville omgjøre stillinger ved ledighet og stimulere til formell fagutdanning. Først ville de sørge for nok sykepleiere i minst 75 % stilling for å kunne starte ordning med PAS. Når hver PAS maksimalt kunne ha ansvar for 20 pasienter, var det behov for minst 15 sykepleiere i høy stillingsprosent. En ny sykepleier ble ansatt i prosjektperioden for å oppnå dette. Videre ble helsefagarbeidere fordelt bedre mellom arbeidslagene, slik at alle fikk bedre mulighet for god ordning med primærkontakter.

Spørsmålet om arbeidslagene hadde tilstrekkelig antall årsverk for å kunne utføre alle oppdragene ble imidlertid reist. Beregningene tok utgangspunkt i pasientene som fikk hjelp i kartleggingsuken i mars. Antall pasienter med hjemmesykepleie var relativt stabilt etter dette, men mange nye pasienter fikk vedtak om praktisk bistand i prosjektperioden. For å kunne utføre de nye oppdragene var det enten behov for flere ansatte, eller å redusere hjelpen til opprinnelige pasienter. Andre forhold tydet også på økt bemanningsbehov. Faktisk brukt tid til andre oppgaver, i stedet for nødvendig behov for tid, ble lagt til grunn for beregningene på Nøtterøy (kapittel 5.2). Dermed ble det registrert mindre tid til rapport, dokumentasjon og oppfølgingstid for PAS i forhold til i Stokke og Horten. Det var behov for å avklare om hjelpen til opprinnelige pasienter skulle reduseres, eller om hjemmetjenesten skulle tilføres flere årsverk.

Horten måtte øke med til sammen 1,9 årsverk dersom ansatte skulle unngå å arbeide korte vakter. Med noe bruk av kortvakter hadde Horten mer enn minstekravet av årsverk for sykepleiere, men det var behov for omgjøring av årsverk for assistenter til helsefagarbeidere (kapittel 5.5).

Mange ansatte hadde hele stillinger, og det var lite deltidsarbeid. Det førte til at avdelingene til sammen manglet 32 turnusarbeidere. Minstekravet til kompetanse krevde økning med 3 sykepleiere og 58 helsefagarbeidere for turnusarbeid. Det var behov for nye ansettelse og omgjøring av assistentstillinger (kapittel 5.6). Når ansatte skulle arbeide hver tredje helg måtte årsverk deles opp i mindre stillingsbrøker for å få nok kompetente personer på vakt.

System for kontinuerlig registrering av kompetansebehov skulle anbefales i prosjektet.

Prosjektplanen for videre utvikling av det kompetansebaserte styringssystemet (kapittel 10.0) viser nødvendig utvikling for å ta i bruk kommunenes fagprogrammer for elektronisk beregning av bemanningsbehov. I dette arbeidet må det klargjøres hvordan kommunene skal registrere tildelt tid per pasient, samt tid til andre oppgaver og tilleggstid til PAS. Antall pasientsituasjoner kan reduseres ved at avklart utstyrskrevede situasjon inngår som del av avklart ustabile situasjoner. Det må imidlertid lages egen rubrikk for registrering av pasient med tjenestepause.

Prosjektresultatet viste samstemt oppfatning om kompetansekravet i de fleste typene pasientsituasjoner. Noen pasienter i avklart ustabile situasjoner hadde imidlertid alltid behov for sykepleierkompetanse, mens andre kunne få noe hjelp fra helsefagarbeider. Det gjaldt særlig pasienter som fikk flere besøk i døgnet (kapittel 5.1). Elektronisk registrering av kompetansebehov må ta hensyn til dette. Videre er det ikke hensiktsmessig å åpne for at assistenter kan utføre hjemmesykepleie, fordi det aldri var behov for assistent ved kompetanseslakk.

Funksjonsfordeling gjennom ordning med PAS og primærkontakt

Stokke og Horten hadde delvis begynt med ordningen før prosjektstart. Nøtterøy deltok i forsøkene med PAS og primærkontakter, besluttet ved prosjektavslutning at de ville innføre ordningen, og ansatte en sykepleier som starten på det. På grunn av den store mangelen på sykepleierkompetanse, ville ordningen imidlertid ikke kunne fungere etter intensjonen. Sykepleiere ville måtte prioritere akutte hendelser og direkte pasientarbeid til pasienter i uavklarte, utstyrskrevede og ustabile situasjoner.

Tabell 18: Resultater om ordning med PAS og primærkontakter

Grad av utvikling	Stokke	Nøtterøy	Horten
Besluttet kriterier for tildeling av PAS og primærkontakt til pasienter	x	x	x
Besluttet kriterier for oppnevning av ansatte til PAS og primærkontakt	x	x	x
Besluttet kriterier for ansvarsmengde for PAS og primærkontakt	x	x	x
Godkjente funksjonsbeskrivelser	x	x	x
Funksjonsbeskrivelser inn i system for internkontroll			x
Fordelt ansvar for pasientene på PAS	x	(x)*	x
System for oppfølging inn i system for internkontroll			

* Innført i Bredablikk arbeidslag og delvis i øvrige arbeidslag

Pasientens kontaktperson og talsmann

Selv om Stokke og Horten hadde begynt å innføre ordningen tidligere, var ikke pasienter og pårørende godt nok informert om det styrkede samarbeidet med PAS og primærkontakt. De hadde behov for både skriftlig og muntlig informasjon. Mange pasienter hadde imidlertid svekket samtykkekompetanse. Alle kommuner hadde behov for økt bevissthet om hvilke pårørende man skulle samarbeide med om pasienten. Hjemmetjenesten måtte utvikle rutiner for oppnevning av partsrepresentanter som best kunne tale pasientens sak, og som PAS kunne inkludere i samarbeidet med pasienten (kapittel 6.1).

Kontinuitet og faglig forsvarlighet

Alle kommunene hadde tilstrekkelig antall sykepleiere i minst 75 % stilling (Nøtterøy etter ansettelse av en ny sykepleier) til å være PAS, når hver kunne ha ansvar for inntil 20 pasienter. Nøtterøy manglet imidlertid 8,2 årsverk for sykepleiere for at ordningen skulle kunne fungere etter intensjonen. Noen driftsenheter hadde for få primærkontakter i forhold til pasientbehovet.

Både PAS og primærkontakter utviklet egen rolle (kapittel 6.1 og 6.2). Ved prosjektstart manglet mange pasienter pleieplaner. I Stokke hadde 16 % av pasientene med hjemmesykepleie pleieplan, mens på Nøtterøy og i Horten var antallet henholdsvis 22 % og 65 % (kapittel 6.1). PAS brukte mye tid i prosjektperioden på å utvikle skriftlige pleieplaner og oppdatere IPLOS for egne pasienter. På Nøtterøy deltok noen i opplæring i bruk av fagprogrammet Gericca for skriving av pleieplan. Primærkontakter fikk tildelt særskilt faglig ansvar når deres pasienter hadde behov for det. Ansvaret omfattet for eksempel oppfølging av

ernæring, teknisk utstyr og inkontinensutstyr. Det var behov for økt bevissthet om tildeling av denne typen faglig ansvar.

Delegering av sykepleieroppgaver til primærkontakt burde kvalitetssikres. Delegering foregikk ofte til grupper av ansatte, eller delegering av oppgave hos en pasient ble oppfattet som generell delegering. Ifølge Helsepersonelloven (1999) kan bestemte pasientoppgaver delegeres til konkrete ansatte, men ansvar kan ikke delegeres.

Koordinerte tjenester

Pasienten fikk ofte hjelp fra flere andre viktige tjenesteytere, som fastlege, sykehjem, sykehus, fysiotjeneste, ergotjeneste, psykiatritjeneste, apotek, optiker, tannlege, støttekontakt og besøksvenn. Bedre rutiner for hvordan PAS skulle kunne samarbeide reelt med dem og koordinere tjenestene var nødvendig.

Det var behov for utvikling slik at pleieplanen kunne brukes som tverretattlig verktøy ved oppfølging av pasienten innen kommunen. Hvis pasienten for eksempel både fikk hjemmesykepleie og hadde plass i dagsenter, hadde begge behov for tilgang på planen.

Tid til å ivareta PAS - funksjonen

For å ivareta sin funksjon måtte PAS utføre andel av det direkte pasientarbeidet, ha tilleggstid til oppfølging og kunne bruke tid på oppfølging av pasienter med tjenestepause (opphold i sykehus eller sykehjem). Prosjekterfaringene tilsa at når pasienter fikk daglig hjelp, så burde PAS utføre hjelpen omtrent en gang per uke. Når pasienter fikk sjeldnere hjelp var behovet også at PAS utførte omtrent 1/7 av pasientarbeidet.

Resultatet viste samstemt oppfatning om behov for tilleggstid til PAS fra alle som hadde forsøkt ordningen (kapittel 6.3). Med ansvar for 20 pasienter var det behov for omtrent 3 timer og 45 minutter per uke. Det beste var å fordele tiden på flere hverdager etter lunsj, fordi det da var lettest å få kontakt med pasientenes fastleger og andre eksterne tjenesteytere.

