

Dette er en postprint-versjon av artikkelen publisert som:

Gautun, H., bratt, C. (2015). Bemanningsnorm i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(2).

Hvor meningsfull er en bemanningsnorm for sykehjem?

Christopher Bratt og Heidi Gautun

Sammendrag

En rekke undersøkelser har avdekket mangler og ulikheter i eldreomsorgen. Derfor utreder sentrale helsemyndigheter hvorvidt det skal innføres en bemanningsnorm som skal gjelde alle norske sykehjem. I denne artikkelen drøfter vi om det er mulig å tallfeste en norm for bemanning i sykehjem, slik det er tenkt med en bemanningsnorm. Vi bruker data fra en spørreundersøkelse i 2014 blant Norsk Sykepleieforbunds tillitsvalgte ($N = 242$) i sykehjem i 150 kommuner. Vi finner store variasjoner i antall sykepleiere og ansatte med annen helsefaglig bakgrunn som er satt opp i turnus i forhold til antall beboere, både mellom sykehjem og mellom samme type avdelinger. Samtidig er det store variasjoner i hva informantene oppfatter som nødvendig bemanning, også innen samme slags avdeling. Avvik fra nødvendig bemanning skyldes i stor grad sykefravær. Vi konkluderer med at dagens variasjon i planlagt bemanning og hva tillitsvalgte oppfatter som en forsvarlig bemanning sett i forhold til pasienters behov, ikke gir føringer for en bemanningsnorm som skal tallfeste bemanning i sykehjem. God bemanning sikres trolig heller gjennom at planer for bemanning på det enkelte sykehjem tar hensyn til normalt og forventet sykefravær.

Stikkord: Planlagt, faktisk og forsvarlig bemanning i eldreinstitusjoner, Norge

Abstract

Several recent studies have shown deficiencies in elderly care. As a consequence, Norwegian health authorities consider to introduce an explicit norm for the number of staff that should be at work in nursing homes. In this article we investigate whether it is possible to quantify a norm for staffing in nursing homes. We use data from a survey in 2014 among representatives from the Norwegian Nurses Organisation ($N = 242$) in nursing homes in 150 municipalities. Data show substantial variations in the plans for staffing relative to the number of residents. These variations are not only present between nursing homes, but also between the same kind of nursing home departments. Moreover, the representatives' own view on the acceptable staffing varies considerably, even within the same kind of department. At the same time, departments are often understaffed due to sick leave. We conclude that the variation in planned staffing and representative's views on optimal staffing cannot provide guidelines for a staffing norm, meant to quantify staffing relative to the number of residents in nursing homes. Instead, appropriate staffing can be ensured by plans taking into consideration that sick leave is normal and expected.

Keywords: Planning for staffing in elderly institutions, Norway

Innledning

I Omsorg 2020 - Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 (side 24), foreslås det å utrede normer eller veiledere for bemanning og kvalitet i omsorgssektoren. Et forslag om å be regjeringen om å utrede en nasjonal bemanningsnorm for sykehjem er per i dag til behandling i Stortingets Helse- og omsorgskomite (Dokument 8:129 S [2014-2015]). Bakgrunnen for forslaget å utrede hvorvidt det skal innføres en fast eller veiledende bemanningsnorm for å heve kvaliteten i sykehjem, er at en rekke undersøkelser og tilsyn i de senere år har avdekket mangler og svikt innen deler av eldreomsorgen (f.eks. Gautun & Hermansen 2011, Gjevjon et al 2011, Helsetilsynet 2010, Malmedal 2013, Norsk Senter for menneskerettigheter 2014). Både i kvalitative studier og større spørreundersøkelser gir ansatte i flere sykehjem uttrykk for at en årsak til dårlig kvalitet er at bemanningen er for lav (Gautun & Hermansen 2011, Gautun 2012).

På bakgrunn av forslaget om å utrede en innføring av bemanningsnorm i sykehjem, vil vi i denne artikkelen undersøke fire spørsmål: (1) Indikerer eksisterende bemanning i norske sykehjem at det er behov for en felles bemanningsnorm for norske sykehjem? (2) Indikerer oppfatninger blant tillitsvalgte i norske sykehjem om optimal bemanning at det er behov for en felles bemanningsnorm for norske sykehjem? (3) Hvor mange ansatte, med ulik kompetanse bør i så fall være på jobb i forhold til antall beboere i sykehjem? (4) Er sykefravær den mest sentrale faktoren for å forklare dårlig bemanning på sykehjem? Spørsmålene blir belyst ved hjelp av data fra en spørreundersøkelse som ble gjennomført blant Norsk Sykepleieforbunds (NSF) tillitsvalgte i sykehjem i 150 kommuner våren 2014.

Det har helt siden begynnelsen av 1990- tallet pågått en debatt, med varierende styrke, om å innføre en standard bemanningsnorm i sykehjem. Argumentet for har vært et ønske om

sikre en forsvarlig bemanning som kan dekke behovene til beboerne. Et mye brukt argument mot en slik norm er at det er en fare for at denne vil kunne fungere som en maksimumsnorm. Et annet er at det vil være vanskelig å komme fram til en norm som kan brukes på alle norske sykehjem. Kritikken går ut på at bemanningen må være basert på pasientens behov for sykepleiekompetanse - denne sies å være forskjellig fra pasientgruppe til pasientgruppe (Morken, 2011). Det har blitt gjort forsøk på utvikle et verktøy som gjør det mulig å foreslå en norm for bemanning som tar høyde for at pasienter har ulike behov innen hjemmesykepleien (Strandquist 2004, 2005, Strandquist, Andersson, Stigen & Kirkevold, 2005). Forskerne som har utviklet verktøyet, mener det har overføringsverdi til sykehjem.

