

Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem

HEIDI GAUTUN & CHRISTOPHER BRATT

RAPPORT
NR 14/14



Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem

HEIDI GAUTUN
CHRISTOPHER BRATT

Velferdsforskningsinstituttet NOVA
NOVA Rapport 14/2014

Velferdsforskningsinstituttet NOVA er et forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferds-samfunnets tiltak og tjenester.

© Velferdsforskningsinstituttet NOVA
Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) 2014

ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-522-3

ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-523-0

ISSN 0808-5013 (trykt)

ISSN 1893-9503 (online)

Illustrasjonsfoto: © colourbox.no
Illustrasjon: Gustav Vigeland. Motiver i smijernsport © Vigeland museet/Bono 2014
Desktop: Torhild Sager
Trykk: Allkopi

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

Velferdsforskningsinstituttet NOVA
Stensberggata 26, 0170 Oslo · Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo
Nettadresse: www.hioa.no/nova

Forord

Norsk Sykepleierforbund (NSF) ga NOVA våren 2014 i oppdrag å gjennomføre en studie av bemanningsplanlegging- og kompetansesammensetning i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. I denne rapporten presenteres funn fra en spørreundersøkelse som ble gjennomført i mai og juni 2014 blant 431 tillitsvalgte i sykehjem og hjemmesykepleien i 215 kommuner spredt over hele landet. Heidi Gautun (NOVA) har hatt hovedansvaret for å gjennomføre prosjektet og skrive rapporten. Christopher Bratt (Statistisk Analyse) har gjennomført analyser og presentert data i rapporten.

Helene Aksøy, spesialrådgiver (NSF), Øyvind Nordbø, spesialrådgiver (NSF), og Kari Elisabeth Bugge, fagsjef (NSF), har gitt nyttige innspill og kommentarer underveis i prosjektet. Idar Eidset og Marit Heitkøtter Lien (Respons Analyse) har tålmodig gjennomført selve datainnsamlingen og bidratt til gode løsninger for å øke svarprosenten. Marijke Veenstra, forskningsleder (NOVA), har kvalitetssikret rapporten. De skal alle ha en stor takk for å ha bidratt i gjennomføringen i prosjektet.

Oslo, september 2014

Heidi Gautun

Christopher Bratt

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Problemstillinger	12
2 Data og metode	15
2.1 Datainnsamling	15
2.2 Analyser	17
3 Informantene	19
3.1 Kjønn og alder	19
3.2 Type tjeneste	20
3.3 Kommunestørrelse og Helseregion	21
4 Bemanning og kompetansesetting: planlegging og avvik	23
4.1 Planlegging	23
4.2 Status bemanning per antall brukere og beboere	25
4.3 Avvik mellom planlagt og faktisk bemanning	31
4.4 Oppsummering	35
5 Optimal bemanning og bemanningsnorm	37
5.1 Optimal bemanning på sykehjem	37
5.2 Optimal bemanning hjemmesykepleie	42
5.3 Samsvarer optimal bemanning med planlagt bemanning?	44
5.4 Mangel på spesialsykepleiere?	50
5.5 Holdninger til bemanningsnorm	51
5.6 Oppsummering	53
6 Kvalitet og arbeidsmiljø	57
6.1 Kvalitet og faglig forsvarlighet	57
6.2 Arbeidsmiljø	61
6.3 Oppsummering	62
7 Kommunale og regionale variasjoner i oppsett av turnuser og reaksjoner på fravær	63
7.1 Bakgrunn for turnusene som settes opp	63
7.2 Hva skjer når det oppstår fravær?	63
7.3 Hvorfor oppstår avvik mellom planlagt og faktisk bemanning?	64
7.4 Oppsummering	65

8 Avslutning	67
8.1 Hensyn til økonomi og tilgjengelig helsepersonell oppfattes som i størst grad å påvirke oppsett av turnus.....	67
8.2 Betydelige variasjoner i planlagt bemanning.....	68
8.3 Høyt sykefravær oppgis som hovedgrunn til at det oppstår avvik mellom planlagt og faktisk bemanning	69
8.4 Ambivalens i forhold til å innføre en standard bemanningsnorm.....	70
8.5 Stor variasjon i optimal bemanning	71
8.6 Tidspress i tjenestene.....	72
Summary	73
Referanser	75
Vedlegg	77
Vedlegg til kapittel 5.....	77
Vedlegg til kapittel 6.....	79
Vedlegg til kapittel 7	82
Vedlegg: Spørreskjema tilsendt NSF tillitsvalgte	85

Sammendrag

Kapittel 1 Innledning

I denne rapporten rapporteres funn fra en studie av bemanningsplanlegging og kompetansesammensetning i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Følgende tre hovedproblemstillinger er belyst: 1) Hva påvirker planlegging og status for bemannings- og kompetansesammensetning i hjemmesykepleien og sykehjem i kommunene i dag? 2) Hva mener tillitsvalgte i tjenestene er optimal bemanning- og kompetansesammensetning i sykehjem og hjemmesykepleien? 3) Hvilken betydning har bemanning for tjenestenes kvalitet, og arbeidsmiljøet til de ansatte?

Kapittel 2 Data og metode

Spørsmålene er belyst ved hjelp av en spørreundersøkelse som ble gjennomført i mai og juni 2014, blant 431 av Norsk Sykepleierforbund (NSF) sine tillitsvalgte i sykehjem og hjemmesykepleien, bosatt over hele landet.

Kapittel 3 Informantene

Et stort flertall av informantene var kvinner (93 %). I alt 56 prosent arbeidet i sykehjem, 38 prosent arbeidet i hjemmesykepleien, mens seks prosent svarte «annet» på spørsmålet om arbeidssted. Et flertall av informantene som var tillitsvalgte i sykehjem, arbeidet i langtidsavdelinger.

Kapittel 4 Bemanning og kompetansesetting: planlegging og avvik

Flere hensyn ble sagt å påvirke 6-ukersturnusen som ble satt opp i tjenestene. De viktigste var økonomiske hensyn og tilgjengelig helsepersonell, men det var også mange som oppga faglige vurderinger og hensyn til ansattes arbeidstid. Få informanter sa at hensynet til forventet fravær hadde betydning.

Det var betydelige variasjoner mellom tjenestene, og også mellom samme type sykehjemsavdeling, i antall sykepleiere og personell med annen helsefaglig bakgrunn som ble satt opp i turnusplanen. Både i hjemmesykepleien og sykehjem oppga informantene at det ble satt opp flere sykepleiere og ansatte med

annen helsefaglig bakgrunn på jobb på dagtid, sammenlignet med kveld, natt, og helger.

Nesten to av fire oppga et høyt sykefravær blant sykepleiere, og fire av ti oppga et høyt sykefravær blant andre helsearbeidere. I mange tilfeller førte fraværet til at det oppstod et avvik mellom planlagt og faktisk bemanning. Kun under halvparten oppga at det som regel ble satt inn vikarer når det oppstod sykefravær. Det var ikke uvanlig å bruke ufaglærte som vikarer. I sammenlikninger av hjemmesykepleien og sykehjem fant vi at sykehjem så ut til å bruke vikarer i større grad enn hjemmesykepleien gjorde. Men mange av disse vikarene kunne være ufaglærte; informantene fra sykehjem rapporterte om større bruk av ufaglærte vikarer enn det hjemmesykepleien gjorde.

Informantene fortalte at hovedgrunnen til at det oppstod avvik mellom planlagt og faktisk bemanning, var at de hadde problemer med å få tak i vikarer, og spesielt sykepleiere, når det oppstod fravær. Dernest at de opplevde et press fra ledelsen av tjenesten om ikke å hente inn vikarer av økonomiske grunner.

Kapittel 5 Optimal bemanning og bemanningsnorm

Informanter på sykehjem så for seg en bemanning med et høyt innslag av sykepleiere og pleiere med annen helsefaglig bakgrunn. Et eventuelt større pleiebehov (for eksempel ved en økning i antall beboere) fanges heller opp mer med pleiere med *annen* helsefaglig bakgrunn enn av sykepleiere. I hjemmesykepleien fant vi ikke en slik forskjell, samtidig som et høyere antall brukere i liten grad skulle fanges opp med et høyere antall sykepleiere eller pleiere med annen helsefaglig bakgrunn.

Informanter på sykehjem opplevde planlagt bruk av pleiere med annen helsefaglig bakgrunn som nært optimalt, mens de ønsket økt bruk av sykepleiere i forhold til planlagt bruk av sykepleiere. Analysene tydet også på at informantene i *hjemmesykepleien* ønsket flere sykepleiere. Her uttrykte informantene samtidig også et behov for flere pleiere med annen helsefaglig utdanning. Informantene uttrykte et stort behov for spesialsykepleiere, både i sykehjem og i hjemmesykepleien.

Det er vanskelig å konkludere hvorvidt de tillitsvalgte var positive eller skeptiske til å innføre en standard bemanningsnorm for sykepleiere. Et stort

flertall svarte at innføringen av en slik norm ville heve og sikre kvaliteten. Samtidig svarte omtrent like mange at det var fare for at en slik norm ville kunne fungere som en maksimumnorm, selv om den kun er veiledende. Informantene ga også uttrykk for andre forhold, som økt kompetanseheving og det å planlegge i forhold til den aktuelle pasientgruppens behov, vil ha større betydning enn en fast bemanningsnorm.

Kapittel 6 Bemanning, kvalitet og arbeidsmiljø

Informantene opplevde et stort tidspress i tjenesten. Et stort flertall opplevde daglig eller ukentlig at tiden til den enkelte pasient ikke strakk til. Ifølge informantene var kvaliteten i tjenesten likevel god med tanke på pleie, pasientsikkerhet, faglig forsvarlighet og trygghet for pasientene. Ernæring, hygiene og andre omsorgsbehov så imidlertid ut til å bli mindre godt ivaretatt. Dessuten oppga kun nærmere halvparten av sykepleieinformantene at de hadde tid til å følge med på behovsutviklingen hos pasientene og sette inn egnede tiltak. Et mindretall blant de tillitsvalgte oppga at pasientene ble tilbudt et godt aktivitets- og kvalitetstilbud. Analysene viste en sammenheng mellom styrken i bemanningen og opplevd kvalitet ved tjenesten. Sammenhengen var sterkest for bemanning med annen helsefaglig bakgrunn.

De fleste formidlet en høy grad av trivsel og et godt samarbeid på arbeidsplassen. Arbeidsbelastningen ble imidlertid opplevd som stor, og sykefraværet skal ha vært høyt. Samtidig tydet data på en meget sterk sammenheng mellom kvalitet i tjenesten og arbeidsmiljø.

Kapittel 7 Variasjon etter kommunestørrelse og helseregion

I mange av testene på mulige forskjeller fant vi ingen statistisk signifikante forskjeller. Det var imidlertid ulikheter mellom *helseregionene* i spørsmålet om hvordan sykehjem vektlegger faglige hensyn i oppsett av turnus. Helse Vest og Helse Sør-Øst skårte høyt på dette spørsmålet, med forholdsvis stor vektlegging av faglige hensyn. Helse Nord skårte forholdsvis lavt. Også i spørsmålet om opplevd press fra ledelsen av tjenesten mot å bruke vikarer ved sykefravær, fant vi forskjeller mellom helseregioner. Størst opplevd press var det i Oslo, deretter i Helse Vest.

Informanter fra kommuner med under 3 000 innbyggere rapporterte i langt større grad at tjenesten brukte vikarer med annen helsefaglig utdanning for å dekke opp sykefravær blant sykepleiere. I store kommuner (over 50 000 innbyggere) og mellomstore kommuner var det i langt større grad press fra ledelsen mot å bruke vikarer ved sykefravær.

Kapittel 8 Avslutning

Avslutningsvis er følgende hovedfunn løftet frem: 1) Hensyn til økonomi og tilgjengelig helsepersonell ble oppfattet som i størst grad å påvirke oppsett av turnus. 2) Analysene viste betydelige variasjoner i antall personer med ulik kompetanse i forhold til antall pasienter som ble satt opp i planlagt turnus. 3) Høyt sykefravær ble oppfattet som å være hovedgrunn til at det oppstod avvik mellom planlagt og faktisk bemanning. 4) De tillitsvalgte var ambivalente til å innføre en standard bemanningsnorm for sykepleiere. 5) Det var også stor variasjon i hva informantene mente burde være optimal bemanning av sykepleiere og andre helsearbeidere. 6) Til slutt, informantene ga uttrykk for et stort tidspress i tjenestene.

1 Innledning

I denne rapporten presenteres funn fra en studie av planlegging av bemanning og kompetansesammensetning i kommunenes sykehjem og hjemmesykepleie. I studien belyser vi planlegging og status for bemannings- og kompetansesammensetning i disse tjenestene. Vi undersøker hva ansatte i tjenestene oppfatter som optimal bemanning, og om det er sammenhenger mellom bemanningen og tjenestenes kvalitet og faglige forsvarlighet. Vi ser også på sammenhenger med de ansattes arbeidsmiljø.

1.1 Bakgrunn

I en studie som ble gjennomført i 2011, fremkommer det at en god og realistisk bemanningsplan er avhengig av de økonomiske rammene for pleie- og omsorgssektoren vedtatt av politisk ledelse i kommunene, toppadministrasjonens fordeling av ressurser til ulike tjenester, og at turnus satt opp av leder av tjenesten tar høyde for sykefravær, ferieavvikling og annet fravær (Gautun 2012). Flere kommunepolitikere, ordførere og rådmenn ga i en undersøkelse i 2011 uttrykk for at de ikke har et godt nok beslutningsgrunnlag i budsjettforhandlingene for å vurdere hvilke endringer som eventuelt bør gjøres i kommunenes helsetjenester (FolkevalgtBarometer 2011). Litt under halvparten i kommunestyrene mente at folkevalgte bør få rapport om planlagt og faktisk bemanningssammensetning innenfor helse- og omsorgstjenestene (sykehjem og hjemmesykepleie) til politisk behandling.

I denne rapporten avgrensner vi oss til å undersøke 6-ukers-turnusen som settes opp for sykehjem og hjemmesykepleien. Fokuset er dermed planlagt bemanning i de enkelte tjenestene. Slike planer vil være avhengig av de økonomiske og personellmessige rammene for tjenestene og vi har spurt ansatte i tjenestene om hva de opplever ligger til grunn for de økonomiske og personellmessige rammene for tjenestene de jobber i.

Vi har sett det som viktig å undersøke både antall ansatte og hvilken kompetanse disse hadde i turnusene som ble satt opp. Undersøkelser viser at planene gir store variasjoner for antall arbeidstakere med sykepleiefaglig og helsefaglig bakgrunn, samt ufaglærte. Samtidig er det store variasjoner for

hverdager og helger, dagtid og kveldstid, samt ferier (f.eks. Moland 2009, ECON 2009, Holmeide & Eimot 2010, Gautun 2011). Disse undersøkelsene viste også at det kan være store variasjoner mellom tjenester, og mellom avdelinger innad i det enkelte sykehjem.

Vi har også sett det som viktig å skille mellom planlagt og faktisk bemanning. I to kartlegginger i 2009 og 2010, i til sammen 18 kommuner, og en kvalitativ studier i fem kommuner i 2011, fremkommer det at det er store systematiske avvik mellom turnusen som settes opp seks uker fremover i tid for sykehjem og hjemmesykepleien, og den faktiske bemanning (ECON 2009, Holmeide & Eimot 2010, Gautun 2012). Kartleggingene viste at antall ufaglærte er høyere, mens antall sykepleiere og helsearbeidere er konstant lavere enn planlagt. I helgene ble det dokumentert størst avvik. I den kvalitative studien som Gautun gjennomførte i fem kommuner i 2011, fremkom det på bakgrunn av intervjuer med toppledere¹ i kommuneadministrasjonen og ledere av sykehjem og hjemmesykepleien, tre hovedgrunner til at det oppstår avvik mellom planlagt og faktisk bemanning. For det første ble de økonomiske rammene opplevd som for stramme. Samtidig ble det i fire av de fem kommunene også vektlagt at rådmann og kommunestyre ikke hadde tilgang til gode rapporteringssystemer for bemanningssituasjonen og pasientbehovene. Videre oppga informantene i alle fem kommunene at det var vanskelig å få satt inn utdannede vikarer når det oppstod sykefravær. Grunnbemanning og tilgang til vikarer så ut til å ha betydning for om det kunne tas høyde for sykefravær og ferieavvikling når turnus ble satt opp. Det var slående i den kvalitative case-studien at toppledelsen i kommuneadministrasjonen og tjenestelederne i stor grad ga like beskrivelser og vurderinger.

1.2 Problemstillinger

I den foreliggende studien er tillitsvalgte i tjenestene stilt spørsmål om hvordan de opplever bemanningssituasjonen i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Våren og sommeren 2014 gjennomførte vi en spørreundersøkelse blant tillitsvalgte som jobbet i sykehjem og hjemmesykepleien i kommuner spredt over hele landet. Et viktig bidrag fra denne undersøkelsen er at vi ser om

¹ Toppledere var rådmann og leder for pleie- og omsorgstjenesten.

opplysninger fra tillitsvalgte bekrefter beskrivelser og vurderinger som toppledere i kommuneadministrasjonen og ledere i tjenestene har gitt i tidligere undersøkelser som er gjennomført (ECON 2009, Holmeide & Eimot 2010, Gautun, 2011). Annet som er nytt i den foreliggende undersøkelsen, er at vi undersøker hva som anses som optimal bemanning og vi kartlegger vurderinger av forslaget om en bemanningsnorm.

En av de tre hovedproblemstillingene i den foreliggende undersøkelsen er:

1. Hva påvirker planlegging og status for bemannings- og kompetansesammensetning i hjemmesykepleien og sykehjem i kommunene i dag?

Ulike forhold med mulig betydning for turnusen er undersøkt: pleietyngde, økonomiske rammer, tilgjengelig personell, tradisjon (man gjentar det som alltid er blitt gjort), om det tas høyde for forventet sykefravær og annet fravær, hensynet til arbeidsmiljøet, faglige vurderinger, fleksibilitet i forhold til når de ansatte ønsker å jobbe, stillingsstørrelsen til de ansatte og hensynet til arbeidstid.

I tillegg til å belyse bakenforliggende faktorer, er det tegnet et grovt bilde av bemanningssituasjon- og kompetanse-sammensetting, dvs. planlagt bemanning satt opp i turnus (antall ansatte med ulik kompetanse i forhold til antall brukere/beboere, på dag, kveld, natt, med separate tall for hverdager og helg). Det er undersøkt hvem som setter opp turnus, dvs. om dette gjøres av ledere i tjenestene, av ledere og tillitsvalgte, eller av ansatte i fellesmøter. Videre har vi undersøkt om planlagt og faktisk bemanning samsvarer, og hva som kan forklare eventuelle avvik.

2) Den andre hovedproblemstilling er: Hva mener tillitsvalgte i tjenestene er optimal bemanning- og kompetansesammensetning i sykehjem og hjemmesykepleien?