Ved tjenestepause måtte PAS også kunne følge opp pasientene. Stokkes ledere mente at sykepleiere som var PAS til sammen gjennomsnittlig ville måtte bruke 8 timer og 20 minutter per uke til dette. Horten mente behovet var 2,5 timer per avdeling per uke, mens Nøtterøy

avsatte 25 minutter per arbeidslag per uke (kapittel 5.2). Det var behov for nærmere vurdering av nødvendig bruk av tid til dette.

Organisering av ordningen

Det var hensiktsmessig at en sykepleier og helsefagarbeider med ansvar for mange av de samme pasientene hadde ansvar for samme arbeidsliste. Mye samarbeid kunne skje via pasientenes pleieplaner og skriftlige beskjeder til hverandre. Ved større endringer ble avtalte drøftingsmøter anbefalt. Noen driftsenheter hadde egen arbeidsliste for sykepleier med pasienter i ustabile situasjoner. Prosjektet anbefalte at forskjellige PAS kunne ha ansvar for pasientene på listen. Kriteriet for ansvarsmengde for PAS var at en sykepleier kan ha ansvar for inntil 20 pasienter når de fleste er i avklart stabile situasjoner (kapittel 6.0).

Ledere måtte ha ansvar for overføring av PAS – ansvar til andre sykepleiere ved lengre fravær. De måtte også utvikle systemer og kultur for at PAS og primærkontakt skulle kunne ivareta ansvar for sine pasienter. Faglige diskusjoner måtte taes i personalgruppen, og så avgjøres av den ansvarlige PAS. Samtidig måtte hastesaker kunne avgjøres uten PAS til stede.

Kompetanseutvikling

Hjemmetjenesten måtte ha system for kontinuerlig kompetanseutvikling. Prosjektet fant at kjernebehovet for utvikling var tydeliggjøring av ansattes rolle overfor pasienten, pårørende, medarbeidere, ledelsen og seg selv. Større bevissthet om vedtak, pleieplan, IPLOS-registrering, dokumentasjon og sentralt innhold i lovverket var viktig, samt å få klare mål for pasienten og arbeidsdagen. Ut fra læringsteori er refleksjon og diskusjon om reelle case fra egen praksis beste kilde til slik læring, og det ble anbefalt regelmessig refleksjon i faste møter.

Ved innføring og videreutvikling av ordning med PAS og primærkontakter var det behov for arena for drøfting av rolleutfordringer.

Spesialkompetanse og sammenheng

PAS skulle være en generalist og innhente spesialkompetanse og koordinere tjenestetilbudet etter behov for sine pasienter. Prosjektet fant imidlertid at pasientgruppene alvorlig syke og døende, personer med demens og personer med rusavhengighet og/eller psykisk sykdom krevde ytterligere hjelp.

Spesialkompetanse

PAS hadde behov for tilgang på spesialkompetanse om pasientgruppene, og mer avgrenset spesialkompetanse om for eksempel hygiene, sårbehandling, diabetes, ALS, tuberkulose og bruk av avansert medisinsk - teknisk utstyr. Prosjektet fant at spesialkompetansen kunne hentes fra driftenhetens interne ressurspersoner med realkompetanse, fra interne spesialister med formalkompetanse eller fra eksterne spesialister (kapittel 8.1).

Det var behov for økt bevissthet og formalisering av hvordan PAS skulle innhente kompetanse fra ressurspersoner og interne og eksterne spesialister. Alle deltakerkommunene hadde intern spesialist (kreftsykepleier) for alvorlig syke og døende, og Nøtterøy opprettet stilling for demenssykepleier. Funksjonsbeskrivelse for interne spesialister ble utarbeidet. Den vektla at spesialisten skulle støtte PAS i ivaretagelse av sine funksjoner og ha en rådgivende rolle i forhold til de som fattet vedtak om tjenester. Det kom fram et tilsvarende behov for avklaring av eksterne spesialisters samarbeidsmåte med hjemmetjenesten, for eksempel samarbeid med ambulante team fra sykehuset.

Tabell 19: Resultater om spesialkompetanse og sammenhengende tjenester

Grad av utvikling	Stokke	Nøtterøy	Horten
Definert behov for spesialkompetanse	x	x	x
Definert måter å hente spesialkompetanse	x	x	x
Formalisert ordning med ressurspersoner			
Iverksatt prosjektets funksjonsbeskrivelse for intern spesialist			
Formalisert ordning med interne spesialister			
Formalisert samarbeid med eksterne spesialister			
Utarbeidet enkel mal for IP	x	x	x
Utprøvd IP i hjemmetjenesten	x	x	x
Brukt IP som verktøy etter utprøvingen			

Individuell plan (IP)

For å hjelpe noen av pasientene med komplekse behov, var det først og fremst behov for bedre samarbeid mellom viktige tjenesteytere. Prosjektet prøvde ut IP som verktøy for dem (kapittel 8.2). Prosjektet fant at IP var særlig egnet for pasienter med svekket evne til å formidle egne behov og redusert oversikt over egne tjenestetilbud. Partsrepresentant for pasient med svekket samtykkekompetanse kunne med fordel delta i IP-arbeidet.

Hjemmetjenesten i de tre kommunene hadde ikke tatt i bruk IP som verktøy, men hadde noen pasienter med IP utarbeidet av andre instanser. Det eksisterte mange komplekse og spesialiserte maler for IP. Prosjektet utviklet derfor en nøytral og enkel mal, som egnet seg i hjemmetjenesten. Ansatte deltok i utprøving av denne. Resultatet viste at det var hensiktsmessig at PAS var koordinator for IP. Informasjon kunne gis og pasientopplysninger hentes gjennom daglig pasientarbeid. Det krevde noe tid å utarbeide og revidere IP, men oppfølging skjedde gjennom arbeidet som PAS.

9.1 Effekter av prosjektet

Resultatet viste behov for mange forbedringer. Prosjektet undersøkte ikke hvordan tilbudet til pasientene var før prosjektstart, eller om tjenestene var effektive. De tre kommunene som ble forespurt om å delta i prosjektet så imidlertid behovet for, og ønsket å prøve det kompetansebaserte styringssystemet (kapittel 2.1). For å måle om prosjektet hadde langsiktige effekter for pasienter, ansatte og arbeidsgiver ble det utviklet spørreskjema til ansatte og ledere (kapittel 4.0). Det var ønskelig å gjennomføre den samme spørreundersøkelsen med noen måneders mellomrom, og ha mulighet for gjentagne målinger. Tidsserieanalyse av langsiktige effekter ville dermed bli mulig. Spørreundersøkelsen ble gjennomført ved prosjektarbeidets start og avslutning, med seks måneders mellomrom. Nøtterøy deltok ikke i ettermåling fordi det ble gjennomført få endringer i prosjektperioden.

Alle ledere på forskjellig nivå i hjemmetjenesten besvarte lederskjemaet med spørsmål om tilbud til pasientene, ansattes arbeidssituasjon og ledelse. I Stokke var det 4 ledere, på Nøtterøy 6, og i Horten henholdsvis 6 ledere før og 5 etter prosjektgjennomføring (en avdeling utgikk av prosjektet). Alle ledere deltok i spørreundersøkelsen.

Skjemaet for ansatte ble sendt 45 fast ansatte i Stokke, 80 på Nøtterøy og 97 i Horten. Det var spørsmål om brukermedvirkning, grunnlagsinformasjon om pasientene, kontinuitet, faglig forsvarlighet, eksternt samarbeid, kompetanse, arbeidsmiljø og arbeidstid. I tillegg var det spørsmål til PAS og primærkontakter om hvordan de fikk ivaretatt sitt ansvar. Svarprosenten før og etter prosjektgjennomføring i Stokke var henholdsvis 96 % og 82 %. På Nøtterøy besvarte 69 % av ansatte spørreskjemaet før prosjektstart. I Horten var svarprosenten før start 83 % og etter gjennomføring 69 %. Tabell 20 viser andel svargivere fra hver yrkesgruppe.

Tabell 20: Ansatte som deltok i spørreundersøkelsen

Kommune	Tid	Sykepleiere	Helsefagarb.	Assistenten	Ukjent	Sum
Stokke	Før N=43	44 %	33 %	23 %		100 %
	Etter N=37	54 %	35 %	11 %		100 %
Nøtterøy	Før N=55	29 %	27 %	42 %		98 %
Horten	Før N=80	34 %	51 %	12 %	1 %	98 %
	Etter N=67	34 %	43 %	23 %		100 %

For hvert spørsmål ble det krysset av på en skala fra 1 til 4 hvor 1 var uenig og 4 enig. Gjennomsnittsverdi for hvert spørsmål ble beregnet ved at svaralternativ 1 (uenig) fikk 1 poeng, alternativ 2 (litt uenig) fikk 2 poeng, osv. Poengsummene for hvert svaralternativ ble multiplisert med antall svargivere, svarene summert og dividert på det totale antall svargivere. Tabellene nedenfor viser gjennomsnittsverdi for utvalgte spørsmål. Verdiene varierer fra 1 til 4, hvor 1 er uenig og 4 er enig.