Vi drøfter i denne artikkelen hvorvidt det er mulig å tallfeste en standard norm for bemanning i sykehjem, hvor det også tas hensyn til ulike pasientgrupper. Først ser vi på hvorvidt dagens 6-ukers-turnus i sykehjem er et egnet utgangspunkt for å utvikle en norm om bemanning. Vi undersøker først om det er et stort samsvar mellom eksisterende planer for bemanning i norske sykehjem (6-ukers-turnus), eller om det er stor variasjon i planlagt bemanning. Deretter vurderer vi om eventuelle forskjeller mellom sykehjem kan forklares med ulikt behov for bemanning. Dette skulle i så fall komme til uttrykk ved at bemanningen varierer mellom ulike typer avdelinger, samtidig som bemanningen i liten grad skulle variere mellom samme type avdelinger. Vi skiller i undersøkelsen mellom korttidsavdelinger og langtidsavdelinger (med adskilte tall for langtidsavdelinger med somatikk og med demens). Hvis det er lite variasjon i bemanning mellom sykehjem og avdelinger av samme type, vil man kunne bruke disse tallene som et grunnlag for å utvikle en bemanningsnorm. Hvis det derimot er stor variasjon i bemanning, er gjennomsnittstall for bemanning lite egnet til å utvikle en norm for bemanning.

Selv om det er mulig å tallfeste en standard bemanningsnorm som differensierer mellom ulike pasientgruppers behov, vil ikke denne uten videre gi trygghet for at beboere i

sykehjem får dekket sine behov. I to kartlegginger i 2009 og 2010, i til sammen 18 kommuner (ECON 2009, Holmeide & Eimot 2010), og en kvalitativ studie i fem kommuner i 2011 (Gautun 2011), fremkommer det at det er store systematiske avvik mellom turnusen som settes opp seks uker fremover i tid, og den faktiske bemanningen. Det avgjørende tallet vil ikke være antall pleiere som er satt opp i turnus, men antall pleiere (sykepleiere, pleiere med annen helsefaglig bakgrunn, og ufaglærte) som faktisk er på jobb. Undersøkelsene som ble gjennomført av ECON, Holmeide og Eimot, og Gautun, viste at avvik oppstår når ansatte som var satt opp på vakt melder fravær, ofte som følge av sykdom. Planlagt bemanning kan derfor være dårlig egnet som målestokk på hvor mange og hvem som er på jobb, og derfor også et dårlig utgangspunkt for å utvikle en bemanningsnorm. Et bedre utgangspunkt kan være å bruke helsearbeideres vurdering av hva som vil være den optimale bemanningen på deres sykehjem og avdeling. Med optimal bemanning menes her hvor mange ansatte med ulik kompetanse som ifølge helsearbeidere trengs for å gi pasientene en faglig forsvarlig tjeneste. Vi ser nærmere på dette, ved å spørre etter tillitsvalgtes oppfatning om optimal bemanning på deres arbeidsplass. Hvis oppfatningene om optimal bemanning er forholdsvis like på tvers av sykehjem, vil disse vurderingene kunne gi et grunnlag for å utvikle en allmenn bemanningsnorm for sykehjem. Skulle derimot oppfatningene om optimal bemanning sprike mellom sykehjem og avdelinger av samme type, vil disse vurderingene vanskelig kunne danne et grunnlag for å innføre en bemanningsnorm.

I artikkelen ser vi også på hvordan planlagt bemanning harmonerer med de tillitsvalgtes vurdering av hva som vil være optimal bemanning. Etter det vi kjenner til, har ingen tidligere norske studier gjennomført slike sammenlikninger av planlagt bemanning og optimal bemanning i sykehjem. Er avviket stort, kan det tyde på et behov for en fast bemanningsnorm. Dersom det er lite avvik mellom planlagt og optimal bemanning, kan kanskje andre virkemidler enn en bemanningsnorm være mer effektive for å sikre en

tilstrekkelig bemanning.

Data og metode

Utvalg

I mai og juni 2014 gjennomførte vi i samarbeid med Respons Analyse en web-basert spørreundersøkelse blant Norsk Sykepleierforbund (NSF) sine tillitsvalgte i sykehjem og hjemmesykepleien. Vi kontaktet i alt 923 tillitsvalgte i 215 kommuner spredt over hele landet. Vi fikk svar fra 431 tillitsvalgte. Dette tilsvarer en svarprosent på 50, hvis vi ser bort fra 63 personer som opplyste at de ikke lenger arbeidet i sykehjem/hjemmesykepleie eller ikke var tillitsvalgte. Blant dem som svarte, var litt over halvparten (56%, $N = 242$) tillitsvalgte i sykehjem. Nesten alle (95%) var kvinner, mellom 22 og 66 år gamle ($M = 40,58$; $SD = 10,38$).

Litt over 40 prosent av informantene som jobbet i sykehjem, arbeidet på langtidsavdelinger (somatikk eller demens), mens 16 prosent oppga at de arbeidet både i kortids- og langtidsavdelinger. En tredjedel arbeidet ved tre eller flere avdelinger i sykehjemmet. Andre undersøkelser har også vist at sykepleiere kan ha ansvar for flere avdelinger i et sykehjem, spesielt på dager og tidspunkt med lav bemanning (f.eks. Gautun 2012).

Utvalget omfatter ikke ledere av sykehjem eller avdelingsledere. Det er disse som har det formelle ansvaret for å sette opp en bemanning som er forsvarlig i forhold til pasientenes behov. Selv om tillitsvalgte ikke har det formelle ansvaret for å sette opp turnus, vil de som regel ha god kjennskap til bemannings- og kompetansesituasjonen på arbeidsstedet. Tillitsvalgte har ofte kontakt både med ansatte og ledelsen, og i alt halvparten av de tillitsvalgte i den foreliggende undersøkelsen svarte at leder satte opp 6-ukers-turnusen i samarbeid med den tillitsvalgte. Samtidig er det en fordel at den foreliggende undersøkelsen

spørr tillitsvalgte, fordi disse kan være mer kritiske og åpne om problematiske forhold knyttet til bemanningen.

I analysene har valgt å bruke separate tall for sykepleiere, pleiere med annen helsefaglig bakgrunn og ufaglærte, siden disse tre gruppene har ulik kompetanse. Samtidig var det ikke mulig i denne undersøkelsen å slå sammen tallene for de tre gruppene og bruke tall for totalt antall personer på vakt, siden mange informanter ikke oppga tall for ufaglærte.