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 å sikre en forsvarlig bemanning. Sentrale helsemyndigheter er nå i ferd med å utarbeide en veileder der det foreslås en fast (veiledende?) bemanningsnorm for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er et åpent spørsmål om det er mulig og hensiktsmessig å praktisere en felles norm for tjenester som sykehjem og hjemmesykepleien. Vi har undersøkt dette ved å spørre de tillitsvalgte om hva de opplever vil være en

optimal bemanning i tjenesten de jobber i, og vi har undersøkt om disse vurderingene er noenlunde like innen samme type tjeneste, og innen samme type avdelinger i sykehjem. De tillitsvalgte er også spurt om hvilke holdninger de har til å innføre en standard bemanningsnorm.

3) Den tredje hovedproblemstillingen som er belyst er: *Hvilken betydning har bemanning for tjenestenes kvalitet, og arbeidsmiljøet til de ansatte?*

I undersøkelser som er gjennomført i de senere år, gir et flertall av sykehjem-sykepleiere og hjemmesykepleiere uttrykk for at knapphet på tid er et økende problem og kan gå ut over noen av sykepleieoppgavene og kvaliteten i tjenestene (Gautun & Hermansen 2011, Gautun, Grødem & Hermansen, Gautun & Syse 2013, Hamran & Moe 2012). Flere av sykepleierne gir også uttrykk for at knapphet på tid gir økt arbeidsbelastning og at sykefraværet går opp. Vi undersøker sammenhenger mellom bemanning- og kompetanse-sammensetning, samt de tillitsvalgtes oppfatninger om kvalitet i tjenestene. Vi trekker i denne sammenhengen også inn arbeidsmiljøet for de ansatte.

Vi spør de tillitsvalgte om behov for spesialsykepleiere. Behovet for spesialsykepleiere har økt etter samhandlingsreformen trådte i kraft, og et viktig spørsmål som kan stilles er hvorvidt kommunene har rekruttert tilstrekkelig med sykepleiere med spesialkompetanse. Etterspørselen etter spesialsykepleiere kan tenkes å være større i hjemmesykepleien enn i sykehjem. I en undersøkelse av hvilke erfaringer ansatte i tjenestene har hatt med samhandlingsreformen ½ år etter at den trådte i kraft, oppga flere sykepleiere i hjemmesykepleien enn i sykehjem utfordringer med å ta imot det økte antall pasienter fra sykehus (Gautun & Syse 2013).

For alle problemstillingene er hjemmesykepleien og sykehjem sammenlignet. I de tilfeller det har vært hensiktsmessig og mulig, har vi også sammenlignet ulike avdelinger i sykehjem. En hypotese har vært at det kan være forskjeller mellom langtidsavdelinger og korttidsavdelinger i sykehjem (noen korttidsavdelinger tar imot pasienter som trenger avanserte helsetjenester fra sykehus etter at samhandlingsreformen trådte i kraft). Vi har også sett på hvorvidt det er forskjeller mellom kommuner med ulikt innbyggertall og mellom ulike helseregioner (for helseregioner skiller vi mellom Helse Nord, Vest, Midt-Norge og Sør/Øst (unntatt Oslo), og Oslo.

2 Data og metode

For å belyse spørsmålene har vi gjennomført en spørreundersøkelse blant NSF's tillitsvalgte som jobber i kommunale sykehjem og hjemmesykepleie. NSF har overlevert NOVA epost-adresser til alle deres 923 tillitsvalgte i disse tjenestene.

Respons Analyse gjennomførte selve datainnsamlingen på oppdrag fra NOVA. Respons Analyse sendte ut spørreskjemaet som NOVA utarbeidet, ved hjelp av et nettbasert system. Dette innebærer at det sendes ut en e-post med informasjon og en lenke til selve spørreskjemaet. Spørreskjemaet er dermed besvart på nett.

Grunnen til at vi valgte å gjennomføre en web-basert spørreundersøkelse, er at sammenliknet med postale spørreundersøkelser, gir bruk av epost sendt direkte til informantene høyere svarprosent. Web-baserte spørreundersøkelser er også mindre kostbare enn postale spørreundersøkelser.

Forskningsprosjektet er gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer. Datainnsamlingen er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Å sikre informantene anonymitet, har vært viktig i prosjektet. NOVA har fått overlevert en anonymisert datafil fra Respons Analyse, og har ikke på noe tidspunkt kunnet identifisere hvem som har svart i datainnsamlingen. Respons Analyse slettet listen over epostadresser umiddelbart etter at datainnsamlingen var gjennomført i slutten av juni 2014.

2.1 Datainnsamling

NSF sendte i forkant av datainnsamlingen et informasjonsbrev til sine hovedtillitsvalgte i kommunene, og deretter til tillitsvalgte som jobbet lokalt i tjenestene, og oppfordret dem til å delta i undersøkelsen. Å delta i undersøkelsen har imidlertid vært frivillig, noe NOVA gjorde informantene oppmerksom på i forespørselen om å svare på spørreskjemaet.

Fremgangsmåten for å innhente svar²

Den 29. april 2014 ble invitasjon sendt med epost til 923 tillitsvalgte for Norsk Sykepleierforbund. Invitasjonen omfattet en internett-lenke til spørreskjemaet. Det kom 116 svar innen svarfristen. Den 6. mai sendte Respons Analyse ut en påminning og fikk 114 nye svar. Den 22. mai ble en ny påminnelse sendt ut til de 693 tillitsvalgte som så langt ikke hadde svart, sammen med en oppfordring fra forbundsleder Elin Gunnhild By om å delta i undersøkelsen. Det ga svar fra ytterligere 82 tillitsvalgte. Totalt hadde det dermed kommet 312 svar.

Respons Analyse gjennomførte en telefonisk purring overfor dem som så langt ikke hadde svart (med unntak av én person som hadde formidlet at hun ikke lenger var tillitsvalgt). Respons Analyse fikk telefonisk kontakt med 419 tillitsvalgte, de øvrige ble forsøkt oppringt mellom fire og sju ganger. Under telefonpurringen spurte Respons Analyse om de tillitsvalgte hadde mottatt e-posten med lenke til spørreskjemaet. Respons Analyse forklarte deretter betydningen av å svare på skjemaet, samtidig som de tillitsvalgte ble spurt om de var villig til å motta en ny epost med lenken til spørreskjemaet. De som ikke ønsket å motta lenken på ny, ble bedt om å fortelle hvorfor de ikke ønsket å svare.

Av de 419 tillitsvalgte som Respons Analyse fikk telefonisk kontakt med, avbrøt 49 samtalen før Respons Analyse rakk å stille spørsmålene, mens 14 sa at de allerede hadde svart på spørreskjemaet (uten at Respons Analyse hadde mottatt dette). Blant de 356 gjenværende, sa 250 seg positive til igjen å få en lenke til spørreskjemaet.

Blant de 106 som ga uttrykk for ikke å ville få lenken på ny, oppga halvparten (52) at de ikke lenger var tillitsvalgte, mens 15 av de øvrige svarte at de ikke arbeidet på sykehjem eller i hjemmesykepleien. De resterende oppga ulike grunner for at de ikke ønsket lenken på ny, 21 av dem sa at de skulle bruke e-posten og lenken de allerede hadde mottatt. Fire tillitsvalgte var sykemeldt, fire andre svarte at de ikke hadde tid til å fylle ut skjemaet, seks oppga at de ikke ønsket å svare, i tillegg kommer to som oppga at de syntes undersøkelsen

² Beskrivelsen av datainnsamlingen bygger på en dokumentasjonsrapport skrevet av Respons Analyse.

var for lang og for vanskelig. To tillitsvalgte oppga ingen grunn for at de ikke ønsket lenken på ny.

Av de 271 som enten ville motta lenken på ny eller skulle bruke lenken de allerede hadde mottatt, svarte 119 på spørreskjemaet. Totalt antall svar i spørreundersøkelsen med tillitsvalgte er dermed 431. Totalt sett svarte dermed annenhver av dem som ble invitert til å delta (svarprosent = 50 %), hvis vi ser bort fra personer som sa at de ikke lenger var tillitsvalgt eller ikke arbeidet i sykehjem/hjemmesykepleien (63 personer).

2.2 Analyser

Analysene i rapporten anvender ulike metoder. I hovedsak beskriver vi svarene ved enkle frekvensoversikter og krysstabeller (hvor Kji-kvadrat i noen tilfeller blir brukt for å vurdere om forskjeller mellom for eksempel tjenester eller regioner er «statistisk signifikante»). I tillegg har vi brukt regresjonsanalyse, for eksempel når vi vurderer sammenhenger mellom antall brukere/beboere og oppfatninger av optimal bemanning (som oftest presentert med grafiske framstillinger i form av punktdiagram med regresjonslinje tegnet inn). For å vurdere våre mål på kvalitet og holdninger til bemanningsnorm, samt sammenhenger med for eksempel arbeidsmiljø, har vi brukt strukturelle likningsmodeller i Stata 13 og Mplus 7.2. I noen tilfeller er analyser presentert i vedlegg og resultatene sammenfattet i den løpende teksten.

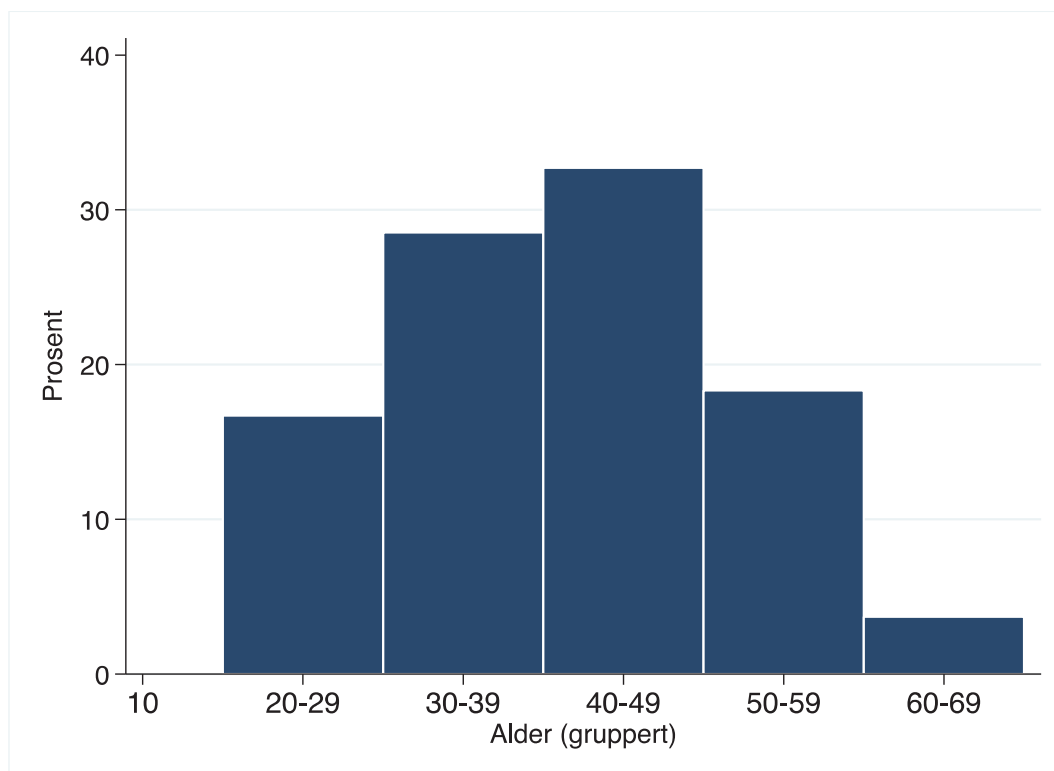
3 Informantene

I dette kapitlet gir vi en oversikt over noen kjennetegn ved informantene (kjønn og alder), hvor mange som jobbet i hjemmesykepleien, sykehjem og ulike avdelinger i sykehjem, og antall år de hadde jobbet på arbeidsstedet de var tilknyttet da undersøkelsen ble gjennomført. Videre ser vi på hvordan informantene som har svart på undersøkelsen fordeler seg på kommuner med ulikt innbyggertall og geografisk beliggenhet. Med geografisk beliggenhet menes helseregioner, dvs. Nord, Vest, Midt Norge og Sør/Øst (unntatt Oslo), og Oslo for seg.

3.1 Kjønn og alder

Et stort flertall av informantene er kvinner (93 % kvinner, 7 % menn). Et flertall av de tillitsvalgte som svarte på undersøkelsen var godt voksne i alderen 30–49 år (Figur 1).

Figur 1. Respondentenes alder (gruppert)



3.2 Type tjeneste

Vi fikk svar fra i alt 431 tillitsvalgte ved kommunale sykehjem eller kommunal hjemmesykepleie. I overkant av halvparten (56 %, 242 personer) var tillitsvalgte ved sykehjem, 38 prosent var tillitsvalgte i hjemmesykepleien (163 personer), 26 personer (6 %) svarte «Annet» på spørsmålet om arbeidssted og inngår ikke i analysene i rapporten.

Litt over 40 prosent av informantene som jobbet i sykehjem, jobbet på langtidsavdelinger (somatikk eller demens), mens 16 prosent oppga at de jobbet både på korttids- og langtidsavdelinger (Tabell 1). En tredjedel jobbet i 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 (Gautun, 2012).

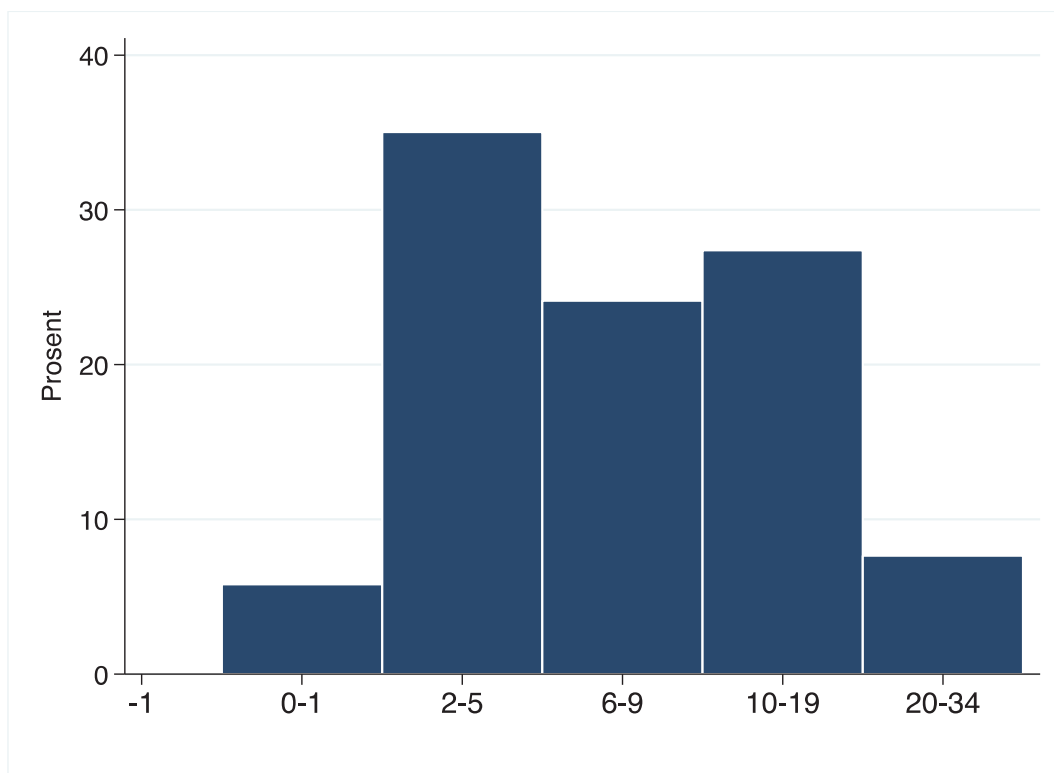
Tabell 1. Sykehjem: Type avdelinger informantene arbeidet ved

	Antall	Prosent
Langtid somatikk	50	20,7
Langtid demens	29	12,0
Langtid somatikk og langtid demens	23	9,5
Blanding kortid/langtid	40	16,5
Kortid	29	12,0
Tre eller flere avdelinger	71	29,3
Totalt	242	100,0

I kategorien korttid inngår de som krysset av: korttid, palliative, øyeblikkelig hjelp, rehabilitering og avlastning. Disse ble slått sammen fordi antallet i hver kategori var for lavt til separate analyser.

Nesten alle informanter (95 %) hadde jobbet mer enn to år på arbeidsstedet de var på da undersøkelsen ble gjennomført (Figur 2), og seks av ti hadde jobbet på samme arbeidsted i over seks år.

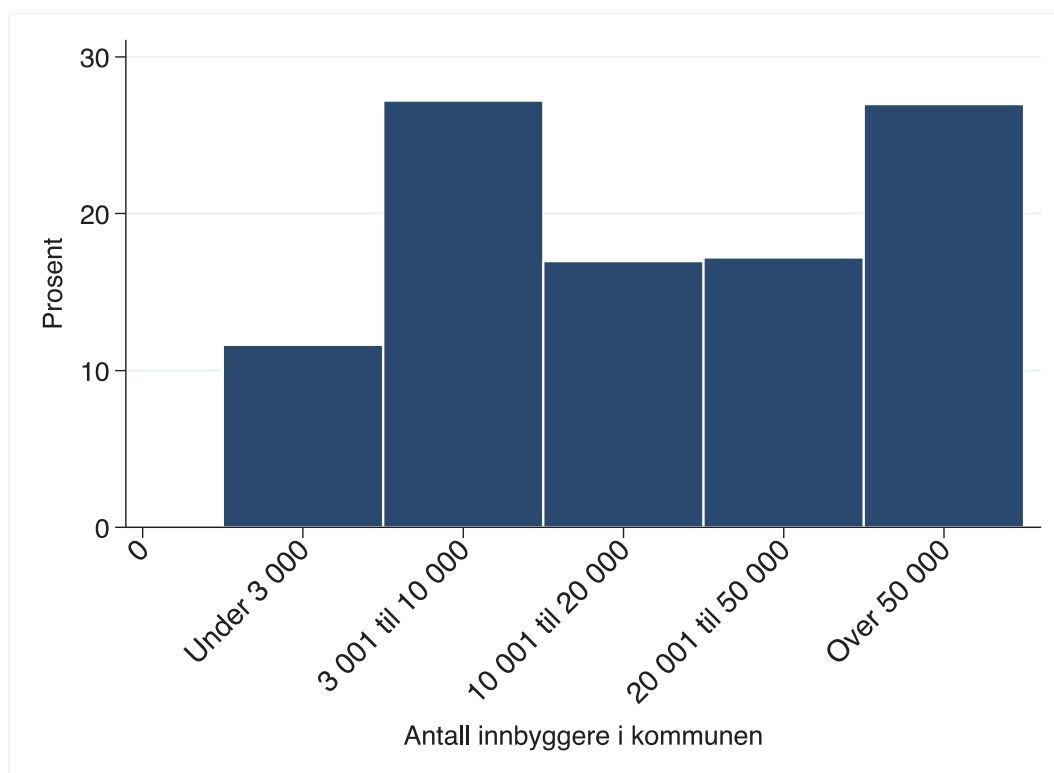
Figur 2. Antall år de tillitsvalgte hadde arbeidet ved arbeidsstedet



3.3 Kommunestørrelse og Helseregion

Totalt 215 kommuner er representert i undersøkelsen. Blant informantene bodde 39 prosent av informantene i kommuner med et innbyggertall på under 10 000, 34 prosent bodde i kommuner med 10 001–50 000 innbyggere, og 27 prosent bodde i de største kommunene.