Effekter ble også registrert gjennom sykepleieres og helsefagarbeideres evaluering av forsøk med PAS og primærkontakter, samt forsøk med IP. I tillegg reflekterte lederne over hva de hadde oppnådd på et interkommunalt møte ved avslutningen av prosjektet. Det skjedde ved IGP-refleksjon om hva de hadde gjort og lært i prosjektet, og hva som var lurt (G-L-L-metoden) (kapittel 4.0).



Bilde 7: Deltakere fra Stokke og rådgiver NSF Vestfold (til høyre) på interkommunalt møte ved prosjektavslutning

Spørreskjemaene for effektmåling ble utviklet og utprøvd i prosjektet. Det er behov for evaluering av skjemaene for å se om de gir svar på ønskede spørsmål. Dette arbeidet er påbegynt gjennom masteroppgave i forebyggende og helsefremmende arbeid ved HVE 2007. Spørreundersøkelsen ble gjennomført ved prosjektarbeidets start og avslutning. Dette var et relativt kort intervall, og Stokke og Horten kommuner hadde ikke gjennomført alle prosjektets anbefalte endringer enda. Nøtterøy deltok ikke i ettermåling fordi de foreløpig hadde gjort få endringer etter anbefalingene. Forventningen var at kommunene ville oppnå effekter av prosjektet i lengre tid etter gjennomførte endringer. Oppfatninger om tjenesten kan i tillegg være forskjellig hos sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Dette ble det ikke tatt hensyn til ved vurdering av resultatene fra spørreundersøkelsen. Ansattes samlede svar er vurdert og presenteres nedenfor. Foreløpige effekter av prosjektet må derfor tolkes med forsiktighet.

Først gjøres det rede for om prosjektet har bidratt til kvalitet for pasienten. Deretter legges det fram effekter om motiverende arbeid for ansatte og effektive tjenester.

Kvalitet for pasienten

Ledere og ansatte ble spurt om de mente ansatte var godt kjent med pasienttilbudet og om kvalitet på utførte tjenester. Svar på noen av spørsmålene vises i tabell 21 og 22.

Tabell 21: Lederes svar om tilbud til pasientene

Tilbud til pasientene	Stokke			Horten			Nøtterøy	
	Før N=4	Etter N=4	% endring	Før N=6	Etter N=5	% endring	Før N=6	Etter
Kjenner vedtak	2,5	3,0	20 %	2,8	3,4	20 %	3,8	
Kjenner IPLOS	3,0	3,0	0 %	3,0	3,6	20 %	2,5	
Kjenner pleieplan	3,5	3,0	- 14 %	3,0	3,6	20 %	2,8	
Alle følger pleieplan	2,3	2,5	7,1 %	2,7	3,2	20 %	3,0	
Dokumentasjon ved behov	3,0	3,3	8,3 %	3,2	3,4	7,4 %	2,8	
Samarbeid med fastlege	2,8	2,7	- 3 %	2,4	2,8	17 %	1,7	
Samarbeid med andre tjenesteytere	2,5	2,7	6,7 %	2,2	2,6	18 %	2,5	
Ansatte på vakt har nødvendig kompetanse	3,5	3,0	- 14 %	2,3	2,6	11 %	3,2	
Gj.snitt tilbud til pasientene	3,0	2,9	- 3 %	2,7	3,1	13,3 %	2,8	

Tabell 21 viser at ledere både i Stokke og Horten mente at prosjektet bidro til bedre kjennskap til pasientenes vedtak om tjenester, oppfølging av pleieplan, dokumentasjon og samarbeid med andre tjenesteytere.

Tabellen viser videre at ledere i Stokke før prosjektstart gjennomsnittlig var litt enig (3,0) i at tilbudet til pasientene var godt. Ved prosjektavslutning var de 3 % mindre enig i dette. De mente at den negative effekten av prosjektet skyldtes at prosjektet hadde bidratt til økt bevissthet om krav til tjenesten.

Ledere på Nøtterøy og i Horten oppfattet i utgangspunktet sitt pasienttilbud som noe dårligere (2,7 og 2,8) enn i Stokke. Horten mente imidlertid at prosjektet førte til 13,3 % forbedring av pasienttilbudet. Resultatet kan imidlertid være påvirket av antall respondenter, som var 6 før prosjektstart, og en mindre ved ettermålingen.

Tabell 22: Ansattes oppfatning om tilbud til pasientene

Tilbud til pasientene	Stokke			Horten			Nøtterøy	
	Før N=43	Etter N=37	% endring	Før N=80	Etter N=67	% endring	Før N=55	Etter
Jeg kjenner vedtak	3,3	3,6	6,7 %	3,5	3,3	- 6,1 %	3,4	
Jeg kjenner IPLOS	2,8	3,6	22,5 %	3,2	3,1	- 2,0 %	2,6	
Pleieplan er tilgjengelig for meg	3,4	3,6	7,2 %	3,8	3,7	- 1,0 %	2,8	
Pasienters samtykkekompetanse og behov for partsrepr. vurderes	2,9	3,1	7,5 %	3,1	3,0	- 4,0 %	2,7	
Pleieplan utformes i samarbeid med pasienten	3,0	3,3	9,7 %	2,8	2,7	- 1,0 %	2,8	
Alle ansatte følger pleieplanen	2,5	2,7	4,9 %	2,7	2,7	0 %	2,8	
Jeg følger pleieplanen	3,5	3,6	1,9 %	3,6	3,7	1,1 %	3,5	
Jeg dokumenterer ved behov	3,9	3,9	0 %	3,9	3,9	0 %	3,2	
Samarbeid med fastlege er godt	2,8	3,1	8,7 %	2,6	2,8	9,0 %	2,6	
Samarbeid med andre tjenesteytere er godt	2,6	3,1	15,7 %	2,7	2,8	1,0 %	2,6	
Ansatte har generelt nødvendig kompetanse	2,6	3,2	18,6 %	2,4	2,5	3,9 %	2,9	
Jeg har nødvendig kompetanse for mine oppgaver	3,7	3,9	6,9 %	3,6	3,6	0 %	3,5	
Gj.snitt tilbud til pasientene	3,0	3,3	9,0 %	3,1	3,1	0 %	3,0	

Tabell 22 viser at ansatte både i Stokke og Horten mente at prosjektet bidro til bedre oppfølging av pleieplaner og samarbeid med fastleger og andre tjenesteytere. Det var også blitt en mer positiv oppfatning om at ansatte generelt hadde nødvendig kompetanse.

Ansatte i alle kommunene var gjennomsnittlig litt enige (3,0 og 3,1) i at pasienttilbudet som helhet var godt ved prosjektstart. Ansatte i Stokke oppfattet at prosjektet førte til 9 % bedring av pasienttilbudet, mens ansatte i Horten mente tilbudet forble som før. Det kan ha påvirket resultatene at svarprosenten var lavere i begge kommuner ved ettermålingen.

Nedenfor belyses effektene nærmere. Først gjøres det rede for grunnlagsinformasjon om pasientene, og deretter kontinuitet, faglig forsvarlighet og koordinering av tjenesten. Til slutt fremlegges effekter om kompetanse hos ansatte.

Grunnlagsinformasjon om pasientene

Stokkes ledere var ved prosjektstart nøytrale (2,5) til om ansatte kjente pasientenes vedtak om tjenester, litt enige (3,0) i forhold til IPLOS-registrering, og mer enig (3,5) i kjennskap til pleieplaner. Ansattes oppfatning samsvarte godt med dette, men de mente selv at de hadde ganske god (3,3) kjennskap til pasientenes vedtak. Ved prosjektavslutning mente ledere at ansatte var blitt bedre informert om pasientenes vedtak om tjenester, men at kjennskap til pleieplaner var forverret. Ansattes oppfatning var at de var blitt mer kjent med både vedtak, IPLOS-registreringer og pleieplaner.

Hortens ledere var ved prosjektstart hovedsakelig litt enig (3,0) i at ansatte hadde grunnlagsinformasjon, mens ansatte var mer enige (3,2 – 3,8) i dette.

Nøtterøys ledere og ansatte gav samstemte svar. De var ganske enig (3,8 og 3,4) i at ansatte kjente pasientenes vedtak om tjenester, nøytrale til om de kjente IPLOS-registrering, og mindre enn litt enig (2,8 og 2,7) i at de kjente pasientenes pleieplaner.

For at pasientene skal få gode tjenester er kjennskap til pleieplanen særlig viktig. I Stokke hadde 16 % av pasientene, på Nøtterøy 22 % og i Horten 65 % pleieplan da prosjektet startet (kapittel 9.0). Effektmålingene kan tyde på at ledere i Stokke fikk en mer realistisk oppfatning om ansattes kjennskap til pleieplaner gjennom prosjektet. Nøtterøys ledere og ansatte var

enige i at pleieplaner var lite kjent. Flere sykepleiere på Nøtterøy brukte tiden i forsøkene med PAS til å lære seg å lage pleieplaner i det elektroniske fagprogrammet.