Variabler og analyser

Planlagt og optimal bemanning ble målt ved at informantene noterte antall ansatte satt opp i turnus, med adskilte tall for ulik kompetanse (sykepleiere, pleiere med annen helsefaglig bakgrunn, ufaglærte) og samtidig med adskilte tall for ulike tidspunkt (hvor skjemaet skilte mellom dag, kveld og natt på henholdsvis hverdager og helger). Optimal bemanning ble målt gjennom spørsmålet: Hvis du tar utgangspunkt i pasientene og hensynet til faglig forsvarlighet, hvor mange ansatte med ulik kompetanse mener du trengs på ditt arbeidssted til ulike tider? Relativt få svarte på spørsmålene om bemanning med ufaglærte, særlig om bruk av ufaglærte i nattevakter.

For å få en indikasjon på faktisk bemanning, spurte vi etter graden av fravær blant de tre gruppene ansatte (svært mye, mye, verken eller, lite, svært lite; i tillegg kunne informantene angi ”ikke sikker”). Det var mest usikkerhet om sykefravær blant ufaglærte (15%).

Analysene inkluderer enkle, deskriptive analyser med punktdiagram (figurer), beskrivelser av ekstremverdier, samt regresjonsanalyser. Analysene ble gjennomført med Stata 13.

Resultater

Planlagt bemanning

Det var betydelig variasjon mellom ulike sykehjem i planlagt bemanning, også innen samme type avdeling. Figur 1a og Figur 1b viser denne variasjonen for planlagt bemanning med sykepleiere (dagtid og kveld på hverdager). I figurene representerer hver sirkel svar fra én informant, sirkelens plassering viser hvor mange beboere en sykepleier hadde ansvar for, slik 6-ukers-turnus ble satt opp.

[Figur 1a og Figur 1b omtrent her]

For eksempel varierte antall beboere pr. sykepleier på langtidsavdeling med somatikk (dagtid, hverdager) mellom 4 beboere pr. sykepleier og 25 beboere pr. sykepleier.

Statistikkprogrammet har fordelt sirklene en anelse ("ristet" dem litt), slik at mange liknende verdier kommer fram som mørke felt i stedet for én enkelt sirkel. For eksempel indikerte svar fra mange informanter at det var mellom 8 og 18 beboere pr. sykepleier på dagtid på langtids somatikk, dette framkommer i Figur 1a gjennom et mørkere felt.

Variasjonen i bemanning var enda større på kveldstid. Figur 1b viser dette, med svært ulik bemanning målt etter antall beboere pr. sykepleier. Tallene for pleiere med annen helsefaglig bakgrunn viste en tilsvarende spredning (se Figur 2, for øvrig viste også tallene for ufaglærte pleiere en liknende tendens med stor spredning).

[Figur 2 omtrent her]

En viktig konsekvens av en slik spredning er at gjennomsnittstall for antall beboere pr. pleier har begrenset verdi for å forstå bemanningen på sykehjem. Totalt sett var færre sykepleiere enn ansatte med annen helsefaglig bakgrunn satt opp i turnus. Forskjellen var større på kvelder og i helger, sammenlignet med hverdager (dagtid). Et eksempel er dagtid i helger, hvor turnus la opp til at det i gjennomsnitt var 10 beboere pr pleier med annen helsefaglig bakgrunn ($M = 9,8$, $SD = 5,6$) og 20 beboere pr. sykepleier ($M = 19,8$; $SD = 9,8$).

[Tabell 1 omtrent her]

Fravær

Én ting er turnusplanene, en annen er det faktiske antall pleiere som er på vakt. Svarene fra informantene indikerte et betydelig sykefravær. En fjerdedel (24%) oppga at det var ”svært mye” eller ”mye” fravær blant sykepleiere, noe mindre blant ufaglærte (20%), men mest blant pleiere med annen helsefaglig bakgrunn (38%). Disse tallene gir ikke grunnlag for å tallfeste sykefraværet, men tall fra statistikkbanken i SSB viser at det, sammenlignet med andre deler av arbeidsmarkedet, er et høyt sykefravær i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Det totale sykefraværet innen helse- og sosialtjenestene i fjerde kvartal 2013 var på 9,7 prosent, det tilsvarende tallet for hele arbeidsmarkedet var på 6,4 prosent (<http://ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/sykefratot/kvartal/2015-03-12?fane=tabell&sort=nummer&tabell=221154>).

Fravær blant sykepleiere satt opp i turnus ble tilsynelatende i begrenset grad kompensert med andre sykepleiere som vikarer. Over halvparten (58%) sa seg ”helt enig” i at fravær blant sykepleiere førte til at færre sykepleiere var på jobb enn planlagt, i tillegg sa nesten en tredjedel (31%) seg ”delvis enig”. I stedet kunne vikarer med annen helsefaglig bakgrunn bli brukt (78% sa seg helt eller delvis enig i at disse ble brukt for å erstatte sykepleiere). Ufaglærte så ut til å bli brukt like hyppig som vikarer for sykepleiere, hele 73% sa seg helt eller delvis enig i at disse erstattet sykepleiere. Samtidig sa nesten halvparten (47%) seg helt eller delvis enig i at ”tjenesten blir underbemannet”. Fravær blant sykepleiere så dermed ut til å føre til totalt sett for få personer på vakt og også i betydelig grad bruk av annet personell enn sykepleiere.

Planlagt og optimal bemanning

Tabell 2 gir en oversikt over forholdet mellom planlagt bemanning og hva informantene oppfattet som optimal bemanning. Vi bruker adskilte tall for bemanning med sykepleiere, pleiere med

annen helsefaglig bakgrunn og ufaglærte, siden disse har ulik kompetanse.