Figur 3. Svar fordelt på antall innbyggere i respondents bostedskommune³



Alle helseregioner er representert i undersøkelsen (Tabell 2). De fleste kom fra Helse Sør-Øst (ekskl. Oslo) eller Helse Midt-Norge. Helse Vest og Helse Nord er også representert. I alt 6 prosent av informantene kommer fra Oslo.

Tabell 2. Svarene fordelt på helseregioner⁴

	Antall svar	Prosent
Helse Nord	52	12,18
Helse Midt-Norge	100	23,42
Helse Vest	78	18,27
Helse Sør-Øst (ekskl. Oslo)	170	39,81
Oslo	27	6,32
Totalt	427	100,00

³ I enkelte tilfeller kan informanten jobbe i en annen kommune enn bostedskommunen. Det er ikke mulig å identifisere disse.

⁴ Fire informanter oppga at de ikke er sikre på hvilken helseregion de arbeider i

4 Bemanning og kompetansesetting: planlegging og avvik

På bakgrunn av svar fra de tillitsvalgte undersøkte vi hva de mente at påvirket seksukers-turnusen for tjenesten de jobbet i. I tillegg til å belyse bakenforliggende faktorer, har vi tegnet et grovt bilde av planlagt bemannings- og kompetansesammensetning. Vi har også vurdert i hvilken grad disse planene faktisk praktiseres og hva som ifølge informantene kan forklare eventuelle avvik.

4.1 Planlegging

Nesten halvparten av informantene i hjemmesykepleien oppga at det var leder eller områdeleder for tjenesten som i samarbeid med tillitsvalgt satte opp turnusen. Nesten fire av ti oppga at det var leder eller områdeleder som gjør dette alene. I alt 15 prosent oppga at turnusen ble satt opp av ansatte i fellesmøter (Tabell 3).

Tabell 3. Hjemmesykepleie: Hvem setter vanligvis opp turnus for de seks påfølgende ukene, svar i prosent

	Antall	Prosent
Leder/områdeleder i hjemmesykepleien	47	37,9
Leder/områdeleder i hjemmesykepleien i samarbeid med tillitsvalgt	57	46,0
Ansatte i hjemmesykepleien i fellesmøte	18	14,5
Ikke sikker	2	1,6
Totalt	124	100,0

I sykehjem oppga litt over halvparten av informantene at det var leder eller avdelingsleder som satte opp turnus. Nesten fire av ti sa lederen gjør dette i samarbeid med tillitsvalgt. Under 10 prosent i sykehjem oppga at ansatte satte opp turnus i fellesmøter (Tabell 4).

Tabell 4. Sykehjem: Hvem setter vanligvis opp turnus for de seks påfølgende ukene, svar i prosent

	Antall	Prosent
Leder/avdelingsleder sykehjem	129	54,0
Leder/avdelingsleder i samarbeid med tillitsvalgt	92	38,5
Ansatte i avdelingen i fellesmøter	17	7,1
Ikke sikker	1	0,4
Totalt	239	100,0

HVA PÅVIRKER PLANLEGGINGEN?

Informantene ble bedt om å krysse av i hvilken grad de mente ulike faktorer hadde innvirkning på hvordan planene for seksukers-turnusen i tjenesten ble satt opp. Faktorene framkommer i tabell 5.

Økonomiske rammer og tilgjengelig helsepersonell var de hensynene flest informanter oppga å påvirke oppsett av turnus i stor grad, både innen hjemmesykepleien og sykehjem. Mellom 80 og 90 prosent svarte at disse påvirket turnus i stor eller noen grad. Et stort flertall oppga imidlertid også forhold som ansattes stillingsstørrelse (78 % av hjemmesykepleierne og 73 % av sykehjemssykepleierne), og hensynet til arbeidstid (73 % av hjemmesykepleierne og 67 % av sykehjemssykepleierne).

Et flertall av informantene (men færre enn de som oppga økonomi og hensynene over) svarte at faglige vurderinger ble lagt til grunn for oppsett av turnus. Ansattes ønsker ser ut til å bli tatt mer hensyn til i hjemmesykepleien enn i sykehjem. Cirka seks av ti i hjemmesykepleien og fem av ti i sykehjem, sa at det tas hensyn til pleietyngde. Fire av ti i hjemmesykepleien og i underkant av fire av ti i sykehjem, oppga at hensynet til arbeidsmiljø hadde betydning for oppsett av turnus. Et mindretall (28 % av hjemmesykepleierne og 36 % av sykehjemssykepleierne) svarte at tradisjon var viktig, turnusen ble satt opp slik som den alltid var blitt satt opp. Et mindretall svarte at forventet fravær i de seks påfølgende ukene hadde betydning for oppsett av turnus. Det gjelder både hjemmesykepleierne (16 %) og sykehjemssykepleierne (20 %).

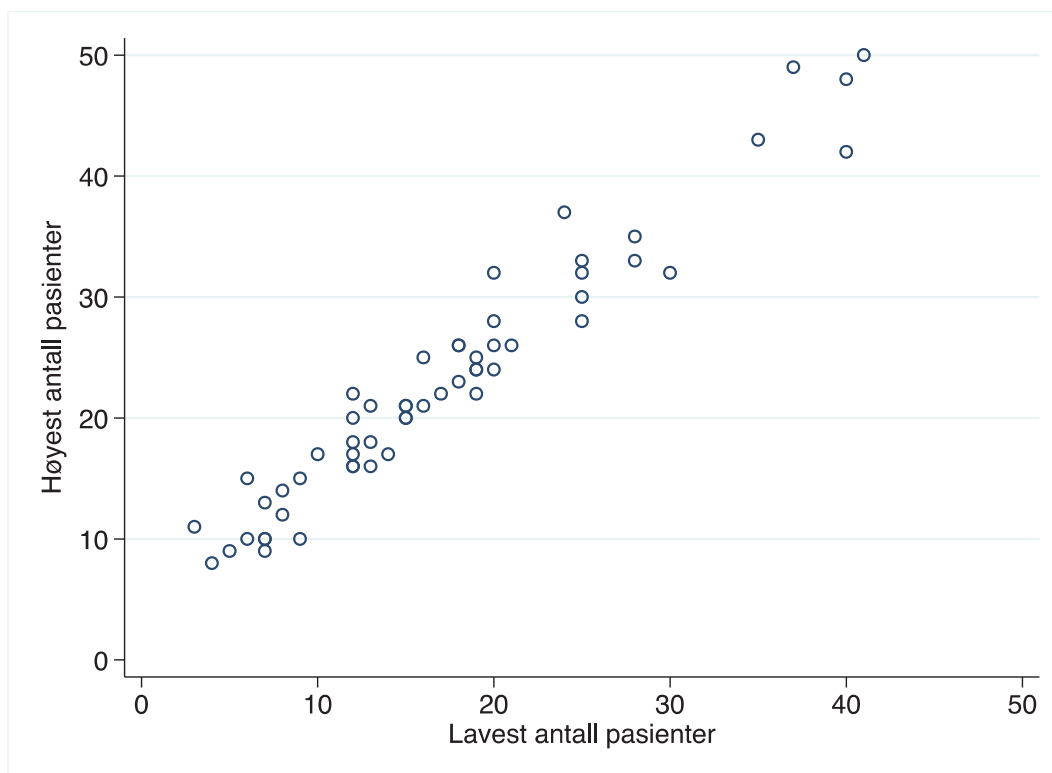
Tabell 5. Hensyn som tas for oppsett av turnus, rangert etter svar (% stor og noen grad). Antall svar og prosentvis fordeling

	N	I stor grad	I noen grad	Verken eller	I mindre grad	I liten grad
Hjemmesykepleien						
Økonomiske rammer	158	56,33	24,05	10,13	5,70	3,80
Tilgjengelig helsepersonell	161	44,10	39,75	8,70	2,48	4,97
Ansattes stillingsstørrelse	160	36,25	41,25	15,62	4,38	2,50
Hensynet til arbeidstid	158	35,44	37,34	18,35	5,06	3,80
Faglige vurderinger	158	28,48	45,57	12,03	10,13	3,80
Ansattes ønsker	159	14,47	47,17	17,61	13,84	6,92
Pleietyngde	158	18,99	39,87	17,09	11,39	12,66
Hensynet til arbeidsmiljøet	154	10,39	31,82	23,38	13,64	20,78
Tradisjon	158	10,13	17,72	25,32	22,15	24,68
Forventet fravær	153	7,19	18,95	17,65	21,57	34,64
Sykehjem						
Økonomiske rammer	236	62,71	26,69	6,78	1,27	2,54
Tilgjengelig helsepersonell	240	37,92	40,00	12,50	7,08	2,50
Ansattes stillingsstørrelse	235	38,72	34,47	16,17	6,81	3,83
Hensynet til arbeidstid	235	34,47	32,34	21,28	6,81	5,11
Faglige vurderinger	240	27,08	42,50	17,50	10,83	2,08
Ansattes ønsker	240	18,75	35,42	15,83	11,25	18,75
Pleietyngde	238	18,91	28,57	21,01	12,61	18,91
Tradisjon	232	12,07	24,14	25,86	15,95	21,98
Hensynet til arbeidsmiljøet	230	10,43	25,65	24,35	18,26	21,30
Forventet fravær	223	2,69	17,04	23,77	21,97	34,53

4.2 Status bemanning per antall brukere og beboere

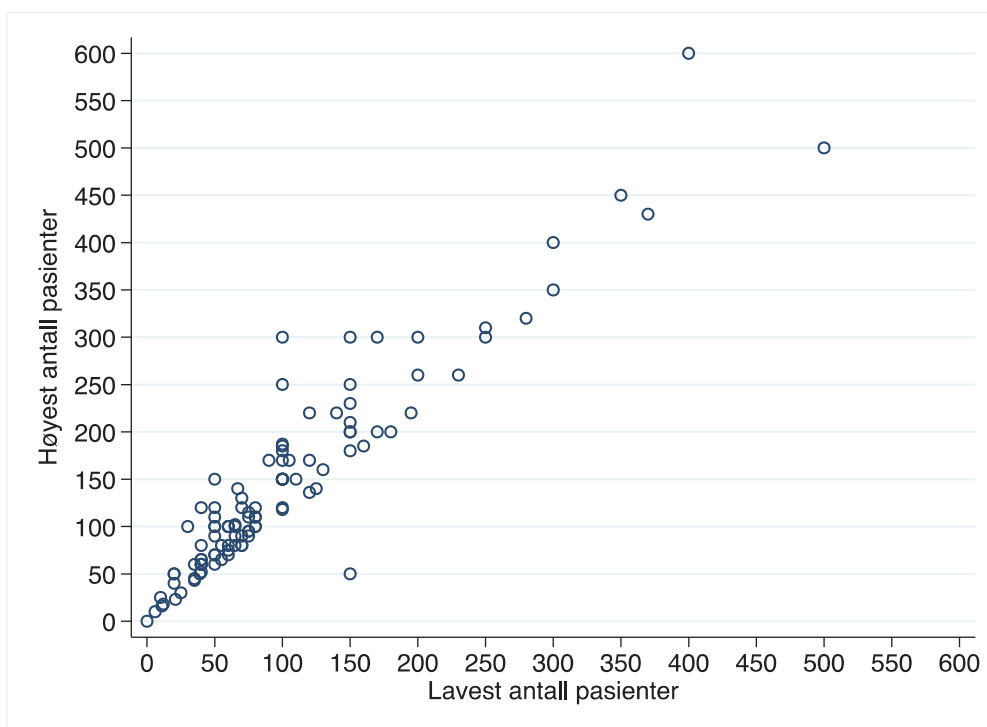
Blant de 242 tillitsvalgte på sykehjem svarte 77 prosent at antallet beboere var nokså stabilt (spm. s-05 i spørreskjemaet). De øvrige 56 tillitsvalgte antydte at antallet varierte og fikk spørsmål om det laveste og høyeste antall beboere. Figur 4 ser nærmere på de 56 som sa at antallet beboere varierte. Hver sirkel i figuren representerer én tillitsvalgt og gjengir vedkommendes svar på spørsmål om laveste og høyeste antall pasienter på avdelingen. Figuren viser at det var begrenset variasjon mellom laveste og høyeste antall pasienter. Derfor er det forsvarlig at vi i det følgende bruker svaret på spørsmålet om det vanlige antallet beboere, også for tillitsvalgte som svarte at antallet varierte noe.

Figur 4. Sykehjem: Tillitsvalgtes vurderinger av høyeste og laveste antall beboere (N=56)



Figur 5 viser omtrent det samme for hjemmesykepleien: Det var begrenset variasjon i antall brukere, selv blant dem som oppga tall for lavest og høyest antall brukere. I det følgende forholder vi oss derfor til det vanlige antall brukere.

Figur 5. Hjemmesykepleie: Tillitsvalgte vurderinger av høyeste og laveste antall brukere⁵



Mange av informantene oppga ikke tall for ufaglærte, det er derfor ikke mulig å angi gjennomsnittstall for det totale antall pleiere som ble satt opp i turnusen. Det var også mange som ikke ga informasjon om spesialsykepleiere.

Det var imidlertid tilstrekkelig mange svar til at vi kunne se på hvor mange sykepleiere og andre helsearbeidere som skulle være på jobb i forhold til antall beboere og brukere. Likevel er det ikke mulig å bruke disse gjennomsnittstallene som en pekepinn for hvor mange sykepleiere og andre helsearbeidere som burde være på jobb i forhold til et bestemt antall beboere og brukere. Det var stor variasjon i antall beboere/brukere pr. pleier, og med ulik fagbakgrunn mellom arbeidsstedene. Det var imidlertid et mønster som stemte overens med det bildet som tidligere gjennomførte kvalitative studier har funnet.

Både i sykehjem og hjemmesykepleien la planene opp til at beboere og brukere hadde flere sykepleiere og andre helsearbeidere hos seg på hverdager på dagtid enn på kveld, natt og i helger. Forskjellene i planlagt bemanning var imidlertid ikke like store i sykehjem som i hjemmesykepleie, og planene ga som forventet betydelig høyere bemanning per beboer i sykehjem enn per bruker i hjemmesykepleien.

⁵ Ett svar som indikerte 1500 som laveste og 2000 som høyeste antall pasienter er utelatt for å lette den grafiske framstillingen av de øvrige svarene.

Tabell 6. Sykehjem: Antall beboere pr. pleier i planlagt bemanning, gjennomsnitt, standardavvik, minimum og maksimum antall.

		N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maksimum
Sykepleiere						
Hverdag	Dag	201	10,7	5,0	2,5	33,0
	Kveld	200	19,6	9,8	5,0	63,0
	Natt	174	23,4	13,0	5,0	87,0
Helg	Dag	188	19,8	9,8	3,0	63,0
	Kveld	183	21,4	9,8	4,0	63,0
	Natt	162	23,8	13,3	8,0	87,0
Pleiere, annen helse fagbakgrunn						
Hverdag	Dag	199	7,2	3,4	2,5	27,0
	Kveld	201	10,3	5,1	3,5	54,0
	Natt	179	20,3	10,5	2,7	60,0
Helg	Dag	192	9,8	5,6	2,3	54,0
	Kveld	193	11,3	5,8	0,4	54,0
	Natt	172	20,7	10,8	4,0	60,0
Ufaglærte pleiere						
Hverdag	Dag	128	16,1	9,3	4,0	60,0
	Kveld	124	17,1	8,7	1,5	60,0
	Natt	38	20,9	11,5	4,8	63,0
Helg	Dag	145	12,7	7,0	2,3	48,0
	Kveld	141	15,3	7,1	2,3	48,0
	Natt	38	23,2	13,1	6,3	63,0

Tabell 7. Hjemmesykepleie: Antall brukere pr. pleier i planlagt bemanning, gjennomsnitt, standardavvik, minimum og maksimum⁶

		N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maksimum
Sykepleiere						
Hverdag	Dag	141	40,9	34,6	1,6	250
	Kveld	132	100,6	79,3	6,5	500
	Natt	75	138,5	148,5	8,0	1000
Helg	Dag	130	90,3	72,9	4,3	500
	Kveld	120	113,3	89,8	6,5	500
	Natt	68	148,6	153,7	9,1	1000
Pleiere, annen helse fagbakgrunn						
Hverdag	Dag	135	32,6	27,0	1,3	180
	Kveld	137	65,5	54,7	2,6	350
	Natt	99	106,8	97,1	10,0	500
Helg	Dag	131	53,5	50,2	1,4	350
	Kveld	128	66,9	54,2	2,6	350
	Natt	93	106,0	99,5	12	500
Ufaglærte pleiere						
Hverdag	Dag	90	75,4	78,8	8	450
	Kveld	66	113,1	105,3	8	500
	Natt	7	–	105,0	21	350
Helg	Dag	77	85,1	80,2	10	500
	Kveld	61	96,5	86,6	21	500
	Natt	7	–	109,2	21	350

⁶ Gjennomsnitt er ikke beregnet for færre enn 20 svar.

Både i hjemmesykepleien og sykehjem var det færre sykepleiere enn andre helsearbeidere på jobb. Sykepleierne hadde dermed ansvar for et større antall brukere og beboere, både på hverdager og i helg, og på ulike tider av døgnet.

Forholdet varierte mellom antall beboere og brukere på den ene siden og antall sykepleiere og pleiere med annen helsefaglig bakgrunn på den andre siden. Figurene nedenfor (Figur 6a til Figur 6f) illustrerer det for sykehjem. Figurene skiller mellom ulike typer avdelinger og viser variasjon i antall beboere pr. sykepleier og helsearbeider på hverdager, dagtid og kveld.⁷ Figuren viser betydelig variasjon gjennom spredningen i sirklene. Hver sirkel representerer én informant, og innen en kategori avdeling finner vi betydelig spredning, for eksempel fra omtrent fire beboere pr. sykepleier på langtids somatikk på dagtid på hverdager til omtrent 25 beboere pr. sykepleier på samme type vakt. Mørke felt representerer mange svar (for eksempel svarte mange informantene mellom cirka åtte og 18 beboere pr. sykepleier på dagtid på langtids somatikk).

Figur 6a til Figur 6f viser dermed betydelig variasjon, men figuren viser også at variasjonen i bemanning ikke kunne forklares med forskjeller mellom ulike typer avdelinger – det var betydelig variasjon innen samme type avdeling. Videre viser figuren at variasjonen var større for antall sykepleiere på kveldstid enn på dagtid, og samtidig at det var betydelig variasjon i grad av bemanning ved hjelp av ufaglærte.

⁷ Vi har kun illustrert variasjon i bemanning i avdelinger mellom institusjoner ved hjelp av tallene for dagtid og kveld på hverdager. Antall svar om natt og helger var for lite til at vi så det som hensiktsmessig å illustrere disse.