Kontinuitet, faglig forsvarlighet og koordinerte tjenester

Stokkes ledere og ansatte var mindre enn litt enige (2,3 – 3,0) i at alle ansatte fulgte opp pasientene på en god måte ved prosjektstart. På spørsmål til ansatte om de selv fulgte pleieplan og dokumenterte ved behov, var svarene mer positive (3,5 – 3,9). Det var enighet om at prosjektet hadde hatt positive effekter. Ansatte var blitt flinkere til å følge pleieplanene (4,9 - 7,1 % forbedring) og samarbeid med andre tjenesteytere var blitt bedre (6,7 – 15,7 %). Ved prosjektavslutning var lederne mindre enn litt enig (2,7) og ansatte litt enig (3,0) i at samarbeidet med fastlegene var bra. Ansatte mente ellers at pasientene deltok mer i planarbeidet.

Hortens ledere og ansatte var også mindre enn litt enige (2,2 – 3,2) i at alle ansatte fulgte opp pasientene på en god måte ved prosjektstart. Også her mente ansatte at de selv fulgte pleieplan og dokumenterte på en bra måte (3,6 – 3,9). Lederne mente prosjektet hadde hatt gjennomgående positive effekter (7,4 – 20 % forbedring). Ansatte var stort sett enige. Til tross for forbedringene var ledere og ansatte ved prosjektavslutning mindre enn litt enig (2,8) i at samarbeidet med fastlegene var bra. Ansatte mente at pasientene deltok mer i planarbeidet.

Nøtterøys ledere og ansatte var litt enige (2,8 – 3,0) i at pleieplaner og dokumentasjon ble fulgt opp. Lederne var imidlertid litt uenige (1,7) i at samarbeidet med fastleger var bra, og ansatte gav heller ikke samarbeidet høy score (2,6). Begge parter var mindre enn litt enige (2,5 - 2,6) i at samarbeidet med andre tjenesteytere var godt. Også her mente ansatte at de selv fulgte pleieplan og dokumenterte på en bra måte (3,2 – 3,5).

Ansatte som evaluerte ordning med PAS og primærkontakter, mente ordningen førte til mer kontinuitet og bedre tjenester for pasientene. Primærkontakter sa mer fra enn før om problemstillinger, grep tak i dem og sikret daglig oppfølging. Det gikk kortere tid enn før fra problemstilling til problemløsning og videre til praktisk handling.

Lederne mente ved prosjektavslutning at det var viktig og riktig at ansatte skulle vite mye om noen pasienter og litt om alle. Ordning med PAS og primærkontakter sikret helhet og sammenheng for den enkelte pasient.

Kompetanse hos ansatte

Stokkes ledere og ansatte hadde ved prosjektstart forskjellig oppfatning (3,5 - 2,6) om ansatte hadde nødvendig kompetanse, men ved prosjektavslutning var de samstemte om at de var litt enige (3,0 – 3,2) i dette.

Hortens ledere og ansatte var mindre enn litt enig (2,3 – 2,4) i påstanden ved prosjektstart, og hadde omtrent samme oppfatning (2,6 – 2,5) etter prosjektgjennomføring.

På Nøtterøy var ledere og ansatte før prosjektstart litt enige (3,2 – 2,9) i at ansatte hadde nødvendig kompetanse.

I alle kommuner var imidlertid ansatte mer enn litt enige (3,5 – 3,9) i at de selv hadde nødvendig kompetanse for sine oppgaver.

Effektmålingene kan tyde på at prosjektet har bevisstgjort deltakerne i forhold til å vurdere kompetansebehov. Stokke og Horten kan synes å ha en realistisk oppfatning om behovet. Horten hadde god kompetanse i årsverk, men manglet mange kompetente turnusarbeidere. Nøtterøys oppfatninger om kompetansebehov før prosjektstart samsvarer imidlertid ikke med resultatene fra bemanningsberegningene. Lav svarprosent på spørreundersøkelsen kan ha påvirket resultatet. Prosjektet viste at de manglet et betydelig antall årsverk for sykepleiere og helsefagarbeidere i forhold til pasientgrunnet.

Konsekvensen av for lav kompetanse hos ansatte på vakt kan skape utrygghet og føre til for dårlige observasjoner av risikofaktorer hos pasienten. Kontinuitet kan svekkes ved for dårlig dokumentasjon, og uforutsette situasjoner kan bli overført til neste vakt, og dermed innebære en risiko for forverring eller skade.

Motiverende arbeid for ansatte

For å bidra til en positiv motivasjon og kulturutvikling ble styringssystemet innført gjennom bruk av lokal kompetanse og selvbestemmelse ved lokale tilpasninger. Det var rom for både individuell grubling og utprøving, interaktive læringsprosesser mellom ansatte i samme enhet (for eksempel mellom sykepleiere og helsefagarbeidere under beregning av kompetanse til hver enkelt pasient) og mellom kommunene på de interkommunale samlingene (kapittel 3.0 og 4.0).

Styringssystemet i seg selv var også utviklet for at alle ansatte skulle få brukt sin kompetanse og at tjenesten kunne opprettholde lærende prosesser. Tabell 23 viser ledernes svar på noen av spørsmålene om motiverende arbeidsplasser.

Tabell 23: Lederes svar om motiverende arbeid for ansatte

Motiverende arbeid for ansatte	Stokke			Horten			Nøtterøy	
	Før N=4	Etter N=4	% endring	Før N=6	Etter N=5	% endring	Før N=6	Etter
Ansatte er faglig trygge	3,5	3,3	- 7 %	3,0	3,2	7 %	3,3	
Ansatte har arbeids glede og motivasjon	3,5	3,5	0 %	3,0	3,6	20 %	3,3	
Alle ansatte får brukt sin kompetanse	3,8	3,3	- 13 %	3,3	3,2	- 4 %	3,5	
Ansatte er stolte av å arbeide i tjenesten	3,5	3,5	0 %	3,3	3,2	- 4 %	3,8	
Arbeidstid er forutsigbar	3,5	3,3	- 7 %	3,3	3,6	8 %	3,5	
Ansatte rekker oppgavene i arbeidstiden	3,3	3,3	0 %	2,8	2,8	0 %	2,7	
Gj.snitt motiverende arbeid for ansatte	3,5	3,3	- 5 %	3,1	3,3	4 %	3,4	

Tabell 23 viser at prosjektet førte til at ledere i både Stokke og Horten ble mer usikre på om alle ansatte fikk brukt sin kompetanse.

Ledere i alle kommunene var før prosjektstart gjennomsnittlig mer enn litt enig (3,1 - 3,5) i at arbeidet var motiverende for ansatte. Ved prosjektavslutning mente ledere i Stokke at arbeidet var blitt 5 % mindre motiverende, mens ledere i Horten mente ansatte hadde fått 4 % mer motiverende arbeid.

Tabell 24: Ansattes svar om motiverende arbeid

Motiverende arbeid for ansatte	Stokke			Horten			Nøtterøy	
	Før N=43	Etter N=37	% endring	Før N=80	Etter N=67	% endring	Før N=55	Etter
Jeg vet forventninger til meg	3,6	4,0	8,1 %	3,9	3,7	- 3,7 %	3,9	
Jeg er faglig trygg på jobb	3,4	3,5	4,2 %	3,3	3,5	5,3 %	3,4	
Jeg har arbeidsglede og motivasjon	3,6	3,6	0 %	3,5	3,5	0 %	3,3	
Det er nok kompetanse til stede på vakter	2,7	3,3	9,2 %	2,6	2,8	9,5 %	2,6	
Arbeidsfordeling mellom yrker er god	3,1	3,4	7,7 %	2,7	3,1	12,0 %	2,9	
Jeg er stolt av å arbeide i tjenesten	3,4	3,7	4,7 %	3,2	3,5	7,9 %	3,3	
Jeg rekker oppgavene i arbeidstiden	2,4	2,9	4,4 %	2,7	2,6	- 4,0 %	2,6	
Gj.snitt motiverende arbeid	3,3	3,5	5,5 %	3,1	3,2	3,1 %	3,1	

Tabell 24 viser at ansatte både i Stokke og Horten var blitt mer faglig trygge på jobb gjennom prosjektet. De mente det var blitt bedre i forhold til å ha nok kompetanse til stede på vakter. Arbeidsfordelingen mellom yrker var blitt bedre, og det var økt stolthet over å arbeide i tjenesten.

Ansatte i alle kommunene var ved prosjektstart også gjennomsnittlig mer enn litt enige (3,1 – 3,3) i at arbeidet var motiverende. Både ansatte i Stokke og i Horten mente prosjektet førte til noe økning (3,1 – 5,5 %) av motivasjonen.

Nedenfor belyses effektene nærmere. De første spørsmålene i tabell 22 og 23 omhandlet arbeidsmiljøet, mens de to siste spørsmålene for ledere og det siste spørsmålet for ansatte var om arbeidstid.