Det var ikke påfallende stor forskjell i spennvidde for antall ansatte som var planlagt og antall ansatte som var optimalt (se under Min-Maks i tabellen). Noen forskjeller var det imidlertid, noe som også kom til uttrykk i høyere gjennomsnitt for optimalt antall ansatte enn gjennomsnittet for planlagt antall ansatte. For både sykepleiere og pleiere med annen helsefaglig bakgrunn lå gjennomsnittet for optimalt antall pleiere litt høyere enn antallet satt opp i 6-ukers-turnus. Planlagt bemanning omfattet i noen tilfeller ingen sykepleiere, primært gjaldt dette for kvelder og netter (12% av informantene oppga at planlagt bemanning for netter ikke omfattet sykepleiere). Andre informanter oppga at planlagt bemanning ikke omfattet pleiere med helsefaglig bakgrunn eller ingen ufaglærte. *Optimal* bemanning omfattet langt sjeldnere ingen sykepleiere (for eksempel så bare 3% det som optimalt at ingen sykepleiere var på vakt om nettene).

[Tabell 2 omtrent her]

Vi brukte en regresjonsanalyse som så planlagt bemanning som avhengig av optimal bemanning. Resultatene er gjengitt i Tabell 2 (med ustandardiserte regresjonsverdier).¹

Det var meget høyt samsvar mellom optimal og planlagt bemanning med ufaglærte og pleiere med annen helsefaglig bakgrunn på det vi kaller normalarbeidstid (dagtid på hverdager), med ustandardiserte regresjonsverdier på 0,84 og 0,87. For bemanning med sykepleiere så imidlertid informantene ut til foretrekke noe høyere bemanning enn det planene la opp til på

¹ Regresjonsverdien (*b*) angir hvor mye planlagt bemanning økte hvis optimal bemanning økte med 1 person. Konstanten kommer i tillegg. Vi kan bruke antall sykepleiere på dagtid, hverdager som eksempel (regresjonsverdi = 0,66; konstant = 0,41). Hvis det optimale antallet var 1 sykepleier, var den planlagte bemanningen også omtrent 1 sykepleier ($1 \cdot 0,66 + 0,41$). Hvis den optimale bemanningen var 10, var den planlagte bemanningen omtrent 7 sykepleiere ($10 \cdot 0,66 + 0,41$).

dagtid på hverdager. Dette er illustrert i Figur 3. Figuren viser en klar sammenheng mellom optimal bemanning (slik informantene så det) og planlagt bemanning. Halvparten (49%) av informantene ga identiske tall for optimalt antall sykepleiere på vakt og antall sykepleiere som ble satt opp i turnus, en tredjedel (33%) mente at det optimale antallet ville være én sykepleier mer enn det planlagte antallet i turnus. Disse svarene er synlig som mørke felt i figurene. De mørke feltene i figuren er et resultat av mange identiske svar (og dermed sirkler som ligger i en klynge etter at statistikkprogrammet har spredd dem en anelse utover for å unngå at de sammen danner bare én sirkel) .

Mens det var ganske høyt samsvar mellom optimal og planlagt bemanning på dagtid på hverdager, var det et langt større misforhold på arbeidstider utenfor normalarbeidsdagen. For sykepleiere var forskjellene ikke dramatiske, det ser vi av at minimum og maksimum antall sykepleiere i optimal og planlagt bemanning var ganske like. Men planlagt bemanning lå konsekvent lavere enn optimal bemanning (synlig gjennom regresjonsverdier under 0,50; selv om vi må legge til konstanten).

For pleiere med annen helsefaglig bakgrunn var det størst diskrepans på nattevakter mellom optimalt antall på vakt og det planlagte antall i turnus. Det gjaldt særlig for nattevakter på hverdager. Hvis vi tolker konstanten i regresjonsanalysen som en grunnbemanning uavhengig av optimalt bemanning, hadde sykehjemmene i gjennomsnitt over en grunnbemanning på nesten 1 (konstanten var 0,90), faktisk behov (optimal bemanning) ga så bare en svak økning i denne grunnbemanningen ($b = 0,24$). Med andre ord: Det var begrenset samsvar mellom optimal og planlagt bemanning. Dette kom også til uttrykk i vidt forskjellige ekstremverdier for planlagt (0 til 4) og optimal bemanning (0 til 14) med pleiere med annen helsefaglig bakgrunn. Analysen viste en liknende påfallende diskrepans for kveldsvakter i helger mellom planlagt og optimal bemanning med pleiere med annen helsefaglig bakgrunn. Også plan for nattevakter i helger avvek fra optimal bemanning med

pleiere med annen helsefaglig bakgrunn ($b = 0,38$; konstant = $0,68$), mens kveldsvakter på hverdager hadde tilnærmet optimal planlagt bemanning ($b = 0,72$; konstanten var lav og ikke statistisk signifikant).

Planer for bemanning med ufaglærte på hverdager lå relativt høyt i forhold til optimal bemanning. Regresjonsverdiene for dagtid, kveld og natt var alle høye (over $0,80$), i tillegg kommer konstanten (som var nær 1 for både dagtid og kveld). Planene tenderte dermed mot å ha flere ufaglærte enn det informantene så som en optimal løsning, noe som også kommer til uttrykk i at maksimumstall for planlagt bruk av ufaglærte på dagtid var klart høyere enn det optimale.

Det var også lite samsvar mellom optimal og planlagt bemanning med ufaglærte i helger. Dagtid i helger var det ingen klar effekt av behovet (optimal bemanning) på planlagt bemanning ($b = 0,27$), mens det vi ovenfor kalte en gjennomsnittlig grunnbemanning lå høyt med nesten to ufaglærte (konstant = $1,77$). Tabell 2 viser også for kvelder og netter på helger en diskrepans mellom optimal og planlagt bemanning.

Diskusjon

I denne artikkelen har vi sett på planlagt bemanning i sykehjem og hvordan tillitsvalgte vurderte optimal bemanning på sine avdelinger. Optimal bemanning ble målt med spørsmålet ”Hvis du tar utgangspunkt i pasientene og hensynet til faglig forsvarlighet, hvor mange ansatte med ulik kompetanse mener du trengs på ditt arbeidssted til ulike tider?” Variasjonen var stor, både i planlagt bemanning og i hva tillitsvalgte oppfattet som optimal bemanning. Funnene tyder på at det kan være vanskelig å tallfeste en norm for bemanning, slik det er tenkt med en bemanningsnorm. Det vil kunne være misvisende å operere med landsdekkende gjennomsnittstall for bemanning i forhold til antall beboere, enten man snakker om dagens turnusplaner eller hva informantene anser vil være optimal bemanning sett i forhold til pasientenes behov.