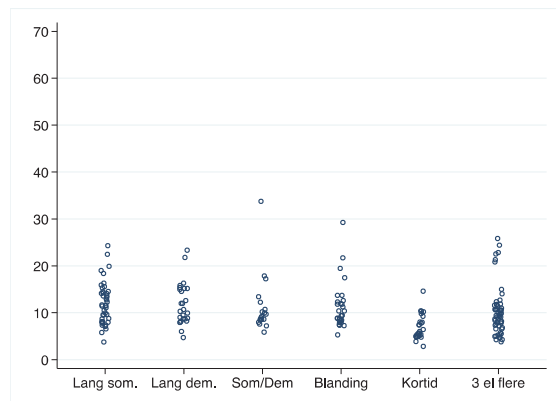
Figur 6. Sykehjem: Variasjon i antall beboere pr pleiere på hverdager, dagtid og kveld. Tall for sykepleiere, pleiere med annen fagbakgrunn og totalt antall pleiere⁸

Dagtid

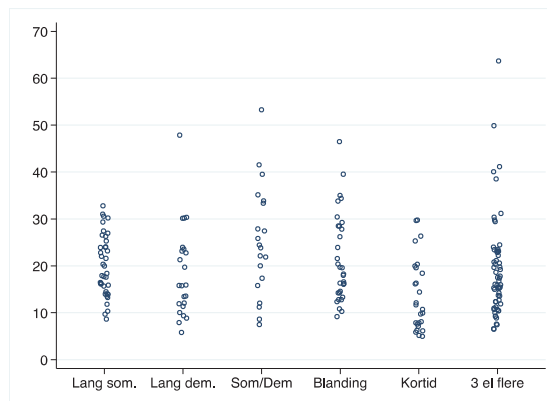
Kveld

Sykepleiere

(a)

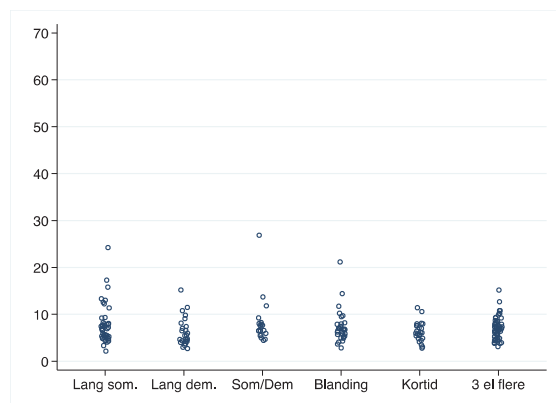


(b)

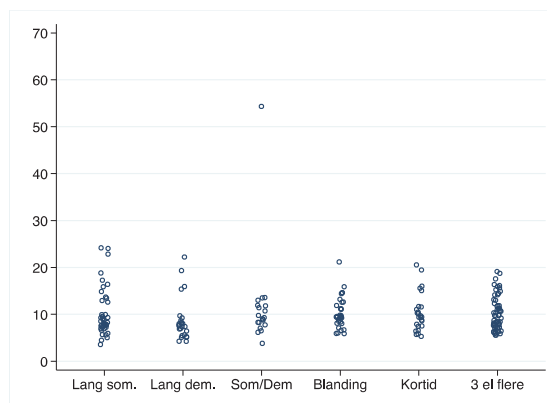


Pleiere med annen helsefagbakgrunn

(c)

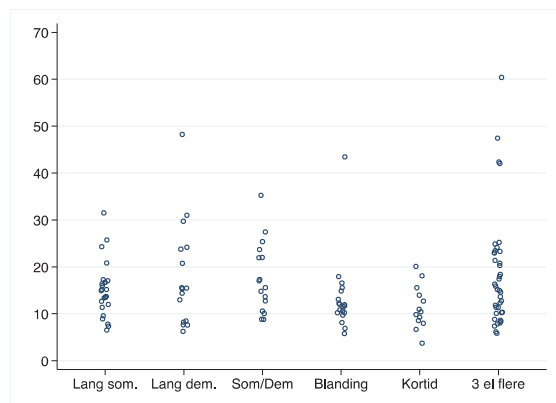


(d)

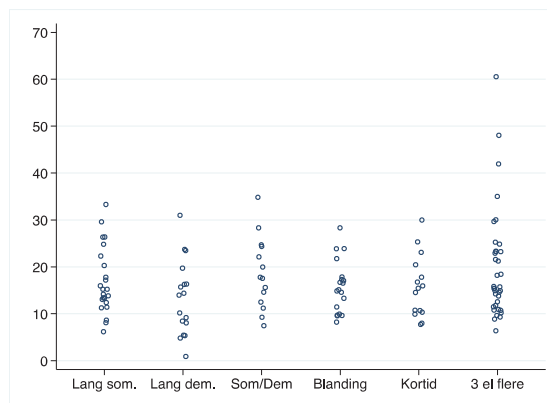


Ufaglærte pleiere

(e)



(f)



⁸ Figuren gir separate tall for Langtidsavdeling med somatikk (Lang som.), Langtidsavdeling for demens (Lang dem.), Langtidsavdeling for somatikk og demens (Som/Dem), Blanding av kortids- og langtidsavdeling (Blanding), Kortidsavdeling og Tre eller flere avdelinger.

4.3 Avvik mellom planlagt og faktisk bemanning

Flere undersøkelser har vist at det kan være store avvik mellom planlagt bemanning i turnusene som settes opp, og den faktiske bemanningen. Avvik kan oppstå når ansatte som er satt opp på vakt blir syke eller har annet fravær. Informantene ble derfor stilt noen spørsmål om omfang av sykefravær og annet fravær i ulike ansattegrupper i tjenesten de jobbet i. Spørreskjemaet spurte hva som skjer når det oppsto fravær, dvs. om det ble satt inn vikarer, og om vikarene hadde samme kompetanse som personalet i den planlagte turnusen. Informantene ble også stilt spørsmål om hva de mente forklarte avvik mellom planlagt og faktisk bemanning i tjenesten de jobbet i.

De tillitsvalgte ble spurt om graden av fravær, med svaralternativer mellom «svært mye» og «svært lite» (samt muligheten for å svare «ikke sikker»). I tabell 8 er de som svarte «ikke sikker» utelatt. Mange av informantene kjente ikke til fraværet blant ufaglærte.

Flere informanter oppga at det var svært mye eller mye fravær blant ansatte med annen helsefaglig bakgrunn (36 %), sammenlignet med ufaglærte (23 %) og sykepleiere (21 %) i hjemmesykepleien. Flere informanter svarte også at det var svært mye/mye fravær blant ansatte med annen helsefaglig bakgrunn (38 %), sammenlignet med sykepleiere (25 %) og ufaglærte (20 %) i sykehjem.

Tabell 8. Mye eller lite fravær blant sykepleiere, ansatte med annen helsefaglig bakgrunn og ufaglærte. Adskilte tall for hjemmesykepleie og sykehjem.

	Antall svar	Svært mye	Mye	Verken eller	Lite	Svært lite
Hjemmesykepleien						
Sykepleiere	155	5,81	14,84	26,45	31,61	21,29
Annen helsefaglig bakgrunn	152	2,63	32,89	38,82	21,05	4,61
Ufaglærte	139	1,44	20,14	41,01	28,06	9,35
Sykehjem						
Sykepleiere	241	1,66	22,82	29,88	29,46	16,18
Annen helsefaglig bakgrunn	238	4,20	33,61	39,92	17,23	5,04
Ufaglærte	228	2,63	17,11	45,61	28,07	6,58

Videre ble informantene bedt om å vurdere en rekke utsagn om konsekvenser av fravær blant sykepleiere og ansatte med annen helsefaglig bakgrunn for

bemanningen. Tabell 9 viser fordelingene i svarene for henholdsvis hjemmesykepleien og sykehjem. I teksten fremhever vi andelen som sa seg helt enig i utsagnene.

Informantene som jobbet i hjemmesykepleien svarte følgende: Tre av ti sa seg helt enig i utsagnet om at det som regel brukes vikarer, slik at det er like mange på jobb når det oppstår fravær av sykepleiere. 14 prosent sa seg helt enig i utsagnet om at tjenesten blir underbemannet når det oppstår fravær. Når det settes inn vikarer for sykepleiere ser det ut som at flere av disse ikke er sykepleiere. Godt over halvparten sa seg helt enig i utsagnet at det ble færre sykepleiere på jobb enn planlagt. I alt 26 prosent sa seg helt enig i utsagnet om at personell med annen helsefaglig bakgrunn ble satt inn i stedet for sykepleiere, og 20 prosent sa seg helt enig i utsagnet om at ufaglærte ble satt inn i stedet for sykepleiere.

I alt 38 prosent i hjemmesykepleien sa seg helt enig i utsagnet om at det som regel settes inn vikarer når det oppstår fravær blant personell med annen helsefaglig bakgrunn. I alt 23 prosent sa seg helt enig i at det settes inn ufaglærte. En mindre andel enn for sykepleierne, oppga at tjenesten blir underbemannet når det oppstår fravær blant helsearbeidere. Bare få (18 %) sa seg helt enig i utsagnet om at det blir færre helsearbeidere på jobb når det oppstår fravær i denne personellgruppen, betydelig færre enn antallet som sa at det blir færre sykepleiere på jobb når det oppstår fravær blant sykepleiere (54 %). Svært få (4 %) sa seg helt enig i at det settes inn sykepleievikarer når det oppstår fravær blant personell med annen helsefaglig bakgrunn.

Informantene som jobbet i sykehjem svarte følgende: Nesten halvparten var helt enig i utsagnet at det som regel brukes vikarer når det oppstår fravær blant sykepleiere. I alt seks av ti sa seg helt enig i at det blir færre sykepleiere på jobb enn planlagt, men kun 14 prosent oppga at tjenesten blir underbemannet. I alt 37 prosent sa seg helt enig i at det settes inn ufaglærte, og 29 prosent sa seg helt enig i at det settes inn personell med annen helsefagutdanning. Over fire av ti svarte at ufaglærte blir satt inn når det oppstår fravær blant helsearbeidere. Seks prosent sa seg helt enig i at det settes inn sykepleievikarer.

På sykehjem sa like mange seg helt enig i at det som regel blir satt inn vikarer for fravær blant helsearbeidere som ved fravær blant sykepleiere. Det så

imidlertid ut som at det er lettere å få erstattet helsearbeidere med personell som har samme bakgrunn. Kun tre av ti sa seg helt enig i at det blir færre helsearbeidere på jobb enn planlagt – det tilsvarende tallet for sykepleiere var seks av ti. Omtrent like mange sa seg helt enig i at tjenesten blir underbemannet når det oppstår fravær blant helsearbeidere, som når det oppstår fravær blant sykepleiere.

Tabell 9. Håndtering av fravær blant sykepleiere og ansatte med annen helsefaglig bakgrunn. Adskilte tall for hjemmesykepleie og sykehjem.

	N	Helt enig	Delvis enig	Verken eller	Delvis uenig	Helt uenig
Hjemmesykepleien						
<i>Fravær for sykepleiere</i>						
Brukes som regel vikarer slik at det er like mange på jobb	162	29,63	44,44	5,56	12,35	8,02
Færre sykepleiere blir på jobb enn planlagt	163	53,99	32,52	4,91	6,13	2,45
Tjenesten blir underbemannet	162	13,58	35,19	13,58	20,99	16,67
Ufaglærte blir satt inn i stedet for sykepleiere	159	19,50	30,82	18,24	12,58	18,87
Vikarer med annen helsefagutdanning går vakter	162	26,54	48,15	12,96	6,79	5,56
<i>Fravær for andre helsearbeidere</i>						
Brukes som regel vikarer slik at det er like mange på jobb	162	37,65	39,51	8,02	10,49	4,32
Færre helsearbeidere blir på jobb enn planlagt	161	18,01	49,07	13,66	11,18	8,07
Tjenesten blir underbemannet	162	7,41	35,80	17,28	21,60	17,90
Ufaglærte blir satt inn i stedet for helsearbeidere	162	22,84	46,30	9,26	12,96	8,64
Sykepleievikarer går vakter	160	3,75	24,38	20,00	18,12	33,75
Sykehjem						
<i>Fravær sykepleiere</i>						
Brukes som regel vikarer slik at det er like mange på jobb	242	48,35	30,58	4,96	10,74	5,37
Færre sykepleiere blir på jobb enn planlagt	242	58,26	31,40	3,31	3,72	3,31
Tjenesten blir underbemannet	240	14,17	32,50	13,75	15,83	23,75
Ufaglærte blir satt inn i stedet for sykepleiere	242	36,78	35,95	10,33	9,50	7,44
Vikarer med annen helsefagutdanning går vakter	239	28,87	49,37	8,79	6,28	6,69
<i>Fravær for andre helsearbeidere</i>						
Brukes som regel vikarer slik at det er like mange på jobb	242	49,59	30,99	7,02	9,92	2,48
Færre helsearbeidere på jobb enn planlagt	242	31,82	46,28	12,81	5,79	3,31
Tjenesten blir underbemannet	240	12,92	30,42	15,83	15,42	25,42
Ufaglærte blir satt inn i stedet for helsearbeidere	241	42,32	43,98	6,64	4,98	2,07
Sykepleievikarer går vakter	238	5,88	16,39	18,07	18,49	41,18

Informantene ble også spurt om å vurdere flere utsagn om hvorfor det oppstår avvik fra planlagt turnus (tabell 10). Størst enighet var det omkring utsagnet «Vi har problemer med å få tak i utdannede vikarer når det oppstår sykefravær». I alt 50 prosent av sykehjemssykepleierne og 43 prosent av hjemmesykepleierne sa seg helt enig i utsagnet. Nest viktig så ut til å være økonomiske grunner; i alt 20 prosent av hjemmesykepleieinformantene og 16 prosent av sykehjeminformantene sa seg helt enig i utsagnet «Vi har et press fra ledelsen av sykehjemmet om ikke å hente inn vikarer av økonomiske grunner». Dernest oppga mange at leder som har satt opp turnus ikke gjør nok for å få tak i utdannede vikarer. Et fåtall sa seg helt enig i følgende årsaker: «Sykepleiere som er på jobb og som har ansvar for å skaffe utdannede vikarer gjør for lite for å få tak i vikarer»; «Vilkårene for vikarer er så dårlig at det er vanskelig å få tak i vikarer»; «Det er en for dårlig organisering av vikartilbudet».

Svarene indikerte at sykehjem i større grad brukte vikarer enn hjemmesykepleien gjorde ($p = 0,005$, vedleggstabell 2); 48 prosent i sykehjem sa seg helt enig i utsagnet om bruk av vikarer, mot bare 29 prosent i hjemmesykepleien. Samtidig indikerte svarene fra sykehjem at ufaglærte kunne bli brukt i stedet for sykepleiere; på sykehjem sa 37 prosent seg helt enig i dette utsagnet mot bare 20 prosent i hjemmesykepleien (og svarene var generelt statistisk signifikant forskjellige, med $p < 0,001$, vedleggstabell 3). Men denne forskjellen mellom sykehjem og hjemmesykepleie må sees på bakgrunn av at hjemmesykepleien i mindre grad brukte vikarer.

Tabell 10. Hvorfor oppstår avvik fra planlagt turnus?

	N	Helt enig	Delvis enig	Verken eller	Delvis uenig	Helt uenig
Hjemmesykepleien						
Problemer med å få tak i	162	42,59	38,27	5,56	9,26	4,32
Dårlig organisering	155	9,68	29,68	25,16	18,06	17,42
Økonomiske hensyn	150	16,00	24,67	15,33	18,67	25,33
Ledere gjør ikke nok	161	12,42	16,77	21,12	27,33	22,36
Dårlige vilkår for vikarer	156	5,13	11,54	19,87	24,36	39,10
Sykepleiere gjør ikke nok	163	2,45	6,13	17,18	25,15	49,08
Sykehjem						
Problemer med å få tak i	242	49,59	31,82	8,68	8,68	1,24
Økonomiske hensyn	241	20,33	26,97	13,69	14,11	24,90
Ledere gjør ikke nok	238	14,71	24,37	23,95	18,91	18,07
Dårlig organisering	227	11,01	22,47	23,35	19,82	23,35
Dårlige vilkår for vikarer	232	3,88	12,50	25,43	19,83	38,36
Sykepleiere gjør ikke nok	239	3,35	4,18	20,08	25,10	47,28

4.4 Oppsummering

Informantene oppga at det var flere hensyn som påvirket hvordan 6-ukers-turnusen ble satt opp i tjenesten de jobbet i. Økonomiske rammer og tilgjengelig helsepersonell så ut til å være de to viktigste. Få opplevde at hensynet til forventet fravær har stor betydning.

Mange hadde ikke oversikt over de ufaglærte, og vi kan derfor ikke angi det totale antall pleiere som ble satt opp i forhold til antall pasienter til ulike tider. Men for sykepleiere og andre helsearbeidere ser vi et tydelig mønster både i sykehjem og hjemmesykepleien. Det var flere på jobb på dagtid på hverdager, sammenlignet med kveld, natt og helger. Planlagt bemanning var gjennomgående betydelig bedre i sykehjem sammenlignet med hjemmesykepleien. Disse variasjonene kan skyldes ulike behov på ulike tider. Men for helger og kvelder (med kveldsstell) er det rimelig å anta at behovene kan være omtrent like store som på dagtid hverdager.

Det er problematisk å bruke gjennomsnittstall som fremkommer i analysene, i og med at det var betydelige variasjoner i hvor mange ansatte som ble satt opp i forhold til antall pasienter i tjenestene. Variasjonen i bemanning kunne ikke forklares med forskjeller mellom ulike typer avdelinger siden det var betydelig variasjon innen samme type avdeling. Dette kan skyldes ulike forhold, for eksempel: (1) pleietyngden er forskjellig innenfor samme tjeneste, også type sykehjemsavdeling, (2) pleietyngden ikke er statisk, men endrer seg over tid, (3) det kan være variasjoner i ansattes personlige egenskaper og kompetanse, (4) noen kommuner/tjenester har bedre økonomi enn andre. Det har ikke vært mulig å teste noen av disse forklaringene.

Om lag to av ti oppga at det var svært mye eller mye fravær blant sykepleiere. For ansatte med annen helsefaglig bakgrunn var det tilsvarende tallet nesten fire av ti. Mellom 30 og 40 prosent oppga at det som regel ble satt inn vikarer for sykepleiere og annet helsefaglig personell når det oppsto fravær blant disse ansattegruppene i hjemmesykepleien. Det tilsvarende tallet for sykehjem var omtrent 50 prosent.

Informantene oppga flere grunner til at det oppstod fravær mellom planlagt og faktisk bemanning. Hovedgrunnen var problemer med å få tak i utdannede vikarer når det oppsto sykefravær. Det var spesielt vanskelig å få tak i sykepleiere. Dernest at de opplevde et press fra ledelsen av tjenesten i retning

at de av økonomiske grunner ikke skulle bruke vikarer. I overkant av en av ti ga uttrykk for at avvik oppstod fordi ledere som har ansvar for å sette opp turnus, ikke gjorde nok for å få tak i utdannede vikarer.

I sammenlikninger av *hjemmesykepleien og sykehjem* fant vi at sykehjem så ut til å bruke vikarer i større grad enn hjemmesykepleien gjorde. Men mange av disse vikarene kunne være ufaglærte; informantene fra sykehjem rapporterte om større bruk av ufaglærte vikarer enn det hjemmesykepleien gjorde.