Arbeidsmiljø

På spørsmålet om det var nok kompetanse til stede på vakter, var ansatte i alle kommuner mindre enn litt enig (2,6 – 2,7). Ansatte i Horten og på Nøtterøy var også mindre enn litt enig (2,7 – 2,9) i at arbeidsfordelingen mellom yrker var god. Både i Stokke og Horten mente imidlertid ansatte at prosjektet førte til en bedring på disse områdene (fra 9,2 til 12,0 % bedring). Effektmålingen samsvarte med resultatene om at alle kommuner strevde med å få nok kompetente turnusarbeidere.

Ledere og ansatte i alle kommunene var imidlertid mer enn litt enige i at arbeidsmiljøet var bra (3,0 – 3,9) ved prosjektstart. Stokkes ledere mente kvaliteten på miljøet var noe redusert etter prosjektgjennomføring, mens ledere i Horten og ansatte i begge kommuner mente arbeidsmiljøet ble forbedret.

Alle sykepleiere og helsefagarbeidere som deltok i forsøkene var enige om at ordning med PAS og primærkontakter var motiverende for ansatte. Det ble opplevd som positivt å ha mål som kunne nås, et fagmiljø, bedre legesamarbeid, å ha ansvar. Ordningen gav mer kontinuitet, prosedyrer ble mer stabile. I Stokke søkte en sykepleier om høyere stillingsbrøk fordi hun mente det hadde blitt mulig å jobbe faglig. En annen sa hun nå fikk brukt alt det kjedelige hun lærte på skolen. Hun hadde begynt å slå opp i bøkene om sykepleieteori og pedagogiske pleieplaner, og hadde glede av det. På Nøtterøy mente noen deltakere at det hadde vært umotiverende å streve med å kunne bruke det elektroniske fagprogrammet, men det å motta aksept for å kunne bruke tid på å sikre kontinuitet og koordinerte tjenester var motiverende. De mente det ville kreve et ”røsk” for å komme på bena med ordningen, men så ville det gå greit. Ledere i Horten mente at prosjektets innføring av ordning med PAS og primærkontakter hadde gitt de største effektene for dem, fordi de allerede ved prosjektstart hadde bra med kompetanse i grunnbemanningen. Funksjonsbeskrivelsene for PAS og primærkontakter og kriteriene for ordningen var verktøy som gav ansatte muligheter til å ta det ansvaret de faktisk hadde.

Ved beregning av bemanningsbehovet ble alltid noen timers arbeidsbehov opphøyet til hele vakter for ansatte. Konsekvensen var at sykepleiere i noen grad måtte utføre arbeid som helsefagarbeidere hadde kompetanse til å gjøre, og helsefagarbeidere måtte utføre assistenters oppgaver. Det var viktig å forklare dette for ansatte slik at de forstod arbeidsfordelingen og kunne beholde motivasjonen for arbeidet.

Ordningen regulerte bruk av sykepleiere og helsefagarbeideres kompetanse. Deltakerne mente at fokuset på kompetanse kunne motivere assistenter til formell utdanning.

PAS som deltok i forsøket med IP mente at arbeidet var morsomt fordi en ble stimulert til å tenke mer helhetlig om pasienten, få hans perspektiv frem. Gjennom dette ble arbeidet mer meningsfullt, og ikke bare rutine. Arbeidet var også nyttig fordi man fikk navn på alle

tjenesteytere som var involvert og det ble oversikt over arbeidet som ble gjort. Deltakerne mente at dersom PAS skulle bli borte fra arbeidet en periode, ville det være mye lettere for en annen å overta ansvaret for pasienten.

Arbeidstid

Ledere i kommunene mente at arbeidstiden var forutsigbar, men i Horten og på Nøtterøy var de litt uenige (2,7 – 2,8) i at ansatte rekker oppgavene i arbeidstiden. Denne oppfatningen endret seg ikke gjennom prosjektet. Lederne på Nøtterøy mente at mangelen på kompetanse skapte betydelig stress og omrokering av ansatte mellom arbeidslagene, særlig på kveld og helg. De mente det var umotiverende for ansatte å ikke kunne planlegge arbeidet bedre og det reduserte effektivitet med så mange forandringer.

Ansatte i alle kommunene var ved prosjektstart mindre enn litt enig (2,4 – 2,7) i at de rakk oppgavene i arbeidstiden. Gjennom prosjektet ble dette 4,4 % bedre i Stokke, men 4 % mindre i Horten.

Effektive tjenester

Det kompetansebaserte styringssystemet som ble innført skulle gjøre det mulig for ledere å sikre kvalitet for pasientene, motiverende arbeidsplasser og effektive tjenester. Ledere fikk egne spørsmål om effektive tjenester i spørreundersøkelsen.

Tabell 25: Lederes svar om effektive tjenester

Effektive tjenester	Stokke			Horten			Nøtterøy	
	Før N=4	Etter N=4	% endring	Før N=6	Etter N=5	% endring	Før N=6	Etter
Struktur og systemer sikrer pasientene kvalitet	3,5	3,0	- 14 %	3,3	3,4	2 %	3,3	
Vi har kultur for faglighet og kvalitet	3,5	3,5	0 %	2,8	3,4	20 %	3,5	
Struktur og systemer sikrer gode arbeidsforhold	3,3	3,3	0 %	3,3	3,2	- 4 %	3,0	
Nødvendig IT-utstyr er tilgjengelig for ansatte for dokumentasjon	1,0	2,7	167 %	3,0	3,4	13 %	4,0	
Gj.snitt effektive tjenester	3,0	3,2	5,6 %	3,2	3,3	4,8 %	3,4	

Tabell 25 viser at ledere i både Stokke og Horten mente at nødvendig IT-utstyr var blitt mer tilgjengelig for ansatte for dokumentasjon i løpet av prosjektperioden. Dette skyldtes ikke prosjektet, men kommunenes egne satsning.

Lederne var gjennomsnittlig litt enig (3,0 – 3,4) i at tjenestene var effektive ved prosjektstart, og både Stokke og Horten opplevde en forbedring gjennom prosjektet (5,6 % og 4,8 %). På noen spørsmål skilte kommunenes svar seg fra de andre.

Stokke var uenig (1,0) ved prosjektstart i at nødvendig IT-utstyr var tilgjengelig for ansatte. Ved prosjektavslutning var de nesten litt enig (2,7) i at utstyr var tilgjengelig, en positiv endring på 167 %. Dette skyldtes ikke prosjektet, men at kommunen tok i bruk elektronisk fagprogram. På Nøtterøy var ledere enig (4,0) ved prosjektstart i at nødvendig IT-utstyr var tilgjengelig for ansatte. Sammenholdt med tidligere presenterte resultater tyder det på at IT-utstyr var tilgjengelig, men at ansatte ikke hadde tatt det tilstrekkelig i bruk.

Hortens ledere var før prosjektstart mindre enn litt enig (2,8) i at hjemmetjenesten hadde kultur for faglighet og kvalitet. Denne oppfatningen økte med 20 % i prosjektperioden..

Alle kommunene anså styringsverktøyet som et viktig bidrag for kvalitetssikring av tjenesten. Det gav et analysegrunnlag for planlegging og dokumentasjon overfor politikere. Lederne mente at prosjektet hadde ført til økt bevissthet om hvilke pasienter de hadde med å gjøre, om ansattes kompetanse og roller. Resultatene om kompetanse i grunnbemanningen ble vurdert som svært læringsrikt. Stokke mente det var morsomt å kunne bruke resultatene for å beslutte bruk av 3 nye årsverk. Alle kommunene mente at styring etter resultatene generelt burde skje langsomt og sikkert. Kursendring kunne ikke gjøres i en håndvending. Det var ønskelig å styre mot kompetanseslakk i tjenesten.

Lederne mente at et elektronisk verktøy måtte utvikles for jevnlig registrering av pasientgrunnlaget og kompetansebehov. Standarder for tid til dosettfylling, andre oppgaver, tilleggstid til PAS og for eksempel tid som kreves for oppfølging av pasienten og samarbeid med andre instanser ved tjenestepause ble etterspurt. I tillegg måtte tid til PAS avsettes på ansattes arbeidslister.

Synliggjøringen av hvor utfordrende det var å få tilstrekkelig kompetanse i turnus var et viktig resultat. Selv når ansatte arbeidet hver tredje helg, måtte årsverkene deles opp i mindre stillinger for å få tilstrekkelig kompetanse på vakt. Stokke og Horten hadde erfart at maset på ansatte om å arbeide ekstra helger ble redusert da de gikk over til arbeid hver tredje helg. Ingen hadde valgt å slutte. Stokke mente sykepleiere heller ville arbeide oftere helg enn å være alene på vakt, fordi tryggheten i jobbsituasjonen var viktig. Nøtterøy hadde størst behov for kompetente turnusarbeidere, fordi ansatte kun skulle arbeide hver fjerde helg. Hver uke brukte de 40 timer til å tilkalle vikarer, noe som utgjør 1,3 årsverk. Stokke og Horten hadde betydelig mindre behov for å ringe etter vikarer, og hadde ikke behov for å avsette særskilt tid til dette (kapittel 5.2).