Store variasjoner i planlagt bemanning

Undersøkelsen avdekker store variasjoner mellom sykehjem i antall sykepleiere og personell med annen helsefaglig bakgrunn som settes opp i 6-ukers turnus, sett i forhold til antall beboere. Variasjonen i planlagt bemanning kan ikke forklares med forskjellige behov for helsepersonell i henholdsvis langtidsavdelinger for demente eller somatiske pasienter, eller forskjellige behov i ulike typer korttidsavdelinger. Det var betydelig variasjon innen samme type avdeling. Det er mulig at variasjonen innen samme type avdeling kan skyldes at avdelinger med samme betegnelse har beboere med ulike pleiebehov (med ulik kroppslig eller mentalt funksjonsnivå). Vi har ikke hatt data til å undersøke dette, men avdelinger med samme betegnelse kan ha ulike typer beboere fra kommune til kommune. En kommune med begrensede omsorgsressurser, men med en relativt godt utbygd hjemmetjeneste, vil kunne ha beboere med langt større behov i langtidsavdelingene i sykehjem enn kommuner med større samlede ressurser og relativt god dekning med institusjonsplasser. Det kan derfor være problematisk å anbefale en landsdekkende standard bemanningsnorm, både for hele sykehjem og spesifikke avdelinger i sykehjem.

Strandquist m.fl (2005) har utviklet en metode for å beregne det de sier er riktig bemanning for ulike pasientgrupper i hjemmetjenestene, som de mener kan ha en overføringsverdi til sykehjem. Verktøyet som forskergruppen har utviklet, tar hensyn til flere forhold ved pasientens situasjon når pasienten plasseres i en pleiekategori med tilhørende kompetansebasert bemanningsplan.

Et slikt verktøy kan være egnet for å planlegge en forsvarlig bemanning for ulike grupper av pasienter lokalt. Men det vil være vanskelig å bruke et slikt verktøy for å utvikle en felles, landsdekkende norm for bemanning for ulike pasientgrupper både i hjemmetjenesten og sykehjem. Det er store lokale variasjoner, ikke bare mellom kommuner, deres innbyggere og kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud. Det er også lokale

forskjeller i hvilken grad familie og frivillige stiller opp, og hvilke tilbud spesialisthelsetjenesten gir.

Færre sykepleiere og annet helsepersonell på jobb enn planlagt

De store variasjonene i planlagt bemanning er ikke den eneste grunnen til at det er problematisk å bruke informasjon fra turnusplanene for å tallfeste en bemanningsnorm. Ifølge flere av informantene er det faktiske antall pleiere som er på vakt gjennomgående lavere enn antall pleiere som settes opp i turnus. Svarene samsvarer med tidligere kartlegginger og undersøkelser som har påvist store og systematiske avvik mellom planlagt og faktisk bemanning (ECON 2009, Holmeide & Eimot 2010, Gautun 2012). Det fremkommer i disse undersøkelsene at det først og fremst er et høyt sykefravær som forklarer avvik mellom planlagt og faktisk bemanning. Opplysningene fra tillitsvalgte i den foreliggende undersøkelsen bekreftet dette inntrykket. Fravær blant sykepleiere satt opp i turnus ble i begrenset grad kompensert med andre sykepleiere som vikarer. Fraværet blant sykepleiere førte ifølge informantene både til at det ble brukt vikarer med annen helsefaglig bakgrunn, ufaglærte og at det totalt sett ble for få personer på vakt. Sykehjemmene satte langt fra alltid inn vikarer, verken faglærte eller ufaglærte.

En bemanningsnorm kan stå i fare for å videreføre problemet knyttet til misforholdet mellom planlagt og faktisk bemanning. Hvis bemanningsnormen blir basert på eksisterende turnuser, vil den kunne angi et for lavt nivå i bemanningen og videreføre en underbemanning, ganske enkelt fordi eksisterende turnus i mange sykehjem ser ut til ikke å ta hensyn til det hyppige sykefraværet blant pleiere.

Vanskelig å tallfeste en bemanningsnorm på bakgrunn av informantenes syn på optimal bemanning

Samtidig ser det ikke ut til at tillitsvalgtes vurdering av hva som bør være en optimal

bemanning gir et bedre utgangspunkt for å tallfeste en bemanningsnorm. Også i vurderinger av optimal bemanning fant vi stor variasjon mellom sykehjem og mellom samme type avdelinger. Det var stor variasjon i hva informantene mente ville være en faglig forsvarlig bemanning i forhold til antall pasienter.

Vi fant at informantenes vurdering av optimal bemanning innen normalarbeidstid var ganske lik den planlagte bemanningen på avdelingen. Derimot var det et langt større misforhold på arbeidstider utenfor normalarbeidsdagen. Særlig gjaldt det for pleiere med annen helsefaglig bakgrunn, for disse var det stor avstand mellom antallet som ble satt opp i turnusplaner og de tillitsvalgtes vurdering av optimal bemanning på nattevakter (både på hverdager og i helger), og på kveldstid i helgene. En eventuell bemanningsnorm, om den skulle bli innført, bør derfor eksplisitt ta opp bemanning utenfor normalarbeidsdagen. Det er på slike tider vi kan forvente at bemanningen er for lav, slik vi så gjennom diskrepansen som kom fram da vi sammenliknet planlagt bemanning med sykepleieres oppfatning om optimal bemanning.

Planlegg bedre for sykefravær

Flere undersøkelser konkluderer med at et stort flertall blant ansatte i sykehjem rapporterer om et stort tidspress, med uheldige konsekvenser for den enkelte pasient (Gautun & Hermansen 2011, Gautun & Syse 2013, Hamran & Moe 2012). Et nærliggende virkemiddel for å motvirke tidspress for ansatte, kan være at turnus i større grad planlegges basert på den kunnskapen kommunene har om forventet fravær i sykehjem. Ifølge de tillitsvalgte ble det i liten grad tatt hensyn til sykefravær i oppsett av turnuser. I mange tilfeller førte dette til at faglærte ble erstattet med ufaglærte vikarer eller at bemanningen ble lavere enn planlagt. Dette er en svakhet ved dagens bruk av turnus, og kanskje et vel så viktig moment som spørsmålet om en bemanningsnorm.