5 Optimal bemanning og bemanningsnorm

I dette kapitlet ser vi på hva de tillitsvalgte mente ville være en optimal bemanning i tjenesten de jobbet i. Deres oppfatninger om optimal bemanning blir sammenlignet med svarene på spørsmål om planlagt bemanning, tidligere presentert i kapittel 4. Sammenligningen gjøres for å se om planlagt bemanning i turnusen samsvarer med hva informantene opplevde var det reelle behovet for personell. I kapitlet gir vi også en oversikt over hvorvidt informantene mente at behovet for spesialsykepleiere var dekket. Til slutt tar vi opp hvordan de tillitsvalgte vurderte ulike utsagn om innføring av en standard bemanningsnorm for tjenesten de jobbet i.

5.1 Optimal bemanning på sykehjem

De fleste av informantene oppga ikke tall for ufaglærte i spørsmålene om behov for ansatte til ulike tider på hverdager og i helger. En mulig tolkning er at informantene mente at det ideelt sett ikke skal brukes ufaglærte i tjenestene. En annen tolkning er at de syntes det var vanskelig å vurdere og derfor lot være å svare. Den siste forklaringen virker sannsynlig i og med at mange ikke hadde oversikt over antallet ufaglærte da de svarte på spørsmålene om planlagt bemanning.

En del av informantene oppga heller ikke tall for sykepleiere og ansatte med annen helsefaglig bakgrunn. Det var imidlertid nok svar til at vi kan se mønstre (Tabell 11). Sammenlignet med svarene som er oppgitt for oppsatt turnus i sykehjem (planlagt bemanning i Tabell 6 og Tabell 7 i kapittel 4) ser vi at det ble etterspurt flere sykepleiere i forhold til antallet pasienter på dagtid og kveldstid, både på hverdager og i helgene. Informantene ønsket noe færre sykepleiere på dagtid og helger i helgene, sammenlignet med hverdager. For nettene på hverdager og i helger oppga informantene at det var behov for færre sykepleiere enn det som ble satt opp i planlagt turnus.

For ansatte med helsefaglig utdanning ble det etterspurt flere ansatte enn planen la opp til. Det gjaldt for alle tider, dvs. dagtid, kveld og natt både på hverdager og i helger.

Tabell 11. Sykehjem: Optimal bemanning på sykehjem. Antall beboere pr. pleier, separate tall for sykepleiere, pleiere med annen helsefaglig bakgrunn og ufaglærte⁹

		N	Gjennom- snitt	Standard- avvik	Minimum	Maksimum
Sykepleiere						
Hverdag	Dag	219	8,2	3,5	1,0	27,0
	Kveld	219	13,4	7,2	1,3	54,0
	Natt	203	19,8	10,9	2,7	80,0
Helg	Dag	203	12,6	6,6	2,0	48,0
	Kveld	203	14,9	8,6	2,7	63,0
	Natt	188	19,7	10,4	4,0	63,0
Pleiere, annen helse fagbakgrunn						
Hverdag	Dag	217	5,9	2,5	0,5	27,0
	Kveld	219	8,0	3,6	0,5	27,0
	Natt	183	17,9	10,0	1,3	60,0
Helg	Dag	203	6,7	4,2	0,5	54,0
	Kveld	203	8,2	3,9	0,5	27,0
	Natt	168	18,4	10,0	2,7	60,0
Ufaglærte pleiere						
Hverdag	Dag	72	18,6	8,9	2,7	50,0
	Kveld	61	21,0	10,5	4,5	60,0
	Natt	11	19,1	6,2	9,5	32,0
Helg	Dag	76	16,6	8,9	1,9	50,0
	Kveld	72	18,8	8,6	4,0	50,0
	Natt	14	23,8	12,1	10,0	60,0

Det var betydelig variasjon i det som ble oppfattet som optimal bemanning (vist gjennom spriket mellom minimums- og maksimumsverdi, og det statistisk beregnede standardavviket). I Figur 7a til Figur 7d illustrerer vi spredningen i det som ble ansett som optimal bemanning av sykepleiere og ansatte med annen helsefaglig bakgrunn (sett i forhold til antall beboere). Figurene skiller mellom ulike typer avdelinger på sykehjem. Disse figurene er bygget opp på samme måte som Figur 6a til Figur 6f på side 30 og bruker samme skala (fra 0 til 70). Figur 7a til Figur 7d viser en tendens til at informantene så for seg en løsning hvor annet fagpersonale enn sykepleiere fanget opp pleiebehovet på kvelder. Vi tar opp dette i de neste figurene.

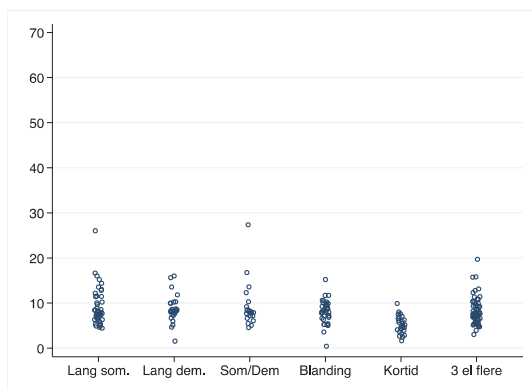
⁹ Oversikten viser gjennomsnittlig antall beboere pr sykepleier, hjelpepleier og ufaglært pleier (samt standardavvik) og minste og største antall beboere pr pleier), basert på angitt optimal bemanning.

Figur 7. Sykehjem: Optimal bemanning i forhold til antall beboere pr pleiere på hverdager, dagtid og natt. Tall for sykepleiere og pleiere med annen helsefaglig fagbakgrunn.¹⁰

Dagtid

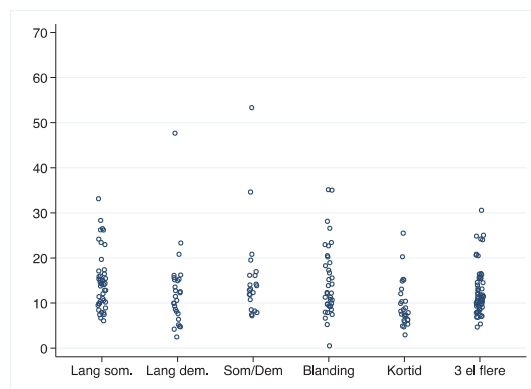
Sykepleiere

(a)



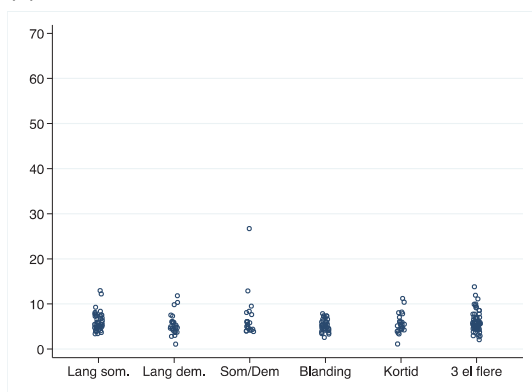
Kveld

(b)

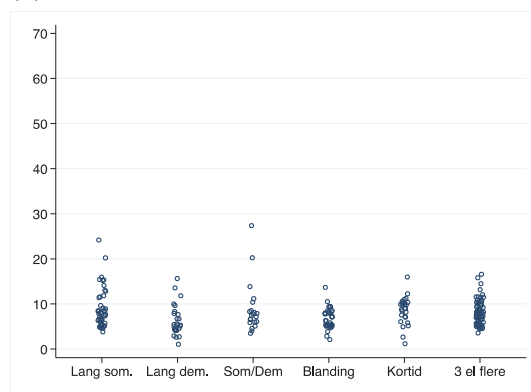


Pleiere med annen fagbakgrunn

(c)



(d)



Som vist i Tabell 11, svarte informantene i varierende grad på spørsmålene om optimal bemanning (se *N* for antall svar i tabellen). Få oppga tall for netter. Derimot oppga forholdsvis mange tall for sykepleiere og pleiere med annen helsefaglig fagbakgrunn på dagtid og kveld, både på hverdager og i helger; vi har derfor valgt å konsentrere oss om disse tidene i de påfølgende analysene. Fire tillitsvalgte fra sykehjem som oppga pasientbelegg på mer enn 68, oppga

¹⁰ 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. Figuren omfatter ikke ufaglærte fordi få informanter ga opplysninger om disse.

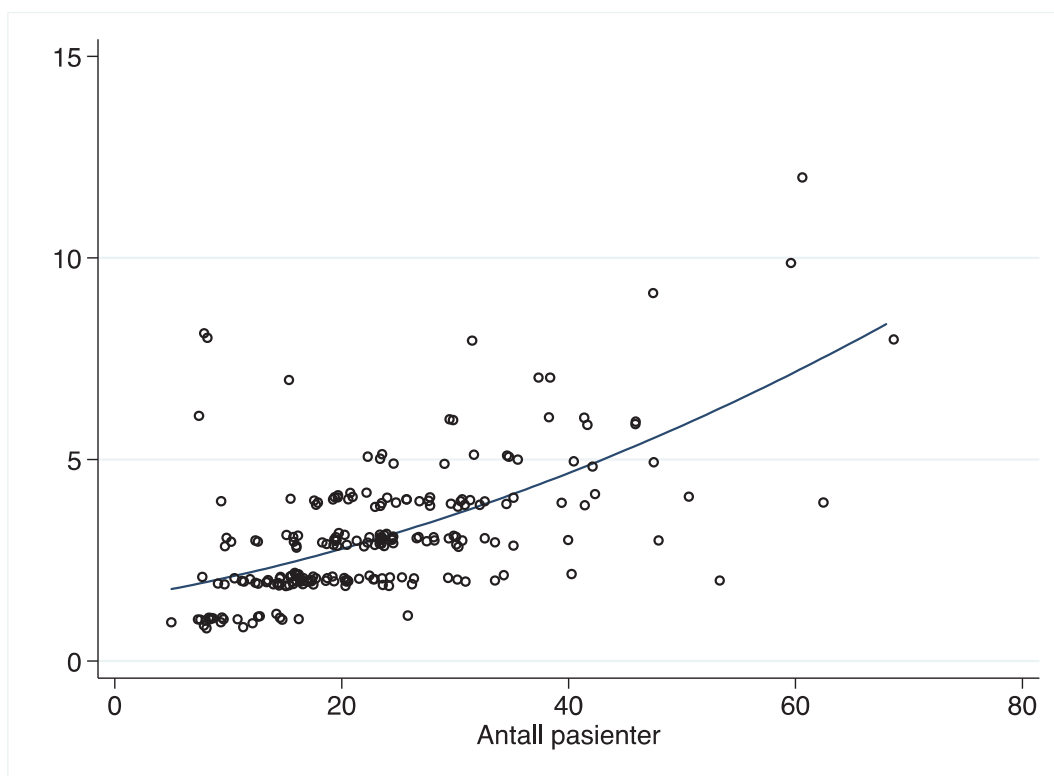
ikke optimalt antall ansatte. Vi forholder oss derfor til svarene fra tillitsvalgte som rapporterte mellom 5 og 70 pasienter på sine avdelinger.

I Figur 8 viser vi et punktdiagram for å demonstrere sammenhenger mellom antall beboere på sykehjem og det informantene anså som optimalt antall sykepleiere på dagtid på hverdager. Hvert svar er representert med en sirkel (med plassering avhengig av antall beboere på horisontal akse og optimalt antall sykepleiere på den vertikale aksene). Vi har latt statistikkprogrammet «riste» sirklene, slik at to identiske svar (to svar som angir samme antall beboere og samme antall sykepleiere) ligger litt ved siden av hverandre. To identiske svar danner dermed ikke bare én sirkel, men vises som to separate svar. Med det oppnår vi samtidig at liknende svar er gjengitt som mørke områder i figuren. I tillegg har figuren en regresjonslinje (kvadratisk regresjon for eventuelle ikke-lineære sammenhenger), som viser den statistiske sammenhengen mellom antall beboere og det informantene anså som optimalt antall sykepleiere. Det var imidlertid stor variasjon rundt denne regresjonslinjen, som vist i figuren.

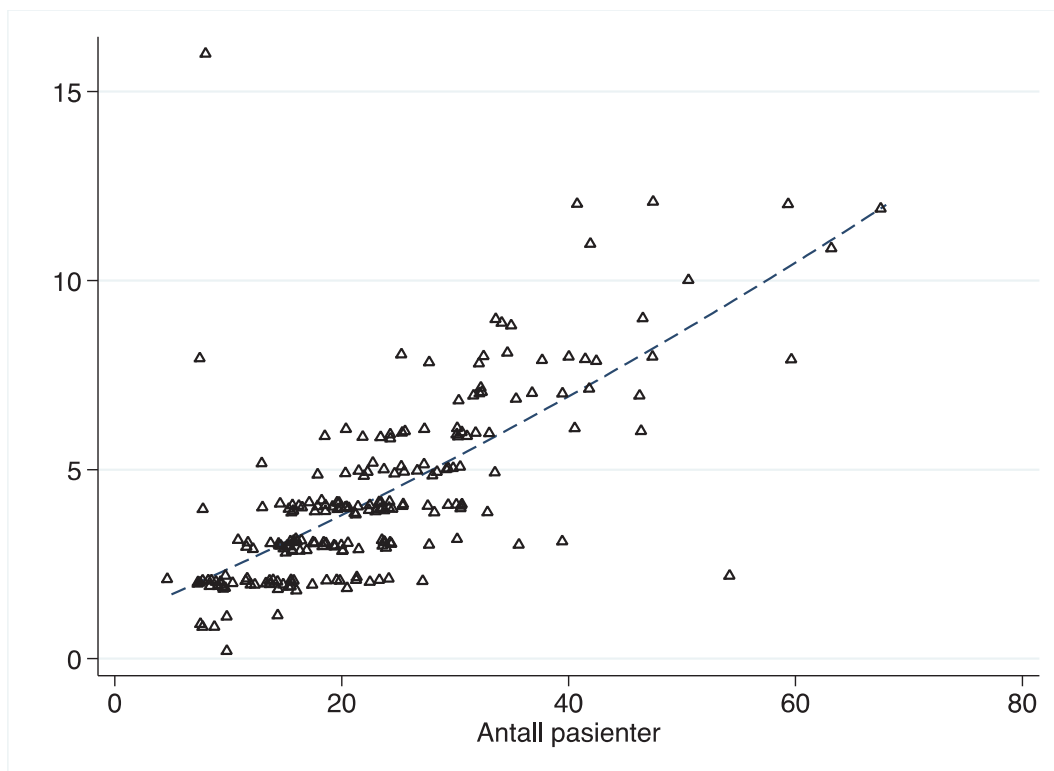
Figur 9 bruker samme framgangsmåte for optimalt antall pleiere med annen helsefagbakgrunn, igjen på dagtid på hverdager. Her er hvert svar representert med en trekant, og den statistiske sammenhengen (kvadratisk regresjonslinje) er gjengitt som stiplet linje.

De to figurene, Figur 8 og Figur 9, viser ikke bare en del variasjon. De antyder også at et økende antall beboere i større grad skulle fanges opp med andre pleiere enn sykepleiere. Dette momentet gjelder i enda større grad for kveldsvakter (Figur 10) og helgevakter (vedleggsfigur 1 og vedleggsfigur 2).

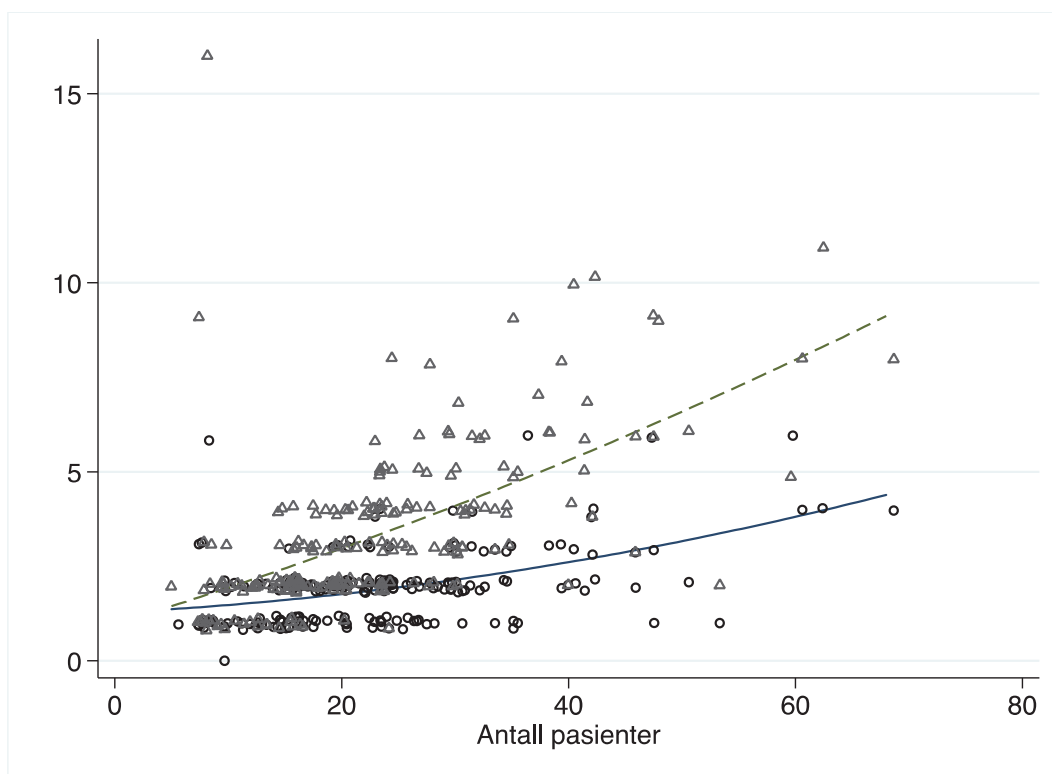
Figur 8. Sykehjem: Optimal bemanning med sykepleiere i forhold til antall beboere, dagtid på hverdager.



Figur 9. Sykehjem: Optimal bemanning med pleiere med annen helsefaglig bakgrunn i forhold til antall beboere, dagtid på hverdager



Figur 10. Sykehjem: Optimal bemanning, antall sykepleiere og pleiere med annen helsefagbakgrunn sett i forhold til antall beboere. Kveld på hverdager¹¹



5.2 Optimal bemanning hjemmesykepleie

Også i hjemmesykepleien unnlot mange av informantene å oppgi antall ufaglærte de mente det var behov for til ulike tider (Tabell 12). Det var imidlertid tilstrekkelig mange svar på spørsmål om optimalt antall sykepleiere og andre helsearbeidere til at det var mulig å gjøre analyser av disse. Sammenligner vi svarene om planlagt bemanning (presentert i kapittel 4) ser vi at det ble etterspurt flere sykepleiere i forhold til antall pasienter til alle tider, både på hverdager og i helger. Med unntak av dagtid og kveld på hverdager, ble det også etterspurt flere helsearbeidere i forhold til antallet brukere i hjemmesykepleien.

¹¹ Resultat for sykepleiere er gjengitt med sirkler og heltrukken regresjonslinje, for hjelpepleiere med trekkanter og stiplet regresjonslinje.