Pasienter vil få økt kvalitet og kontinuitet dersom personalet har store stillingsbrøker og riktig kompetanse. For ansatte blir det en avveining mellom rett til store stillingsstørrelser og en arbeidssituasjon uten for mange ubekvemme vakter. Arbeidsgiver har de samme målene, men må ta effektivitetshensyn. Det er vanskelig å unngå deltidarbeid i hjemmetjenesten.

Driftsenhetenes størrelse ble noe vurdert. Små enheter fører til mindre effektiv benyttelse av kompetanse. Stokke mente at enheter bør være så store at man kan ha minst to, og helst tre sykepleiere på hver eneste vakt. Små avdelinger innebærer få å dele ansvaret med, noe som kan bidra til utrygghet og redusert faglig utvikling. Stokke hadde den største driftsenheten i prosjektet, og mente at med en daglig leder var det mulig å få oversikt og fordele arbeidet godt og rettferdig. Ordningen med PAS og primærkontakter sikret kontinuiteten.

Det var enighet om at noe positivt hadde skjedd fra bunnen av tjenesten gjennom forsøkene med PAS og primærkontakter. Økt profesjonalitet hadde vokst fram. Ansatte som deltok i forsøkene med PAS og primærkontakter mente at ordningen bidro til effektive tjenester. Når skriftlige planer ble oppdatert ble alt mer effektivt. Ansatte på Nøtterøy mente de brukte mye tid på å lete etter svar på spørsmål om pasientene. De mente innføring av ordningen ville føre til opprydning og bedre oppfølging av vedtak og delegering av oppgaver, og at sykepleiernes bruk av overtid ville kunne bli redusert.

Resultatene for hvert utviklingsområde (kapittel 9.0) viste at kommunene hadde begynt å styre etter prosjektresultatene. Tabell 18 og 19 viser at det gjenstod å implementere ordning med PAS og primærkontakt, innhenting av spesialkompetanse og bruk av IP i systemer for

internkontroll. Elektronisk registrering om oppdatering av pleieplaner og IPLOS-registreringer, bestilling av utstyr, delegering av oppgaver med mer vil lette ansattes og lederes oversikt. Elektronisk varsling om behov for oppdatering vil være en fordel. Ansatte vil lettere kunne planlegge arbeidet, og ledere vil kunne se utfordringer og kontrollere tjenesten.

9.2 Framtidas omsorgsutfordringer og kvalitetsstrategien

Regjeringen varslet i Omsorgsmeldingen (2006) 10.000 nye årsverk, mer kompetanse og mer aktiv hjelp for å møte de krevende omsorgsutfordringene samfunnet står overfor de neste 10 årene (Stortingsmelding nr. 25). Hoveddelen av helse- og sosialhjelp ytes i kommunene, og 4 av 5 mottar nå omsorgstjenester i eget hjem.

Det kompetansebaserte styringssystemet som ble prøvd ut i prosjektet kan bidra til styring av utviklingen fremover. Styringssystemet konkretiserer hvordan kommunene kan møte de økonomiske og bemannings- og kompetansemessige utfordringene Helsetilsynet har beskrevet som faglig forsvarlighet på strekk (2005). Lederfunksjoner styrkes og ansatte bevisstgjøres på sin rolle og funksjon. Målet med systemet er kvalitet for pasienten, motiverende arbeidsplasser for ansatte og effektive tjenester for arbeidsgiver gjennom riktig bruk av kompetanse. Dette er i tråd med kvalitetsstrategien til Sosial- og helsedirektoratet (2005) for å få bedre helse- og omsorgstjenester i kommunene; å styrke brukeren, styrke utøveren, forbedre ledelse og organisasjon og evaluere tjenestene. Prosjektplan for videre arbeid omfatter kvalitetsutvikling, kunnskapsbasert praksis og forskning, som er grunnlaget for effektivt endringsarbeid (kapittel 10.0). Det er utviklet verktøy for effektmåling av endringene.

For å lykkes må styringssystemet innføres gjennom undervisning og veiledning av ledere og ansatte. Deltakerne må bidra med egen kompetanse, delta i interkommunalt samarbeid og finne lokale løsninger. Samarbeid med andre kommuner øker læringseffekten, og det felles styringssystemet bidrar til sammenligningstall for kommunene.

Omsorgsmeldingen (2006) fremholder at fremtidens velferdssamfunn må sette enkeltmennesket i sentrum og legge større vekt på frihet, mangfold, brukerinnflytelse og uavhengighet. Det forutsetter at fagprofesjoner og behandlingsapparatet er bevisst og kritisk

til egen maktposisjon og legger myndiggjøring av pasienten til grunn for arbeidet. Ordning med PAS innebærer at hver pasient får en kontaktperson og talsmann. Funksjonsbeskrivelsen for PAS og måten styringssystemet innføres på setter fokus på hvordan pasienter med svekket samtykkekompetanse kan myndiggjøres og hvordan man mer bevisst kan samarbeide med pårørende.

Stortingsmeldingen understreker at individuell tilpasning av tjenestetilbudet krever mindre ”stoppeklokkeomsorg”, rigide og detaljerte tidsskjemaer og detaljerte instruksjoner. Samtidig forutsetter lovverket at det blir fattet enkeltvedtak ved tildeling av tjenester. Den enkelte skal orienteres om omfanget av hjelpen og ha klagemulighet. Prosjektet viste at to kommuner ikke hadde tildelt tid i pasientenes vedtak om hjemmesykepleie. Den tredje kommunen tildelte tid, men utførte mer tjenester enn det var vedtak om. I praksis var det de samlede ressursene i utførerenhetene, personene på vakt, som avgjorde omfanget på tjenestene. Når flere pasienter fikk vedtak om tjenester, måtte andre pasienter få mindre hjelp. Styringssystemet forutsetter at kommunene registrerer tildelt tid til hver pasient, og bidrar dermed til bedre styring av ressurstildeling for pasientene.

Det er behov for bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av pasientene og mer aktiv omsorg. I tillegg må helse- og omsorgstjenesten bli mer sammenhengende (NOU 2005:3). Styringssystemet gir PAS ansvar for å koordinere tjenestene for sine pasienter gjennom samarbeid med andre viktige tjenesteytere. Disse tjenesteyterne vil variere for hver pasient og kan omfatte både medisinske og tverrfaglige instanser, samt aktører som bidrar til mer aktiv omsorg og kulturtiltak. Det kan være pasientens fastlege, sykehus, sykehjem, hjemmehjelp, psykiatritjeneste, fysiotjeneste, ergotjeneste, dagsenter, trygdekontor, sosialkontor, kirke, støttekontakt, besøksvenn, tolk og andre. For pasienter med komplekse behov (alvorlig syke og døende, psykisk syke og rusavhengige, samt personer med demens) sikres tilgang på spesialkompetanse og individuell plan (IP) tas i bruk. Den enkelte får også mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

Kompetanseløftet 2015 (Omsorgsmeldingen 2006) har som mål å skaffe tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse til den kommunale omsorgen. Prosjektet har vist stort behov for helsefagarbeidere og sykepleiere i hjemmetjenesten. Behov for høgskoleutdannede med formell spesialutdanning om alvorlig syke og døende, psykisk syke og rusavhengige, samt personer med demens vises også tydelig. Pasientenes behov for kompetanse ble begrunnet i

hvilken type pasientsituasjon de var i. Strandquist, Næss m. fl. (2005) beskrev hvilken vurderings-, tiltaks-, samhandlings- og forvaltningskompetanse situasjonene krevde, og hvilke yrkesgrupper som hadde kompetansen. Det framkom at vernepleier delvis hadde samsvarende kompetanse med sykepleier. Forskjellen var at vernepleier hadde mer vurderings- og tiltakskompetanse i forhold til aktivisering av pasienter, samhandlingskompetanse i utfordrende situasjoner ved psykisk funksjonshemming, samt større forvaltningskompetanse. Sykepleier hadde mer vurderings-, tiltaks- og samhandlingskompetanse i forhold til pasienter i ustabile og utstyrskrevede situasjoner.

Fordi mange pasienter som mottar hjemmetjenester er i helt eller delvis ustabile situasjoner, kreves det at sykepleierkompetanse er tilgjengelig hele døgnet. Prosjektet viste at den største utfordringen for å oppnå kompetansebaserte tjenester, var å få tilstrekkelig antall kompetente personer på vakt i helgene. Det var ikke nok arbeidsoppgaver til at alle ansatte både kunne ha hele stillinger og arbeide hver tredje helg. Vernepleiere vil kunne utføre gode tjenester til mange pasienter i avklarte og stabile situasjoner i hjemmetjenesten, og ivareta funksjonen som PAS. Men vernepleier kan ikke erstatte sykepleier i turnusplanen. Driftsenheter må først sikre tilstrekkelig døgnskategorisk sykepleierkompetanse og så vurdere om de vil ansette vernepleiere for å styrke faglig bredde.