Kunnskap om et realistisk forventet fravær brukes i flere tilfeller ikke i planleggingen.

Planene ser ut til å være overdrevent optimistiske. I faglitteraturen er tendensen til å planlegge ut fra overdreven optimisme blitt kalt “planning fallacy” (Tversky & Kahneman, 1979). Slike “feilslutninger i planlegging” er ofte knyttet til underbudsjettering i tid, gjerne med store økonomiske konsekvenser. For oppsett av turnus på sykehjem kan den overdrevne optimismen primært være knyttet til at man ikke tar hensyn til sykefravær.

Sykefravær i sykehjem er et problem som sannsynligvis er lett å forutse; statistikken for sykefravær blant pleiere er tydelig. De som legger turnus for sykehjem vil også få tilbakemelding om at planen (turnus) var overdrevent optimistisk, som følge av sykefravær. Da kan grunnlaget for planleggingen forbedres ytterligere ved at det enkelte sykehjem forholder seg til sin egen statistikk for sykefravær og utvikler en strategi basert på dette sykefraværet. Étt svar på sykefravær er å hente inn vikarer. Bruken av vikarer i sykehjem kan imidlertid være kostnadskrevenende, og tjenesten kan, som vi også har sett i denne undersøkelsen, lide fordi det settes inn vikarer med lavere kompetanse. I enkelte sykehjem med flere avdelinger kan det derfor kanskje vurderes å sette opp turnus med noen flere pleiere enn det antall man strengt tatt trenger. Disse tilleggsvaktene kan da brukes på den avdelingen hvor det er akutt behov, for eksempel som følge av sykefravær. Uansett innhold i strategien (om man har ekstra-vakter på jobb eller om man alltid kontakter vikarer ved sykdomsforfall), strategien bør være gjennomtenkt og basert på en realistisk vurdering av hindre som man vet at kan oppstå.

Referanser

- Adal L, M. Strandquist (2011) *Bemanningsplan- Fordeling av kompetanse i hjemmetjenesten*.
Stokkeprosjektet og NSF Vestfold. Høgskolen i Vestfold. Rapport 7/2004.
- Dokument 8:129 S (2014-2015 Representantforslag fra 4 stortingsrepresentanter fra SV til Stortingets
Helse- og omsorgskomite.
- ECON (2009). *Bemanning i kommunal pleie- og omsorg*. Rapport 2009-072
- Gautun, H & A. Syse (2013). *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og
omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* NOVA rapport nr
8/13.
- Gautun, H. (2012). *Planlagt og faktisk bemanning*. Fafo rapport 2012-05
- Gautun, H. Grødem & Å. Hermansen (2012). *Hvordan fordele omsorg? Utfordringer med å prioritere
mellom eldre og yngre brukere*. Fafo rapport 2012:62.
- Gautun, H. & Hermansen (2011). *Eldreomsorg under press*. Fafo rapport 2011:12
- Gjevjon, Edith L Roth; Romøren, Tor Inge (2011). Vedtak om sykehjemsplass - hvor høye er tersklene.
Demens : tidsskrift om demenssykdommer, 15(4), s. 36-37.
- Hamran, T., & Moe, S. (2012). *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten – ulike behov eller
forskjellsbehandling*. Rapport nr. 3. Tromsø, Norway: Centre for Care Research, University of
Tromsø.
- Helsetilsynet (2019). *Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008–2010. Sårbare
pasientar – utrygg tilrettelegging*. Rapport 7/210.
- Hofstad, E. (2011). <https://sykepleien.no/2011/08/nsf-diskuterer-bemanningsnorm>
- Holmeide, A & Eimot, M (2010). *Bemanning i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo:
Analysesenteret.
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1979). Intuitive prediction: biases and corrective procedures. *TIMS
Studies in Management Science*. 12, 313–327.
- Malmedal, W. (2013). *Inadequate Care, Abuse and Neglect in Norwegian Nursing Homes*.

Dr.gradsavhandling ved Institutt for sosialt arbeid. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
Trondheim.

Meld. St. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted- til rett tid.*

Moland, L. (2009). *Deltid og sykefravær i Skedsmo kommune.* Fafo-notat 2009:3.

Morken, M.N (2011), <https://www.nsf.no/vis-artikkel/538350/1212344/NSF-stotter-ikke-innforing-av-standarisert-bemanningsnorm>

Norsk Senter for menneskerettigheter, Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo (2014).

Menneskerettigheter i norske sykehjem. Temarapport 2014.

NorgesBarometer (2011) Undersøkelse blant Norges ordførere, rådmenn og kommunepolitikere på oppdrag fra Norges Sykepleierforbund. Rapport Nr. 7/2011.

Omsorg 2020 - Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020

SSB (2009). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008.* SSB Rapport 2009/9

Strandquist M, G. Næss G, Andersson AM, Stigen AM, Adal L, Kirkevold M. (2005).

Kompetansebasert bemanningsplan. Verktøy for kategorisering av pasientsituasjoner og beregning av bemanningsbehov. Norsk Sykepleierforbund Vestfold. Høgskolen i Vestfold. Rapport 7/2005.

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

Tabeller

Tabell 1.