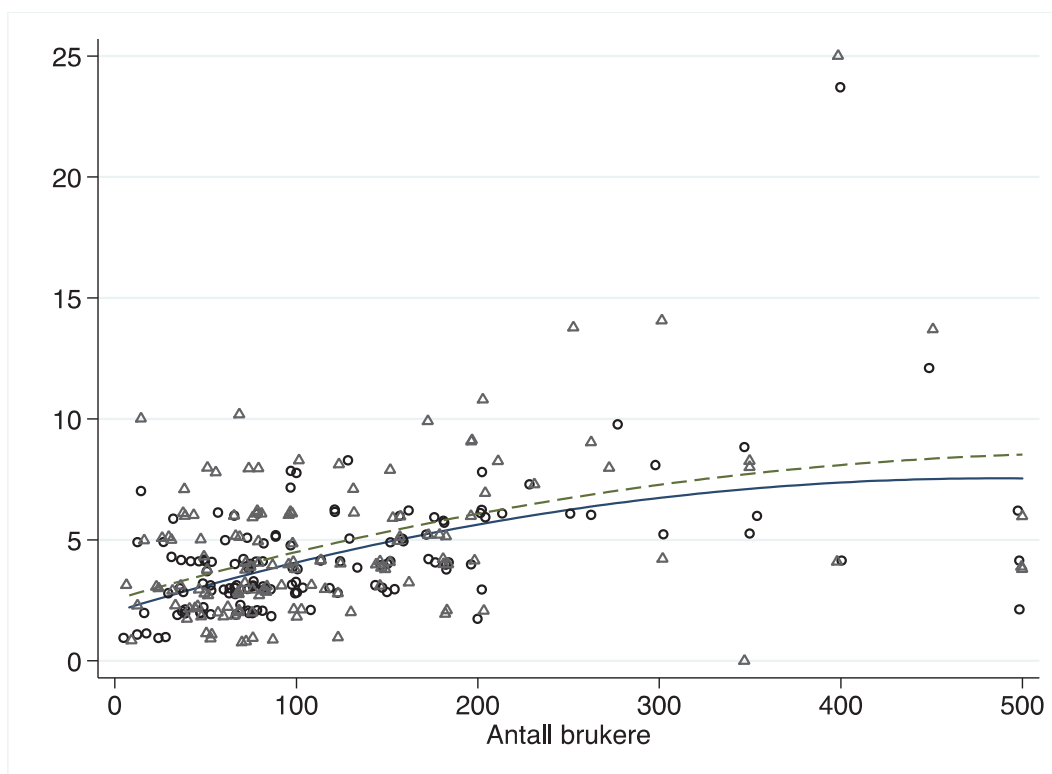
Tabell 12. Hjemmesykepleie: Optimal bemanning uttrykt som antall brukere pr pleier, separate tall for sykepleiere, ansatte med annen helsefaglig bakgrunn og ufaglærte

		N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maksimum
Sykepleiere						
Hverdag	Dag	138	30,7	26,2	1,9	250,0
	Kveld	136	73,2	63,5	4,3	500,0
	Natt	106	98,9	84,6	5,0	500,0
Helg	Dag	128	61,9	62,1	3,3	500,0
	Kveld	128	74,4	64,7	4,3	500,0
	Natt	97	101,3	88,1	5,0	500,0
Annen helsefaglig bakgrunn						
Hverdag	Dag	135	31,1	24,8	1,3	125,0
	Kveld	134	60,9	52,7	2,6	350,0
	Natt	86	89,5	75,2	8,0	400,0
Helg	Dag	127	43,2	40,5	1,6	250,0
	Kveld	124	60,6	51,0	2,6	350,0
	Natt	81	95,4	78,2	8,0	400,0
Ufaglærte pleiere						
Hverdag	Dag	44	77,0	69,2	8,0	300,0
	Kveld	28	123,0	95,1	28,3	350,0
	Natt	4	187,5	148,7	40,0	350,0
Helg	Dag	31	94,0	84,3	13,0	350,0
	Kveld	25	110,3	96,6	20,0	350,0
	Natt	5	157,9	145,9	28,3	350,0

Figur 11 viser hva informanter innen hjemmesykepleie oppfattet som optimal bemanning, og hvert svar er sett i forhold til antallet brukere hjemmesykepleien hadde. Innen hjemmesykepleien var optimal bemanning for sykepleiere og pleiere med annen helsefaglig utdanning, ganske like. Dette er illustrert i Figur 11, hvor regresjonslinjene for henholdsvis sykepleiere (heltrukken linje) og pleiere med annen faglig bakgrunn (stiplet linje) ligger nesten oppå hverandre. Samtidig var det også variasjon i oppgitt optimal bemanning i forhold til brukere, det gjaldt både for sykepleiere (illustrert med sirkler i figuren) og for pleiere med annen faglig bakgrunn (illustrert med trekkanter i figuren).

Figur 11 gjengir resultatet for oppgitt optimal bemanning i hjemmesykepleie på dagtid på hverdager. Resultatene var forholdsvis like for andre tidspunkter og igjen var det lite forskjell i oppgitt optimal bemanning med sykepleiere og pleiere med annen helsefaglig bakgrunn.

Figur 11. Hjemmesykepleie: Optimal bemanning. Antall sykepleiere og pleiere med annen helsefaglig bakgrunn sett i forhold til antall brukere, dagtid på hverdager.¹²



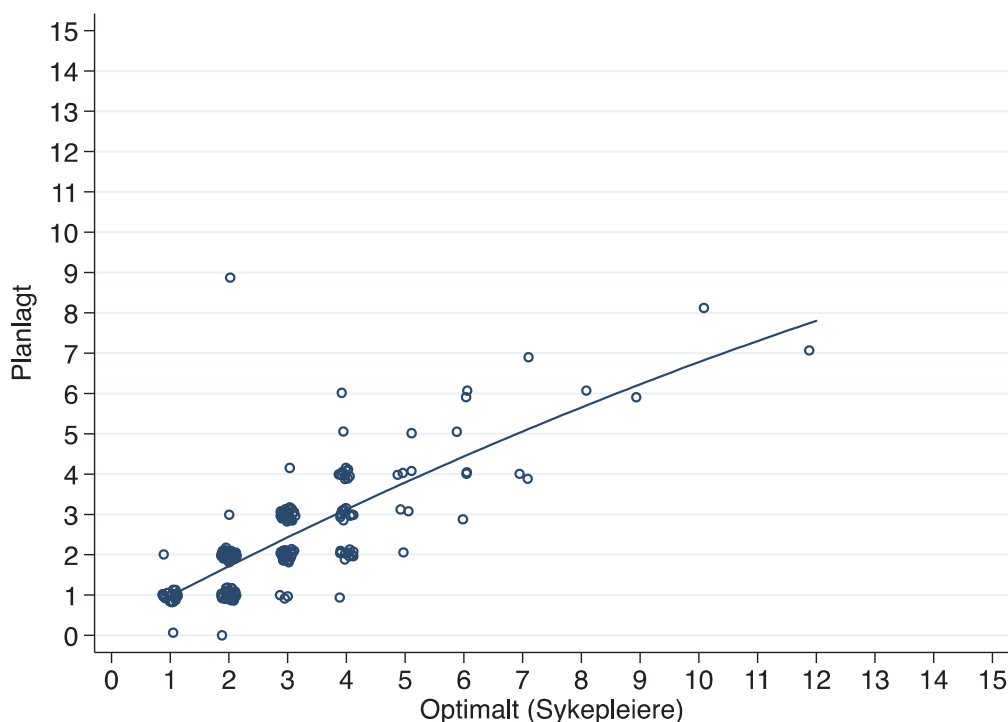
5.3 Samsvarer optimal bemanning med planlagt bemanning?

Ideelt sett skulle forholdet mellom «optimal bemanning» og faktisk bemanning være 1:1. Vi har ikke mål på faktisk bemanning, men forholder oss til den planlagte bemanningen. Figur 12 gjengir data for sykehjem og viser et eksempel som ikke er så veldig langt unna; informantenes oppfatning om optimalt antall sykepleiere på dagvakt på hverdager (horisontal akse) og planlagt bemanning med sykepleiere for dagtid på hverdager (vertikal akse). Litt avvik er det imidlertid, det var en tendens til at informantene oppga et høyere antall *optimalt* antall sykepleiere til slike vakter enn det *planlagte* antallet sykepleiere (en konsekvens av dette lille avviket er at regresjonslinjen ikke er diagonal, noe den ville vært om de to variablene sto i et 1:1 forhold). Sagt på en annen måte: Hadde forholdet mellom «optimal bemanning» og faktisk bemanning vært

¹² Resultat for sykepleiere er gjengitt med sirkler og heltrukken regresjonslinje, for hjelpepleiere med trekant og stiplet regresjonslinje. Ett svar som indikerte 1000 brukere er utelatt.

1:1, ville den standardiserte regresjonseffekten vært 1, men denne regresjonseffekten var 0,76 ($p < 0,001$). Dette tilsvarer likevel en sterk sammenheng mellom planlagt og «optimal bemanning».

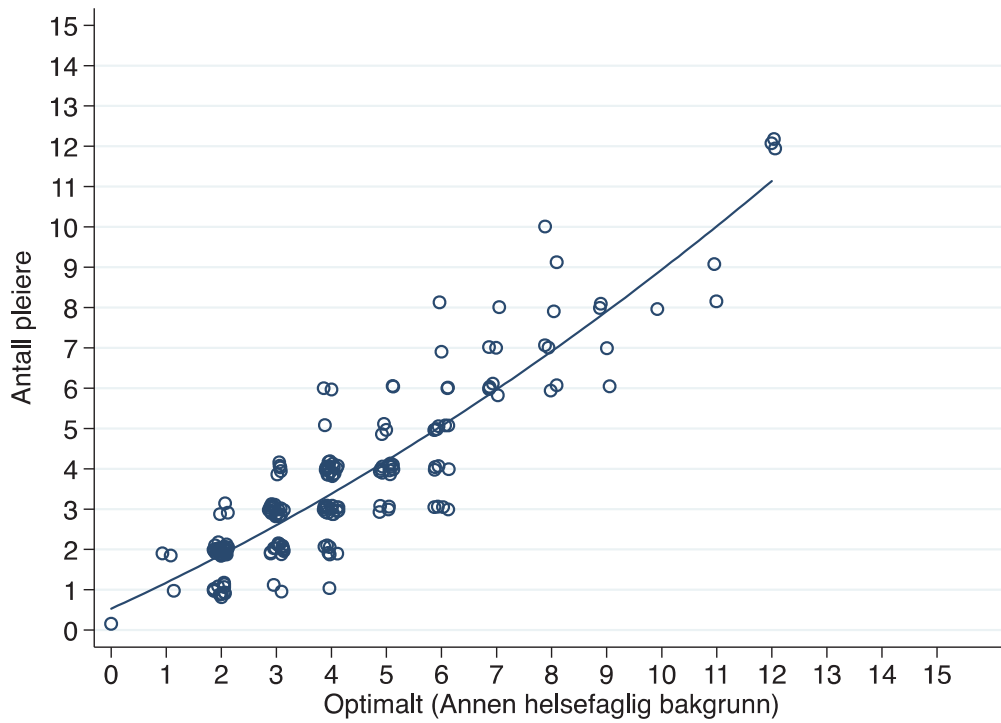
Figur 12. Sykehjem: Planlagt bemanning som avhengig av optimal bemanning: Sykepleiere på hverdager, dagtid.



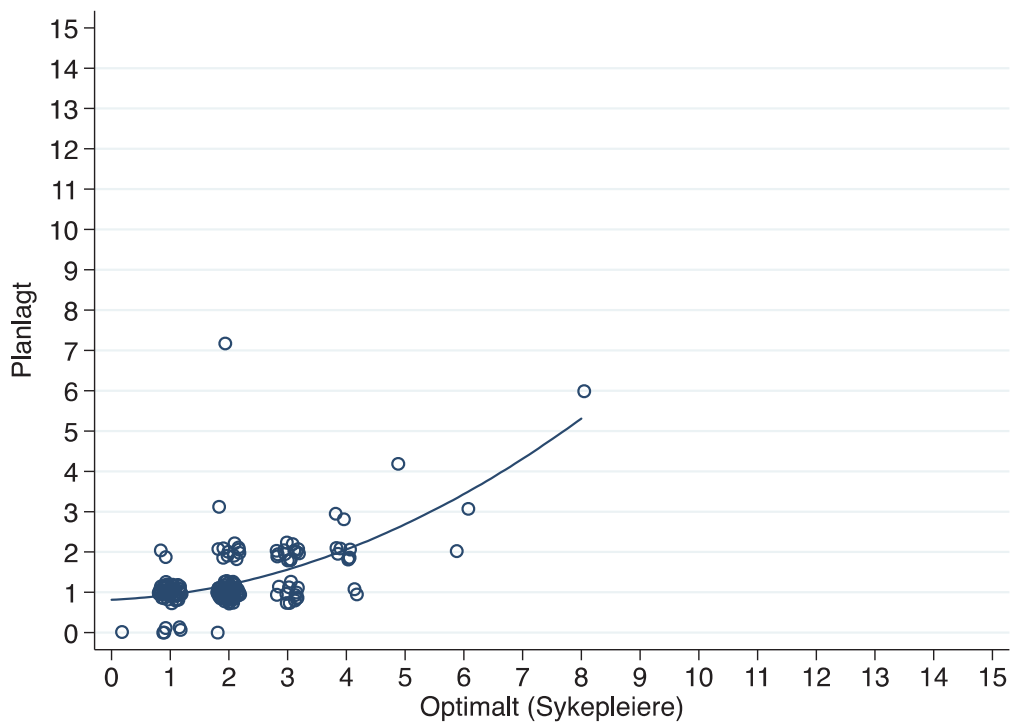
Sammenhengen var enda tydeligere mellom informantenes oppfatninger om optimalt antall pleiere med annen helsefaglig bakgrunn og planlagt bemanning. Figur 13 viser dette allerede for bemanning på dagtid på hverdager (dvs. samme type vakter som for sykepleiere i Figur 12). Den standardiserte regresjonseffekten for Figur 13 var 0,90 ($p < 0,001$).

Vi illustrerer forskjeller mellom sykepleiere og helsepersonell med annen fagbakgrunn også ved hjelp av to figurer for dagtid i helger (Figur 14 og Figur 15). Informantene ønsket et begrenset antall sykepleiere på jobb på dagtid i helger, men det var enda færre på jobb på denne tiden (her målt med planlagt bemanning), se Figur 14. Informantene ønsket flere pleiere med annen helsefaglig bakgrunn på arbeid på dagtid i helger, samtidig som det planlagte antallet var mer i tråd med det informantene oppfattet som optimalt (se Figur 15).

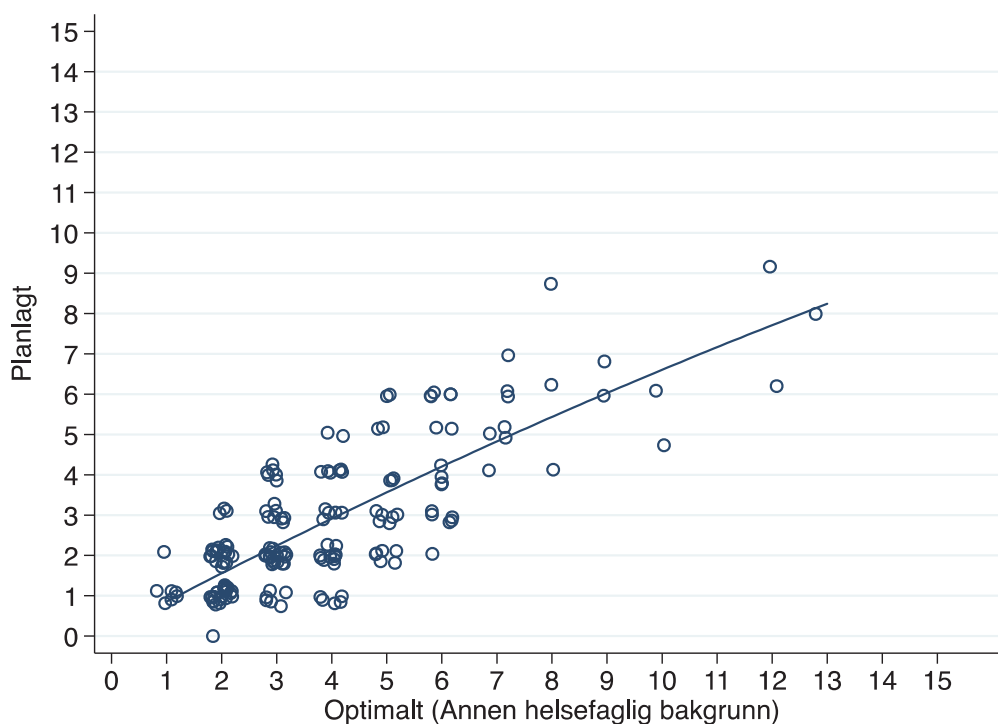
Figur 13. Sykehjem: Planlagt bemanning som avhengig av optimal bemanning. Pleiere med annen helsefaglig bakgrunn på hverdager, dagtid.



Figur 14. Sykehjem: Planlagt bemanning som avhengig av optimal bemanning. Sykepleiere i helger, dagtid.

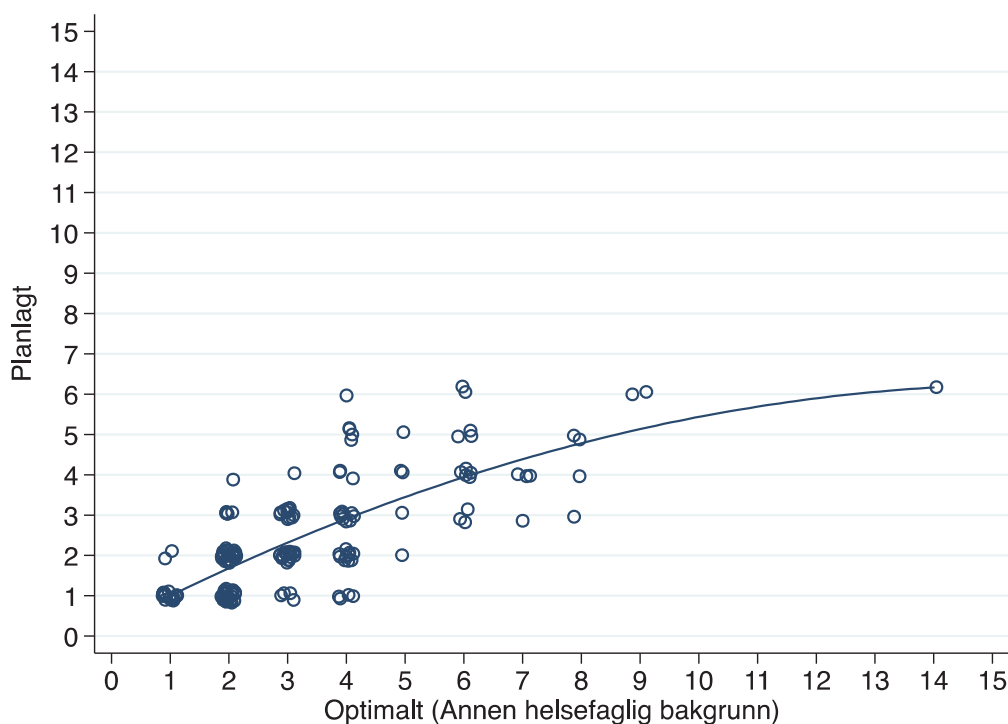


Figur 15. Sykehjem: Planlagt bemanning som avhengig av optimal bemanning. Pleiere med annen helsefaglig bakgrunn i helger, dagtid.