Sosialantropolog Halvard Vike har i boken "Maktens samvittighet" (2002) beskrevet hvordan velferdsstaten ser ut nedenfra, fra utøvere og helsetjenester og kommunestyresalen. Mange som arbeider i helse- og omsorgstjenesten møter krav om mer enn de kan yte, og opplever at de svikter. Statens gode hensikter er blitt deres største problem. Han beskriver hvordan makthaverne ved hjelp av lover og moralske krav om hva velferdsstaten skal yte ivaretar sin samvittighet. Videre hevder han at velferdsstatens ytelsesnivå er uten grenser. Det er høye ambisjoner om å yte velferdstjenester til alle. Resultatet er økende misnøye med velferdsstatens virkemåte og yteevne. Vike mener det sentrale problemet er misforholdet mellom ambisjonene og ressurser som stilles til rådighet. Han sier om ansatte: "De tar oppgaven sin svært alvorlig. Kvinner som jobber med helse og omsorg i kommunesektoren har i stor grad sosialisert inn, gjort til sitt, det kjønnsdelte arbeidsmarkedets ulike roller. De er oppdratt til å ha omsorg for andre framfor å forfølge egen karriere. De har evne og vilje til å vie seg til "den andre", og er ofte uten vilje eller evne til å avgrense seg - slik som for eksempel leger gjør".

Motiverende arbeidsplasser innen helse- og omsorg er avhengig av at hvilke oppgaver som skal utføres, hvilke funksjoner som forventes ivaretatt og hvilke ressurser som stilles til rådighet blir tydeligere enn slik det er mange steder i dag.

Kapasitetsvekst og kompetanseheving i tjenesten kan planlegges gjennom styringssystemet. Det tydeliggjøres hvilken kompetanse hver pasient krever. Bemanningsbehovet kan så beregnes i en hvilken som helst driftsenhet, uansett hvordan kommunen har valgt å organisere tjenestene. Det tas hensyn til ulik transporttid for eksempel på grunn av varierende geografi. Ved å registrere tildelt tid og kompetansekrav beregnes det hvor mange årsverk som kreves av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. Videre beregnes det hvordan stillingene må deles opp for å få nok kompetente personer i turnus. Innføring av styringssystemet vil gjøre det mulig å måle kostnader og kvalitet ved ulike organiseringsmåter. Systemet kan bidra til å sikre kvalitet på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).

Prosjektplan for videre utvikling, spredning og forskning på styringssystemet ble utviklet av NSF og Høgskolen i Vestfold (kapittel 10.0). Gjennomføring forutsatte støtte fra andre sentrale samarbeidspartnere som Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, KS og Fagforbundet.

10.0 OPPSUMMERING OG VEI VIDERE

Prosjektet prøvde ut et kompetansebasert styringssystem i hjemmetjenesten i tre kommuner i Vestfold. Det var utviklet gjennom en serie prosjekter fra 2002 – 2005. For å finne de beste løsningene ble tjenesten vurdert tverrfaglig ut fra den strukturelle, human-resource, den politiske og den symbolske fortolkningsrammen som Bolman og Deal (2004) hadde beskrevet. Stokkeprosjektet (Strandquist 2005b) vektla at fortolkningsrammene skulle utfylle hverandre og rettet styringssystemet både mot struktur og kultur i helse- og omsorgstjenesten. Det kompetansebaserte styringssystemet ble utformet slik at organisasjonen og arbeidsmåtene ble rettet mot det som er kjernen: gode helse- og omsorgstjenester til pasienten.

Konkrete resultater i kommunene i prosjektperioden (kapittel 9.0) oppsummeres i tabell 26. Resultatene ble også brukt i kommunenes arbeid med budsjett for 2007. Systemet bidro til økt bevissthet om pasientens behov, ansattes kompetanse og effektiv styring i tråd med dette (kapittel 9.1).

Tabell 26: Kommunenes resultater i prosjektperioden

Riktig grunnbemanning	Stokke	Nøtterøy	Horten
Utarbeidet kompetansebasert bemanningsplan ut fra pasientenes behov	x	x	x
Utarbeidet kompetansebasert turnusplan	(x)		x
Iverksatt kompetansebasert turnusplan			x
Ordning med PAS og primærkontakt			
Godkjent kriterier for ordningen og funksjonsbeskrivelser	x	x	x
Innført ordningen	x		x
Kompetanseutvikling			
Definert kjernebehov og metode for kompetanseutvikling	x	x	x
Spesialkompetanse og sammenheng ved komplekse behov			
Definert behov for spesialkompetanse	x	x	x
Definert måter å hente spesialkompetanse	x	x	x
Formalisert samarbeid med interne ressurspersoner, interne spesialister og eksterne spesialister			
Utarbeidet enkel mal for IP	x	x	x
Utprøvd IP i hjemmetjenesten	x	x	x

Tabellen viser først resultater om riktig grunnbemanning. Kommunene beregnet hvor mange årsverk de hadde behov for av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter ut fra pasientenes

behov. Det ble også beregnet hvordan årsverkene måtte deles opp i deltidsstillinger for å få nok kompetente turnusarbeidere når ansatte skulle arbeide hver tredje eller fjerde helg. Horten og Stokke hadde nok kompetente ansatte til å utarbeide kompetansebaserte turnusplaner. Stokke manglet enkelte årsverk for å kunne utføre alle nødvendige oppgaver, mens Horten iverksatte turnusplanen. Nøtterøy hadde for mange assistenter og for få sykepleiere og helsefagarbeidere for å dekke minstekravet til kompetanse, og kunne derfor ikke sette opp en kompetansebasert turnusplan.

Ordning med PAS og primærkontakt var delvis innført i Stokke og Horten ved prosjektstart, men ble ytterligere formalisert og integrert i drift i prosjektperioden. Nøtterøy kommune startet innføring av ordningen, men hadde behov for flere sykepleiere for full integrasjon i drift.

For ivaretagelse av pasienter med komplekse behov ble det utviklet system for innhenting av spesialkompetanse og bruk av individuell plan (IP) i hjemmetjenesten.

Andre resultater

Andre resultater var de langsiktige effektene prosjektet ville ha for pasienter, ansatte og arbeidsgiver, samt spørreskjemaene som var utviklet for effektmåling. Lokal kompetanse var utviklet hos mer enn 110 ledere, ansatte og tillitsvalgte i Vestfoldkommunene, gjennom aktiv deltakelse i prosjektarbeid. De spredte forståelse til andre ansatte og politikere, som også deltok på informasjonsmøter. Det interkommunale samarbeidet bidro til perspektiver utover egen praksis, mulighet for sammenligninger og drøftinger, og gav deltakerne et nettverk for videre lærende samarbeid.

Det kompetansebaserte styringssystemet ble ytterligere forbedret gjennom prosjektarbeidet, og kalt KOMPASS (KOMPetansebAsert StyringsSystem). Prosjektplan for videre utvikling, spredning og forskning på styringssystemet ble utviklet. Prosjektplanen ble godkjent som forretningsplan light og tildelt 100.000 kroner fra FORNY i 2006. FORNY er et samarbeidsprogram mellom Norges forskningsråd og Innovasjon Norge for økt verdiskapning i Norge gjennom kommersialisering av forskningsresultater.

KOMPASS for veien videre

Norsk Sykepleierforbund og Høgskolen i Vestfold utviklet en 5-årig prosjektplan for KOMPASS. Gjennomføring av planen er avhengig av støtte fra andre sentrale samarbeidspartnere som Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, KS og Fagforbundet. Prosjektet ble tildelt 500.000 kroner fra Verdiskapning Vestfold; Vestfold Fylkeskommune² i februar 2007.

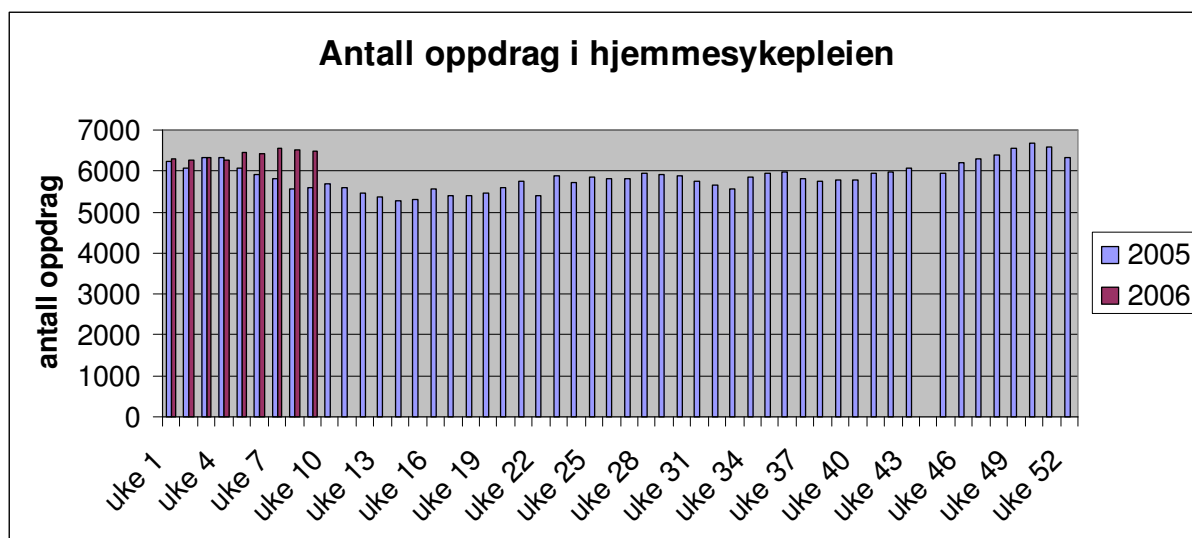
KOMPASS - prosjektet omfatter kvalitetsutvikling, kunnskapsbasert praksis og forskning, som er grunnlaget for effektivt endringsarbeid (Plsek 2006). Prosjektplanen består av bakgrunn, systemets historikk, status og resultater, beskrivelse av KOMPASS-systemet, formål med prosjektet, behov og markedsføring, organisering, fremdriftsplan og økonomi.