Antall beboere pr. pleiere og ufaglærte i planlagt bemanning, gjennomsnitt, standardavvik, minimum og maksimum antall

		Sykepleiere					Annen helsefaglig bakgrunn					Ufaglærte				
		Minimum	Maksimum	M	SD	N	Minimum	Maksimum	M	SD	N	Minimum	Maksimum	M	SD	N
Hverdager	Dag	2,5	33,0	10,7	5,0	201	2,5	27,0	7,2	3,4	199	4,0	60,0	16,1	9,3	128
	Kveld	5,0	63,0	19,6	9,8	200	3,5	54,0	10,3	5,1	201	1,5	60,0	17,1	8,7	124
	Natt	5,0	87,0	23,4	13,0	174	2,7	60,0	20,3	10,5	179	4,8	63,0	20,9	11,5	38
Helger	Dag	3,0	63,0	19,8	9,8	188	2,3	54,0	9,8	5,6	192	2,3	48,0	12,7	7,0	145
	Kveld	4,0	63,0	21,4	9,8	183	0,4	54,0	11,3	5,8	193	2,3	48,0	15,3	7,1	141
	Natt	8,0	87,0	23,8	13,3	162	4,0	60,0	20,7	10,8	172	6,3	63,0	23,2	13,1	38

Tabell 2.

Planlagt bemanning i sykehjem som avhengig av optimal bemanning

		Sykepleiere					Annen helsefaglig bakgrunn					Ufaglærte				
		Min-maks	Regresjonsanalyse				Min-maks	Regresjonsanalyse				Min-maks	Regresjonsanalyse			
		Plan,optimalt	<i>b</i>	<i>se</i>	<i>K</i>	<i>N</i>	Plan,optimalt	<i>b</i>	<i>se</i>	<i>K</i>	<i>N</i>	Plan,optimalt	<i>b</i>	<i>se</i>	<i>K</i>	<i>N</i>
Hverdager	Dag	0-9; 1-12	0,66	0,04	0,41	192	0-12; 0-12	0,87	0,03	(0,00)	190	0-7; 0-3	0,84	0,12	0,75	126
	Kveld	0-6; 0-6	0,49	0,04	0,33	200	0-10; 1-11	0,72	0,04	(0,27)	191	0-11; 0-3	0,81	0,16	0,81	122
	Natt	0-3; 0-4	0,42	0,05	0,42	184	0-4; 0-14	0,24	0,03	0,90	166	0-4; 0-2	0,89	0,20	0,25	80
Helger	Dag	0-7; 0-8	0,44	0,05	0,37	179	0-9; 1-13	0,64	0,04	(0,32)	173	0-10; 0-12	0,27	0,10	1,77	116
	Kveld	0-4; 0-5	0,44	0,05	0,34	178	0-21; 1-14	0,48	0,07	0,92	173	0-6; 0-3	0,60	0,14	1,20	108
	Natt	0-3; 0-4	0,45	0,05	0,39	163	0-3; 0-6	0,38	0,04	0,68	145	0-2; 0-1	0,57	0,18	0,23	70

Hver parvise sammenlikning inkluderte bare dem som svarte på begge spørsmålene. Bokstaven *b* står for (den ustandardiserte) regresjonsveriden, *se* er standardfeil (standar error), *K* viser til konstanten, *N* er antall svar. Alle regresjonseffekter var statistisk signifikante ($p < ,01$). Konstant som er satt i parentes var ikke statistisk signifikant ($p > .05$).

Figurer

Figur 1.

Variasjon i antall beboere pr sykepleier satt opp i turnus. Dagtid og kveld på hverdager. Separate tall for ulike typer avdelinger.

Note. Vi gjengir separate tall for Langtidsavdeling med somatikk (Lang som.), Langtidsavdeling for demens (Lang dem.), Langtidsavdeling for somatikk og demens (Som/Dem), Blanding av korttids- og langtidsavdeling (Blanding), Korttidsavdeling og Tre eller flere avdelinger.

Figur 2.

Variasjon i antall beboere pr pleier med annen helsefaglig bakgrunn satt opp i turnus. Dagtid og kveld på hverdager. Separate tall for ulike typer avdelinger.

Note. Figuren gir separate tall for Langtidsavdeling med somatikk (Lang som.), Langtidsavdeling for demens (Lang dem.), Langtidsavdeling for somatikk og demens (Som/Dem), Blanding av korttids- og langtidsavdeling (Blanding), Korttidsavdeling og Tre eller flere avdelinger.

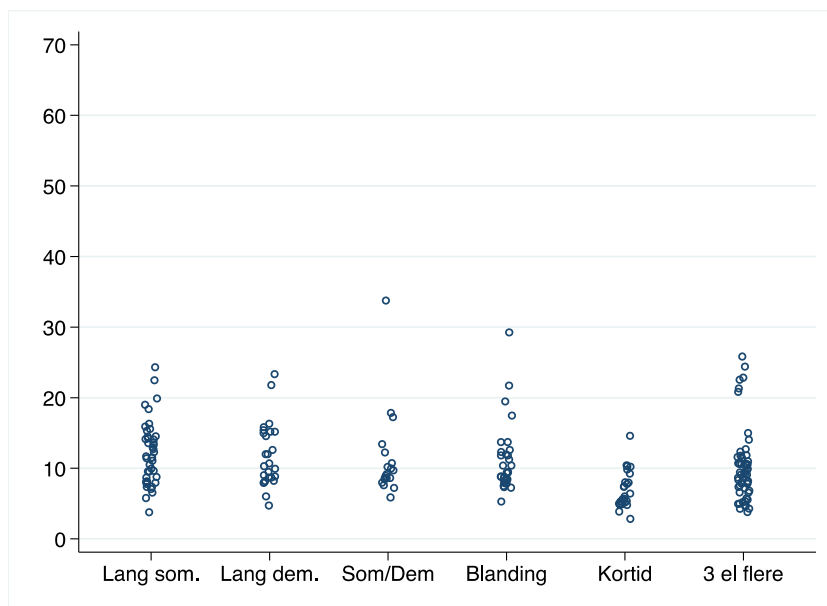
Figur 3.

Planlagt bemanning som avhengig av optimal bemanning: Sykepleiere på hverdager, dagtid.