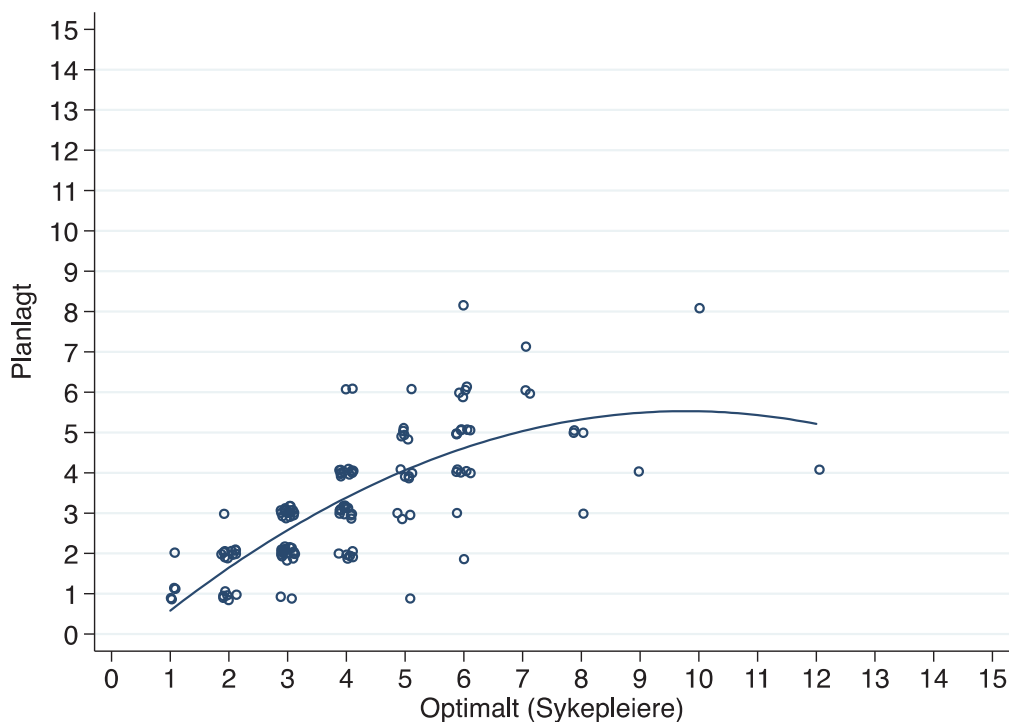
Figur 13 og Figur 14 illustrerer samtidig et annet moment: Behovet for pleie på arbeidstider utenom vanlig arbeidstid så ut til å bli dekket mer av pleiere med annen helsefaglig bakgrunn enn av sykepleiere. Informantene så også ut til å mene at det er en god løsning. Men også for pleiere med annen helsefaglig bakgrunn, kunne det være et noe større behov (basert på oppgitt optimal bemanning med denne yrkesgruppen) enn planlagt bemanning tilsa.

Figur 16. Sykehjem: Planlagt bemanning som avhengig av optimal bemanning. Pleiere med annen helsefaglig bakgrunn på helger, kveldstid.

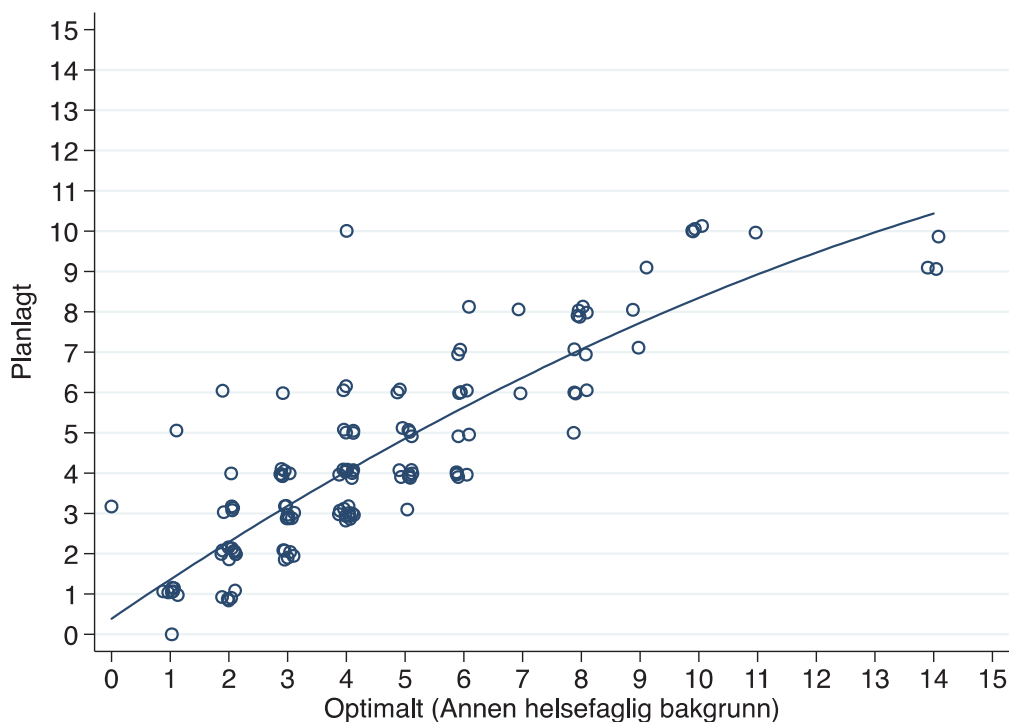


I *hjemmesykepleien* var sammenhengene mellom hva informantene anså som optimal bemanning med sykepleiere og planlagt bemanning relativt god på dagtid på hverdager, selv om det planlagte antall sykepleiere var lavere enn det som ble ansett som optimalt (Figur 17). Den standardiserte regresjonseffekten var på 0,85, $p < 0,001$), men sammenhengen var svak for de få som oppga at det optimale ville være mer enn syv sykepleiere. Sammenhengen var sterkere for bemanning med helsearbeidere på hverdager, dagtid (Figur 18, med en standardisert regresjonsverdi på 0,89, $p < 0,001$).

Figur 17. Hjemmesykepleie: Planlagt bemanning som avhengig av optimal bemanning. Sykepleiere på hverdager, dagtid.



Figur 18. Hjemmesykepleie: Planlagt bemanning som avhengig av optimal bemanning. Pleiere med annen helsefaglig bakgrunn på hverdager, dagtid.¹³



¹³ Ett svar med optimalt 25 og planlagt 30 pleiere med annen fagbakgrunn er utelatt.

5.4 Mangel på spesialsykepleiere?

Informantene formidlet et stort behov for spesialsykepleiere. Av 242 informanter på sykehjem uttrykte 196 (81 %) et behov for flere spesialsykepleiere, enten spesialistområder som var nevnt i spørreskjemaet eller spesialistområde som kunne føres opp i et åpent spørsmål. Av 163 informanter fra hjemmesykepleien uttrykte 140 (86 %) et behov for flere spesialsykepleiere. Tabell 13 tar utgangspunkt i de spesialistområdene som spørreskjemaet nevnte for sykepleiere og gir en oversikt over på hvor mange områder informantene så behov for spesialsykepleiere.

Tabell 13. Antall spesialistområder hvor informantene uttrykte behov for spesialsykepleiere.

Antall områder	Sykehjem	Hjemmesykepleie
	N = 242	N = 163
Ingen	57	32
1	10	4
2	22	16
3	28	12
4	33	16
5	26	16
6	20	17
7	15	15
8	15	15
9	6	10
10	10	10

Tabell 14 og Tabell 15 sammenfatter svarene til spørsmål om forhåndsdefinerte områder for spesialistsykepleie. Tabell 14 gjengir svarene fra informanter på sykehjem. Informantene etterlyste spesialsykepleiere på mange områder, og noe flere informanter i hjemmesykepleie enn sykehjem etterlyste spesialsykepleiere. Over halvparten av informantene fra begge tjenester indikerte behov for spesialsykepleiere innenfor områder som anses spesielt relevant for eldreomsorg: geriatri, demens og palliati. Det er også påfallende at en stor andel informanter fra hjemmesykepleien (53 %) trekker fram behov for spesialsykepleiere med kompetanse innenfor rusfeltet.

I tillegg kommer spesialistområder som ikke var nevnt i spørreskjemaet, men som informantene førte opp i et åpent spørsmål. Her var hyppig nevnte spesialistområder psykiatri/psykisk helse (23 informanter i sykehjem og 13

informanter i hjemmesykepleie), diabetes (11 og 12 informanter), rehabilitering (8 og 9 informanter), sår (8 og 7 informanter) og hygiene inklusive smitteforebygging (6 og 1 informant).

Tabell 14. Sykehjem: Prosent og antall som indikerte behov for flere spesialsykepleiere, og antall spesialsykepleiere som ble etterlyst.

	Andel som indikerte behov		Antall spesialsykepleiere som ble etterlyst				
	Prosent	Antall	1	2	3 til 5	6 til 10	11 til 15
Hjerte/kar	27	65	59	5		1	
Lunge	29	69	59	9		1	
Ortopedi	13	32	28	4			
Hjerneslag	44	106	91	9	4	2	
Infeksjon	31	75	66	7		2	
Palliati	52	127	89	24	11	3	
Kreft	39	95	72	15	6	2	
Demens	59	143	91	23	25	3	1
Geriatrici	56	136	75	28	28	3	2
Rus	21	51	44	6	1		

Tabell 15. Hjemmesykepleie: Prosent og antall som indikerte behov for flere spesialsykepleiere, og antall spesialsykepleiere som ble etterlyst.

	Andel som indikerte behov		Antall spesialsykepleiere som ble etterlyst				
	Prosent	Antall	1	2	3 til 5	6 til 10	11 til 15
Hjerte/kar	34	55	50	3	1	1	
Lunge	45	73	66	4	2	1	
Ortopedi	22	36	33	2		1	
Hjerneslag	44	71	63	6	1	1	
Infeksjon	37	61	51	7	2	1	
Palliati	52	84	61	15	6	2	
Kreft	47	76	57	14	4	1	
Demens	56	91	63	15	11	2	
Geriatrici	61	100	66	20	12	2	
Rus	53	86	67	15	4		

5.5 Holdninger til bemanningsnorm

Informantene ble stilt følgende spørsmål: «Det diskuteres i dag å innføre en standard bemanningsnorm for sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. I hvilken grad vil du si deg enig eller uenig i følgende utsagn om dette skjer for din tjeneste?» Spørsmålet inneholdt fem utsagn som står beskrevet i Tabell 16.

Så mange som 95 prosent av informantene i hjemmesykepleien sa seg helt eller delvis enig i utsagnet at andre forhold, som for eksempel økt

kompetanseheving, vil ha større betydning for kvaliteten, enn innføring av en fast bemanningsnorm. Det tilsvarende tallet for sykehjem var 90 prosent. I alt 71 prosent av både hjemmesykepleieinformantene og sykehjeminformantene sa seg enig i utsagnet at «bemanning bør planlegges i forhold til den aktuelle pasientgruppens behov» i stedet for å innføre en bemanningsnorm.

I alt 70 prosent av hjemmesykepleieinformantene sa seg helt eller delvis enig i utsagnet: En standard bemanningsnorm vil heve kvaliteten i tjenesten. Det tilsvarende tallet for sykehjeminformantene var 67 prosent.

I alt 71 prosent av hjemmesykepleieinformantene og 78 prosent av sykehjeminformantene ga uttrykk for at en slik norm, selv om den kun blir veiledende, kunne fungere som en maksimumsnorm.

Tabell 16. Syn på bemanningsnorm. Adskilte tall for hjemmesykepleie og sykehjem.

	Antall svar	Helt enig	Delvis enig	Verken eller	Delvis uenig	Helt uenig
Hjemmesykepleien						
En standard bemanningsnorm vil heve kvaliteten	146	35,62	33,56	19,18	7,53	4,11
Andre forhold, som for eksempel økt kompetanseheving vil ha større betydning	158	67,09	27,85	3,16	1,90	0,00
En innføring av minstestandard-norm for bemanning av sykepleiere vil sikre kvalitet	154	47,40	34,42	12,34	3,25	2,60
Bemanning bør heller planlegges i henhold til den aktuelle pasientgruppens behov	157	34,39	36,94	14,65	7,64	6,37
En slik norm vil, selv om den kun blir veiledende, kunne bli brukt som en maks. norm	145	37,93	31,03	24,83	2,76	3,45
Sykehjem						
En standard bemanningsnorm vil heve kvaliteten	235	34,47	32,77	21,28	7,66	3,83
Andre forhold, som for eksempel økt kompetanseheving vil ha større betydning	240	56,25	33,75	8,33	1,25	0,42
En innføring av minstestandard-norm for bemanning av sykepleiere vil sikre kvalitet	237	43,46	35,44	13,08	4,22	3,80
Bemanning bør heller planlegges i henhold til den aktuelle pasientgruppens behov	233	34,76	35,62	16,31	9,87	3,43
En slik norm vil, selv om den kun blir veiledende, kunne bli brukt som en maks. norm	227	41,41	36,12	18,06	3,52	0,88

Vi så nærmere på om vi kunne forklare variasjon i holdninger til en bemanningsnorm. Til dette brukte vi faktoranalyse for å utvikle et samlet mål på holdning til bemanningsnorm. En bemanningsnorm har vært mer diskutert for sykehjem enn for hjemmesykepleie, og det viste seg også at det var vanskelig å utvikle en faktoranalyse av holdning til bemanningsnorm innen hjemmesykepleien i våre data. Det var vanskelig å få en faktormodell til å passe til data i hjemmesykepleien og vi fant ingen variabel som forklarte forskjeller i holdninger til bemanningsnorm innen hjemmesykepleie.

For sykehjem derimot, var det mulig å bruke faktoranalyse for å utvikle et mål på en mer veldefinert holdning til bemanningsnorm. Vi gjennomførte en rekke tester for mulige sammenhenger mellom planlagt bemanning (antall pasienter pr. pleier) og holdning til en bemanningsnorm. Vi fant en sammenheng mellom bemanning med sykepleiere (ikke for den parallelle testen av bemanning med pleiere med annen fagbakgrunn). Sammenhengen for bemanning med sykepleiere slo ut for arbeidstid utenfor normalarbeidsdagen: På avdelinger med relativt færre sykepleiere pr beboer var informantene noe mer positive til en bemanningsnorm (kveldstid på hverdager: standardisert regresjonsverdi, kalt *beta* i det følgende = 0,27, $p < 0,001$; natt på hverdager: *beta* = 0,27 $p = 0,003$; dagtid i helger: *beta* = 0,17, $p = 0,05$; kveld i helger: *beta* = 0,23, $p = 0,02$).

Blant de mange analysene vi gjennomførte, fant vi også at vektleggingen av forventet fravær i oppsett av turnus viste en sammenheng med holdningen til bemanningsnorm i sykehjem, også om vi samtidig kontrollerte for andre variabler.

Mens forventet sykefravær og annet fravær ikke så ut til å bli vektlagt mye i oppsett av turnus (se tabell 3 på side 23), var det en klar tendens til at de som rapporterte sterkere vektlegging av forventet fravær også var mer positive til en bemanningsnorm (*beta* = 0,40, $p < 0,001$, med enda større sammenheng om vi også kontrollerte for andre variabler i analysen).

5.6 Oppsummering

Svarene på spørsmål om optimal bemanning indikerte at informanter på sykehjem så for seg en bemanning med et høyt innslag av sykepleiere og pleiere med annen helsefaglig bakgrunn. Hvis avdelingen hadde et større antall

pasienter, så det ut til at det høyere pleiebehovet skal fanges opp mer med pleiere med annen helsefaglig bakgrunn en av sykepleiere. I hjemmesykepleien fant vi ikke en slik forskjell, samtidig som et høyere antall brukere i liten grad skulle fanges opp med et høyere antall sykepleiere eller pleiere med annen helsefaglig bakgrunn.

En enkel sammenlikning av gjennomsnitt for planlagt bemanning og gjennomsnitt for optimal bemanning, viser gjennomgående høyere gjennomsnitt for optimal bemanning (målt som færre pasienter pr. pleier). Det gjelder både for sykepleiere og pleiere med annen helsefaglig bakgrunn, og for begge grupper både i sykehjem (tabell 16 sammenliknet med tabell 11) og i hjemmesykepleie (tabell 7 sammenliknet med tabell 12).

Men gjennomsnitt er som nevnt ikke et godt mål i denne sammenhengen. Et bedre mål er sammenlikninger av hver enkelt informants svar på planlagt bemanning og hennes/hans oppfatning om optimal bemanning (Figur 12 til Figur 18). Disse sammenlikningene tydet på at informanter på *sykehjem* opplevde planlagt bruk av pleiere med annen helsefaglig bakgrunn som nært optimalt, mens informantene på de ønsket økt bruk av sykepleiere i forhold til planlagt bruk av sykepleiere. De samme analysene tydet også på at informantene i *hjemmesykepleien* ønsket flere sykepleiere. Her uttrykte informantene samtidig også et behov for flere pleiere med annen helsefaglig utdanning.

Informantene uttrykte et stort behov for spesialsykepleiere, både i sykehjem og i hjemmesykepleien. Samtidig indikerte svarene fra informantene på både sykehjem og hjemmesykepleie et viss tvisyn på en bemanningsnorm. For eksempel fikk både utsagnet «En standard bemanningsnorm vil heve kvaliteten» og utsagnet «Bemanning bør heller planlegges i henhold til den aktuelle pasientgruppens behov», støtte fra klare flertall (nærmere 70 %) hos informanter fra sykehjem og fra hjemmesykepleie.

Det er vanskelig å konkludere hvorvidt de tillitsvalgte var positive eller skeptiske til å innføre en standard bemanningsnorm for sykepleiere. Et stort flertall svarte at innføringen av en slik norm ville heve og sikre kvaliteten. Samtidig svarte omtrent like mange at det var fare for at en slik norm ville kunne fungere som en maksimumnorm, selv om den kun er veiledende. Informantene ga også uttrykk for andre forhold, som økt kompetanseheving

og det å planlegge i forhold til den aktuelle pasientgruppens behov, vil ha større betydning enn en fast bemanningsnorm, noe som også gjenspeiles i Kompetanseløftet 2015 (Stortingsmelding 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening – Framtidens omsorgstjenester).

6 Kvalitet og arbeidsmiljø

I dette kapitlet presenterer vi en oversikt over de tillitsvalgtes svar på spørsmål om kvalitet på tjenestene og faglig forsvarlighet, og arbeidsmiljøet. Vi har også gjennomført analyser av mulige sammenhenger mellom bemanning og svar på spørsmål om tjenestens kvalitet.

6.1 Kvalitet og faglig forsvarlighet

Et stort flertall både i sykehjem og hjemmesykepleien oppga at de ofte opplevde at tiden ikke strakk til for den enkelte beboer eller bruker. Seks av ti av sykehjeminformanter, og fire av ti av hjemmesykepleieinformanter oppga at de opplevde dette daglig. I alt 37 prosent av informantene i hjemmesykepleien og 25 prosent av informantene i sykehjem svarte at de opplevde dette hver uke. Tidsklemmen opplevdes noe oftere blant informantene i sykehjem sammenlignet med hjemmesykepleie.