KOMPASS omfatter fire moduler som bidrar til riktig kompetanse i grunnbemanningen og motiverende og effektiv bruk av kompetanse gjennom pasientfokuserte arbeidsformer. Profesjonsenighet om kompetansebehov er lagt til grunn for systemet. De fire modulene er: Riktig grunnbemanning, ordning med pasientansvarlig (PAS), sammenheng ved komplekse behov og evaluering av tjenestene.

Formålet med KOMPASS er kvalitet for pasienten, motiverende arbeidsplasser for ansatte og effektive tjenester for arbeidsgiver gjennom riktig bruk av kompetanse. Dette er i tråd med kvalitetsstrategien til Sosial- og helsedirektoratet (2005) for å få bedre helse- og omsorgstjenester i kommunene; å styrke brukeren, styrke utøveren, forbedre ledelse og organisasjon og evaluere tjenestene.

Styringssystemet KOMPASS tar i bruk og kan videreutvikle IPLOS til å bli et viktig verktøy for planlegging og utbygging av helse- og omsorgstjenestene. Omfang av pasienters hjelpebehov kan variere mye. Som en illustrasjon på dette viser figur 6 hvordan antall oppdrag per uke varierte i hjemmetjenesten i Horten i 2005 – 2006.

² Med forbehold om fullfinansiering i forhold til budsjett for 2007.



Figur 6: Variasjon i antall oppdrag i hjemmesykepleien i Horten

Systemet dekker i dag hjemmebaserte omsorgstjenester. Prosjektet omfatter videreutvikling av systemet, i form av hensiktsmessige IT-løsninger og utvidelse til å dekke sykehjem og bemannede omsorgsboliger, spredning av systemet til alle landets kommuner og forskning på prosess og resultater. Forskning vil kunne vise nytteverdi og kostnader med ulik grad av institusjonsandel i kommunene (kapittel 2.0) (Strandquist 2006b). Konkrete resultater (resultatmål) og langsiktige gevinster (effektmål) fra innføring av KOMPASS kan måles og analyseres. Andre aktuelle områder for forskning er kvalitet for pasienter, motiverende arbeid, organisasjons- og ledelsesforskning, kompetansecforskning, effektmålinger, resultatindikatorer og kost – nytte beregninger av endringene. Samarbeid med andre forskningsmiljøer vil bli vurdert.

Ifølge prosjektplanen skal NSF lede iverksetting av KOMPASS. Ansvar for drift, utvikling, spredning og forskning skal ivaretas av HVE enhet for regional innovasjon (u.å.).

Prosjektleder Marit Strandquist er ansvarlig for utvikling og spredning av systemet og HVEs professor for velferds- og næringslivsutvikling er forskningsleder.

LITTERATUR

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

Amabile, T. M. (1983). The social-psychology of creativity - a componential conceptualization. *Journal of personality and social psychology*, 45(2), 357-376.

Andersen, E.S., Grude, K.V. og Haug, T. (2000). *Målrettet prosjektstyring*. NKI Forlaget.

Bolman, L.G. og Deal, T.E. (2004). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse. Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Gyldendal Akademisk.

Borge, L-E og Haraldsvik, M. (2005). *Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner*. Utredning for Helse- og omsorgsdepartementet. Utkast til rapport. 02.03.2005.

Botten, G. og Aasland, O. (2000). Befolkningens ønsker om helsetjenester. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2000; 120: 2995-9.

Christensen, T. og Læg Reid, P. (2001). *New Public Management i norsk statsforvaltning*. I Østerud, Ø., Tranøy, B.S. red. *Den fragmenterte staten: reformer, makt og styring*. Gyldendal akademisk.

Deci, E. L. (1996). Self-determined motivation and educational achievement. In T. Gjesme & R. Nygård (Eds.), *Advances in motivation* (pp. 195-222). Oslo: Scandinavian University Press.

Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen (2001). Helsedepartementet.

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (2002). Helsedepartementet.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003). Sosialdepartementet.

Gausdal, A. under review. *Developing inter-organizational communities of practice by network reflection: The case of the norwegian electronics industry*.

Gausdal, A. (2001). *Autonomi - veien til motivasjon og kunnskapsutvikling*. Rapport 2/2001 (No. 2/2001): Høgskolen i Vestfold.

Gustavsen, B., Finne, H. and Oscarsson, B. (2001). *Creating connectedness : The role of social research in innovation policy*. Amsterdam, John Benjamins Publ. Co..

Hegna, E. (2004). *Oppnevning av verge og hjelpeverge*. Demens Vol.8/nr.3.

Helsetilsynet (2005). *Pleie- og omsorgstjenester på strekk. Sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004*. Rapport 7/2005.

Hofseth, C. og Norvoll, R. (2003). *Kommunehelsetjenesten, gamle og nye utfordringer*. SINTEF Unimed. Oslo.

HVEs enhet for regional innovasjon (u.å.). [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www-sa.hive.no/regional/> [lest 06.02.2007].

Høgskole og Samfunn i Samhandling (2005). [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.hss05.no/> [lest 06.02.2007].

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

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

Lian, O. (2000). Behovet for helsetjenester - naturgitt eller sosialt bestemt? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2000; 120: 111-114.

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

Lov om helsepersonell (1999). Sosial- og helsedepartementet.

Lov om helsetjenester i kommunene (1982). Helsedepartementet.

Lov om pasientrettigheter (1999). Sosial- og helsedepartementet.

Lov om sosiale tjenester m.v. (1991). Sosialdepartementet.

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

Madiè, D. (2001). *Mesterlæringens renesanse. I Brandi, Hildebrandt og Nordhaug (red) Kompetansegullet og det nye arbeidsliv*. Cappelen akademisk forlag.

Nonaka, I. (1994). A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization Science*, 5, 14-37.

Norsk Sykepleierforbund (2005). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Hefte fra Norsk Sykepleierforbund. Oslo.

NOU 2005: 3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*.

NOU 2004:18. *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*.

NOU 1997: 2. *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*.

Plsek, P. (2006). Foredrag på Sosial- og Helsedirektoratets konferanseog bedre skal det bli! *Bli med å forme morgendagens sosial – og helsetjenester!* Oslo, 09.10.06.

Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension* (London, Routledge & Kegan Paul).

Pålshaugen, Ø. (2002). *Dialogkonferanser som metode i bedriftsutvikling*. I Levin M. og Klev R. (red) *Forandring som praksis*. Fagbokforlaget.

RingerInett. *Demensomsorg i Nøtterøy kommune*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.ringerinett.no/> [lest 06.02.2007].

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*. Rapport.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Og bedre skal det bli... Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Individuell plan 2005. Veileder til forskrift om individuell plan.*

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten.* Veileder.

Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.*

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

Strandquist, M. (2006b) *Rop heller på bedre hjemmetjenester.* Forskning.no 13.10.2006.

Strandquist, M. (2006a). *Prosjektbeskrivelse "Kompetanse i hjemmetjenesten. Kvalitet og forutsigbarhet for pasienten"*. Norsk Sykepleierforbund 13.01.2006.

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

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

Strandquist, M. (2002). *Som man roper på sykehjem får man svar. Behovsundersøkelse om eldreomsorg.* Senter for helseadministrasjon. Universitetet i Oslo. Working paper 2002:2.

Strandquist, M., Næss, G., Andersson, A.M., Stigen, A.M., Adal, L. og Kirkevold, M. (2006). *Faglig forsvarlige tjenester.* Tidsskriftet Sykepleien 11/2006: 55-58.

Strandquist, M., Næss, G., Andersson, A.M., Stigen, A.M., Adal, L. og Kirkevold, M. (2005). *Kompetansebasert bemanningsplan. Verktøy for kategorisering av pasientsituasjoner og beregning av bemanningsbehov.* Norsk Sykepleierforbund Vestfold. Høgskolen i Vestfold. Rapport 7/2005.

Tiller, T. (1999). *Aksjonslæring. Forskende partnerskap i skolen.* Høgskoleforlaget AS.

Vike, H. m. fl. (2002). *Maktens samvittighet – om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten.* Gyldendal Akademisk.