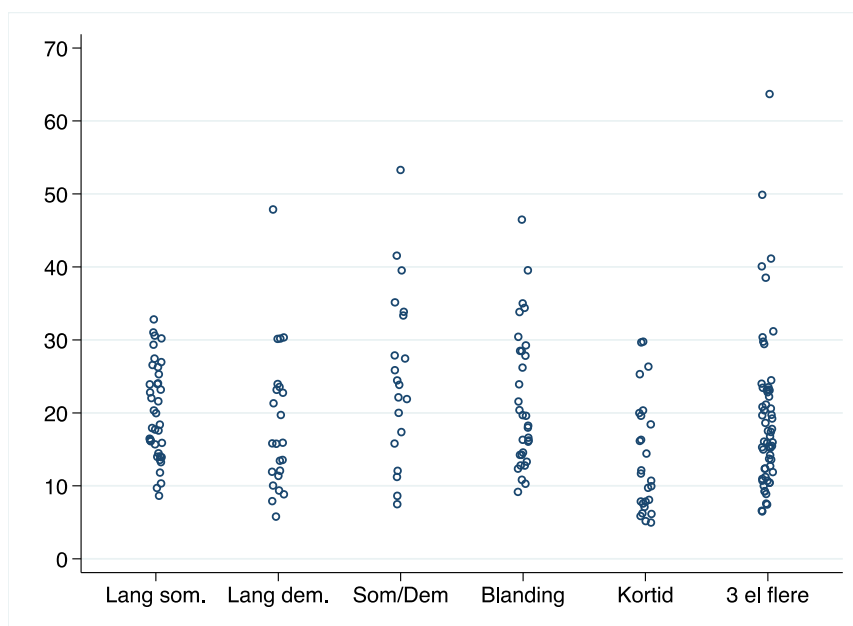
Note. Hver tillitsvalgt er representert med en sirkel, statistikkprogrammet har spredd sirklene en anelse for å unngå at en enkelt sirkel representerer flere svar. Den ene utleggeren med optimalt 2 sykepleiere og 9 sykepleiere planlagt hadde liten effekt på analysen. Hvis denne utleggeren ble utelatt, ble regresjonseffekten minimalt høyere (0,68) mens konstanten ble lavere (0,32).

Figur 1.

a) Dagtid

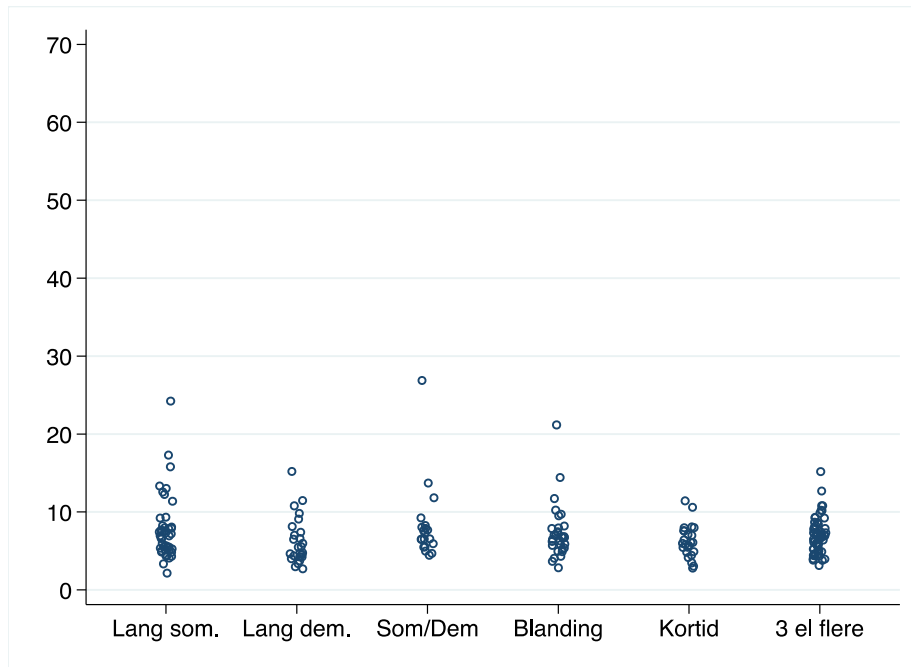


b) Kveld

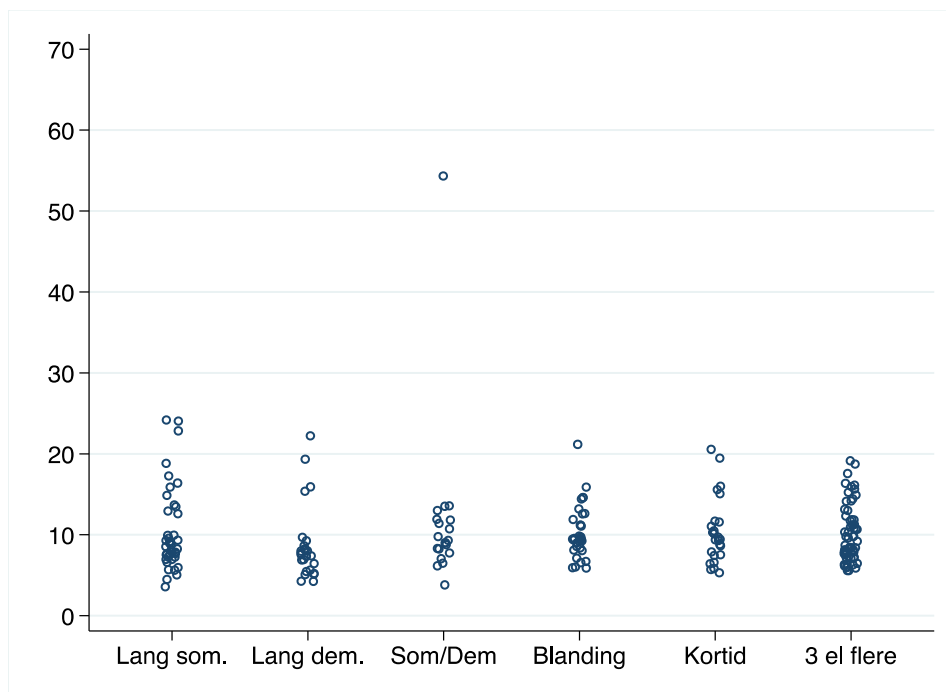


Figur 2.

a) Dagtid



b) Kveld



Figur 3.