Tabell 17. «Hvor ofte ser du at tiden som er til rådighet for den enkelte pasient ikke strekker til?» Svar i prosenter.

	Sykehjem	Hjemmesykepleie
N	242	163
Daglig	59,09	41,72
Ca. hver uke	24,79	36,81
1-3 ganger i måneden	9,09	12,27
Sjelden/Aldri	3,72	5,52
Ikke sikker	3,31	3,68
Totalt	100,00	100,00

Pearson $\chi^2(4) = 12,09$ P = 0,017

Informantene ble bedt om å vurdere en rekke utsagn om kvalitet og faglig forsvarlighet i tjenesten de jobbet i. Tidspresset ser ikke ut til å vise sterk sammenheng med informantenes vurderinger av kvalitet. I hjemmesykepleien sa et mindretall seg helt eller delvis *uenig* i følgende *positive* utsagn om tjenesten (Tabell 18): kvaliteten på tjenesten var god (9 %), pasientsikkerheten var god (8 %), og pasientene følte seg trygge (4 %). Noen flere, men fortsatt et mindretall, sa seg uenig i utsagnet om at den faglige forsvarligheten ble godt ivaretatt (18 %).

I alt 86 prosent sa seg uenig i det negative utsagnet om at pleien var dårlig. Kun 40 prosent sa seg imidlertid uenig i at ernæring, hygiene og pleie og andre omsorgsbehov ikke ble ivaretatt godt nok. Det er en tilsynelatende motsetning mellom svarte på om pleien var god (de aller fleste svarte bekreftende) og de mange som svar at tidspresset medførte at ernæring, hygiene og andre omsorgsbehov ikke ble ivaretatt godt nok. Det kan imidlertid virke som om tidspresset for informantene i hjemmesykepleien medførte at flere ansatte opplevde at de ikke klarte å ivareta brukernes behov godt nok.

I alt 45 prosent sa seg helt eller delvis uenig i at de hadde tid nok til å følge med på behovsutviklingen, slik at tiltak kunne settes inn tidlig og forhindre forverring av helsetilstand. 19 prosent sa seg delvis eller helt uenig i utsagnet om at pasientene får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling.

Det ser ut som at det skorter på aktivitets- og kulturtilbud til hjemmeboende brukere. Så mange som halvparten av informantene fra hjemmesykepleien sa seg helt eller delvis uenig i utsagnet om at pasientene tilbys et godt aktivitets- og kulturtilbud.

Vi ba også informantene om å vurdere utsagn om dataregistreringssystemet de brukte i tjenesten. Spørsmålene skulle gi et mål på effektivitet, dvs. bruk av tid som igjen kan ha betydning for tiden pleierne har til rådighet til direkte kontakt med pasientene. Dataregistreringsverktøy som brukes innen pleie- og omsorg er GERIKA, ACOS, el. VISMA profil. Nesten halvparten (46 %), var uenig i utsagnet om at deres verktøy var komplisert å bruke. Samtidig sa kun 24 prosent seg uenig i at treghet i datasystemet førte til at de brukte mye tid på å vente når de brukte dataregistreringsverktøyet. Det ser altså ut til at flere i hjemmesykepleien kan oppnå å få mer tid til brukere, og kanskje også unngå irritasjon, med et mer forståelige og tidsbesparende dataregistreringsverktøy.

Tabell 18. Hjemmesykepleie: Grad av enighet/uenighet i utsagn om kvalitet og faglig forsvarlighet

	N	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Kvaliteten på tjenesten er god	163	26,4	54,6	10,4	6,1	2,5
Den faglige forsvarligheten ivaretas godt	163	16,0	56,4	9,8	14,1	3,7
Dataregistreringssystem et (GERIKA, ACOS el. Visma profil) er komplisert å bruke	156	6,4	25,0	16,0	24,4	28,2
Vi bruker mye tid på å vente når vi bruker dataregistreringssystem	162	35,2	29,6	11,7	11,1	12,4
Ernæring, hygiene, pleie og andre omsorgsbehov ivaretas ikke godt nok	163	9,8	30,7	19,6	30,1	9,8
Pasientsikkerheten er god	162	15,4	62,4	14,2	6,8	1,2
Pasientene føler seg trygge her	161	28,0	61,5	6,8	3,1	0,6
Pleien er dårlig	162	0,6	4,3	9,3	30,9	54,9
Pasientene blir ikke tilstrekkelig stimulert i sitt hverdagsliv	162	19,1	46,9	20,4	9,3	4,3
Pasientene tilbys et godt aktivitets- og kulturtilbud	157	7,0	22,9	19,8	34,4	15,9
Pasientene får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling	159	10,7	48,4	21,4	15,7	3,8
Vi får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn	162	4,3	31,5	19,8	34,6	9,9

Tabell 19 viser svarfordelingen på tilsvarende spørsmål for informanter fra sykehjem. Det var bare små forskjeller mellom hjemmesykepleie og sykehjem i svar på spørsmål om tjenestenes kvalitet. Kun tre av spørsmålene viste statistisk signifikante forskjeller mellom de to tjenester. Det var en klar forskjell i spørsmålet om «pasientene følte seg trygge» ($p < 0,001$). Det var også en statistisk signifikant forskjell for spørsmålet om ivaretagelse av ernæring, hygiene, pleie og andre omsorgsbehov ($p = 0,038$), med et mer negativt resultat for sykehjem. Klarest var likevel forskjellen i spørsmålet om «pasientene fikk tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling» ($p < 0,001$), hvor sykehjem skåret bedre.

Tabell 19. Sykehjem: Grad av enighet/uenighet i utsagn om kvalitet og faglig forsvarlighet

	N	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Kvaliteten på tjenesten er god	242	24,0	53,7	10,3	9,9	2,1
Den faglige forsvarligheten ivaretas godt	242	18,2	50,4	11,6	16,5	3,3
Dataregistreringssystem et (GERIKA, ACOS el. Visma profil) er komplisert å bruke	236	11,0	28,4	14,8	19,9	25,9
Vi bruker mye tid på å vente når vi bruker dataregistreringssystemet	242	44,2	28,9	7,0	9,9	9,9
Ernæring, hygiene, pleie og andre omsorgsbehov ivaretas ikke godt nok	242	10,3	24,4	16,5	27,3	21,5
Pasientsikkerheten er god	241	22,4	56,9	8,7	10,4	1,7
Pasientene føler seg trygge her	241	48,6	40,7	7,1	3,7	0,0
Pleien er dårlig	241	2,5	7,5	10,8	21,6	57,7
Pasientene blir ikke tilstrekkelig stimulert i sitt hverdagsliv	242	24,0	42,2	14,9	11,6	7,4
Pasientene tilbys et godt aktivitets- og kulturtilbud	241	12,0	28,6	13,7	25,7	19,9
Pasientene får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling	241	39,0	39,4	6,6	12,0	2,9
Vi får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes in	242	8,3	37,2	21,1	22,7	10,7

Enkle analyser viste at det var en generell sammenheng mellom bemanning på ulike tidspunkt (antall pleiere pr pasient) i sykehjem og opplevd kvalitet på tjenesten. Slike sammenhenger var mindre klare i hjemmesykepleien, men i hjemmesykepleien blir et mål på bemanning per bruker vanskeligere å bruke (som følge av det høye antallet brukere per pleier) og vi hadde et relativt lavt antall informanter fra hjemmesykepleien, noe som også reduserte mulighetene til å finne sammenhenger.

Styrken i bemanningen er viktig for kvaliteten i pleien i sykehjem. Men sammenhengen trenger ikke være lik for alle typer pleiere. Vi sammenholdt bemanning med sykepleiere og bemanning med pleiere med annen helsefaglig bakgrunn som forklaringer av opplevd kvalitet ved tjenesten i sykehjem. I disse analysene viste bemanningen med pleiere med annen helsefaglig bakgrunn en sterkere sammenheng med opplevd kvalitet ved tjenesten. Vi fant en slik forskjell når vi bare så på bemanning på dagtid på hverdager (se vedleggsfigur

3 for detaljer). Forskjellen ble enda tydeligere da vi også trakk inn bemanning på kveldstid (hverdager og helg) og dagtid i helger (vedleggsfigur 4).

6.2 Arbeidsmiljø

De fleste av informantene som jobbet i sykehjem ga uttrykk for at det er en høy grad av trivsel og et godt samarbeid mellom de ansatte der de jobbet (Tabell 20). Et stort flertall ga imidlertid uttrykk for at de opplevde en stor arbeidsbelastning. Kun tre av ti sa seg enig i utsagnet om at det var lite sykefravær der de jobbet.

Tabell 20. Sykehjem: Grad av enighet/uenighet i utsagn om arbeidsmiljøet

	N	Helt enig	Delvis enig	Verken eller	Delvis uenig	Helt uenig
Høy grad av trivsel	242	41,32	38,84	8,68	9,92	1,24
Arbeidsbelastningen er stor	242	42,56	40,50	9,92	7,02	0,00
Lite sykefravær	240	10,00	20,83	21,67	25,00	22,50
Godt samarbeid mellom ansatte	242	30,99	47,52	12,40	7,44	1,65

De fleste av informantene som jobbet i hjemmesykepleien ga også uttrykk for en høy grad av trivsel og et godt samarbeid mellom ansatte der de jobbet (Tabell 21). Et stort flertall, men litt færre enn sykehjeminformantene, ga uttrykk for at arbeidsbelastningen var stor. I underkant av tre av ti sa seg helt eller delvis enig i utsagnet om lite sykefravær.

Tabell 21. Hjemmesykepleie: Grad av enighet/uenighet i utsagn om arbeidsmiljøet

	N	Helt enig	Delvis enig	Verken eller	Delvis uenig	Helt uenig
Høy grad av trivsel	163	45,40	36,81	9,20	6,75	1,84
Arbeidsbelastningen er stor	163	31,90	36,81	17,79	12,88	0,61
Lite sykefravær	160	12,50	25,62	16,88	29,38	15,62
Godt samarbeid mellom ansatte	163	39,88	46,01	9,82	3,07	1,23

Det er vanskelig å holde opplevd arbeidsmiljø for de ansatte og opplevd kvalitet for brukere og beboere fra hverandre. Opplevelsen av de to vil prege hverandre, den ene opplevelsen smitter over på den andre. Det kom også til uttrykk i data. Bruk av faktoranalyse viste en korrelasjon på 0,71 (vedleggsfigur 5). Det er en meget høy korrelasjon, som innebærer at de hadde halvparten (50 %) av sin respektive variasjon felles.

6.3 Oppsummering

Et stort flertall både i sykehjem og hjemmesykepleien opplevde at de daglig eller ukentlig hadde for lite tid til den enkelte pasient. Et flertall av informantene ga imidlertid uttrykk for at kvaliteten på tjenesten, pleien, pasientsikkerheten var god, det samme gjaldt for generell faglig forsvarlighet. Et stort flertall oppga også at pasientene følte seg trygge. Et fåtall svarte imidlertid at pasientene ble tilstrekkelig stimulert i sitt dagligliv. Kun 40 prosent i hjemmesykepleien og 35 prosent i sykehjem var enig i at ernæring, hygiene og andre omsorgsbehov ikke ble tilstrekkelig ivaretatt.

Kun 36 prosent i hjemmesykepleien og 46 prosent i sykehjem oppga at de fikk nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at de rette tiltakene kunne settes inn. Få opplevde altså å ha tid nok til å ivareta denne typen forebyggende arbeid. Et mindretall, 30 prosent i hjemmesykepleien og 41 prosent i sykehjem, mente pasientene tilbys et godt aktivitets- og kulturtilbud.

De fleste både i sykehjem og hjemmesykepleien ga uttrykk for en høy grad av trivsel og et godt samarbeid mellom de ansatte. De opplevde imidlertid en stor arbeidsbelastning, og noe under halvparten oppga et høyt sykefravær. Det var en meget sterk korrelasjon mellom arbeidsmiljø og opplevd kvalitet for pasientene.

Analysene viste en sammenheng mellom bemanning i sykehjem på ulike tidspunkt (antall pleiere pr. pasient) og opplevd kvalitet på tjenesten. Denne sammenhengen var sterkest for bemanning med pleiere med annen helsefaglig bakgrunn enn sykepleiere.

7 Kommunale og regionale variasjoner i oppsett av turnuser og reaksjoner på fravær

I dette kapitlet ser vi på nærmere på variasjoner i planlegging av turnus og avvik på tvers av kommuner (kommunens størrelse) og helseregioner. Kommune referer i denne studien til informantenes bostedskommune. Vi har brukt en eksplorativ tilnærming til analysene og gjennomført mange analyser for å se om vi fant forskjeller etter kommunestørrelse og region for noen av spørsmålene. Tabeller som hører til analysene er presentert som vedlegg bakerst i rapporten. Vi vil understreke at en slik eksplorativ tilnærming, uten på forhånd antatte sammenhenger, kan resultere i at noen sammenhenger er tilfeldig.

7.1 Bakgrunn for turnusene som settes opp

Resultatene beskrevet i kapittel 4 antydnet at planlagt turnus var primært preget av økonomiske rammer, ved siden av tilgjengelig personell. For sykehjem var det statistisk signifikante forskjeller mellom helseregionene i spørsmålet om faglige vurderinger som grunnlag for planlagt turnus ($p = 0,029$). I alle helseregionene unntatt Helse Nord, svarte over halvparten av informantene at turnus i stor eller noen grad var styrt av faglige vurderinger. Særlig Helse Vest og Sør-Øst skåret relativt høyt i dette spørsmålet (se vedleggstabell 1).

7.2 Hva skjer når det oppstår fravær?

Faktisk bemanning må tilpasses sykefravær og annet fravær. Tabell 9 i kapittel 4 (side 33) viste en oversikt over hvordan tjenestene løste fravær. Vi så nærmere på forskjeller mellom kommuner og helseregioner i informantenes stillingstaken til tre utsagn:

- Setter som regel inn vikarer når det oppstår fravær for sykepleiere
- Ufaglærte blir satt inn i stedet for sykepleiere
- Vikarer med annen helsefagutdanning går vakter

Andel som sa seg enig i disse utsagn varierte i liten grad etter kommunestørrelse og vi fant ingen forskjeller på tvers av helseregioner. I spørsmålet om bruk av vikarer med annen helsefaglig utdanning, fant vi en forskjell mellom kommuner basert på kommunestørrelse ($p = 0,016$, vedleggstabell 4). Informanter fra kommuner med under 3 000 innbyggere sa seg i langt større grad enig i utsagnet om at tjenesten brukte vikarer med annen helsefaglig utdanning.

7.3 Hvorfor oppstår avvik mellom planlagt og faktisk bemanning?

Fravær kan gjøre at bemanningsplanen ikke overholdes og tjenesten kan bli underbemannet. Vi så nærmere på variasjon i informantenes stillingtagen til tre utsagn om årsaker til avvik fra planlagt bemanning:

- Problemer med å få tak i utdannet personell
- Press fra ledelsen å ikke sette inn vikarer av økonomiske grunner
- Ledere som har ansvar for turnus gjør ikke nok for å få tak i vikarer

Her fant vi klare forskjeller mellom helseregioner og mellom kommuner avhengig av deres størrelse. For spørsmålet om press fra ledelsen var det var en statistisk signifikant forskjell mellom kommuner, både blant tillitsvalgte innen hjemmesykepleie ($p = 0,017$) og blant tillitsvalgte på sykehjem ($p = 0,001$). Press fra ledelsen så ut til å være utslagsgivende i større grad i store kommuner (over 50 000 innbyggere) og i mellomstore kommuner. Forskjellene var imidlertid større for sykehjem (vedleggstabell 6) enn for hjemmesykepleie (vedleggstabell 5).

Også mellom helseregioner var det forskjeller i opplevd press fra ledelsen, basert på ledelsens bekymring for økonomien ($p = 0,009$, vedleggstabell 7). Størst opplevd press så det ut til å være i Oslo, deretter i Helse Vest. Ledelsen med ansvar for turnus fikk også i varierende grad kritikk for ikke å gjøre nok for å få tak i vikarer, både i hjemmesykepleie ($p = 0,038$) og i sykehjem ($p = 0,012$), men det var ulike mønstre i svarene fra hjemmesykepleie (vedleggstabell 8) og fra sykehjem (vedleggstabell 9).

7.4 Oppsummering

Dette kapitlet har sett på oppsett av turnus og håndtering av fravær, og undersøkt om data tyder på at det var forskjeller mellom kommuner (basert på kommunestørrelse) eller mellom helseregioner. I tillegg har vi sett på forskjeller mellom hjemmesykepleie og sykehjem.

I mange av testene på mulige forskjeller fant vi ingen statistisk signifikante forskjeller. Vi trekker her fram de tilfellene hvor vi fant forskjeller. Det var ulikheter mellom *helseregionene* i spørsmålet om hvordan sykehus vektlegger faglige hensyn i oppsett av turnus. Helse Vest og Helse Sør-Øst skårte høyt på dette spørsmålet, med forholdsvis stor vektlegging av faglige hensyn, Helse Nord skårte forholdsvis lavt. Også i spørsmålet om opplevd press fra ledelsen mot å bruke vikarer ved sykefravær, fant vi forskjeller mellom helseregioner. Størst opplevd press var det i Oslo, deretter i Helse Vest.

Vi fant også statistisk signifikante forskjeller mellom *kommuner* (baserte på en inndeling etter kommunestørrelse) ved at informanter fra kommuner med under 3 000 innbyggere i langt større grad rapporterte at tjenesten brukte vikarer med annen helsefaglig utdanning for å dekke opp sykefravær blant sykepleiere. På den andre siden opplevde store kommuner (over 50 000 innbyggere) og mellomstore kommuner i langt større grad press fra ledelsen mot å bruke vikarer ved sykefravær.

8 Avslutning

Vi vil avslutningsvis løfte frem følgende hovedfunn: Hensyn til økonomi og tilgjengelig helsepersonell oppfattes som i størst grad å påvirke oppsett av turnus. Analysene viser betydelige variasjoner i antall personer med ulik kompetanse i forhold til antall pasienter som settes opp i planlagt turnus. Høyt sykefravær oppfattes som å være hovedgrunn til at det oppstår avvik mellom planlagt og faktisk bemanning. De tillitsvalgte var ambivalente til å innføre en standard bemanningsnorm for sykepleiere. Det var også stor variasjon i hva informantene mente burde være optimal bemanning av sykepleiere og andre helsearbeidere. Tilslutt, informantene ga uttrykk for et stort tidspress i tjenestene.

8.1 Hensyn til økonomi og tilgjengelig helsepersonell oppfattes som i størst grad å påvirke oppsett av turnus

Ifølge de tillitsvalgte er det ikke ett, men flere hensyn som tas når det settes opp turnus for tjenesten i de seks påfølgende ukene. Hensyn til økonomi og tilgjengelig helsepersonell sies å ha størst betydning. I alt 81 prosent av informantene i hjemmesykepleien og 88 prosent av informantene i sykehjem, oppga at økonomiske rammer i stor eller noen grad har betydning. De tilsvarende tallene for hensyn til tilgjengelig personell var 88 prosent for hjemmesykepleieinformantene og 80 prosent for sykehjeminformantene. Et stort flertall oppga i tillegg at forhold som ansattes stillingsstørrelse og hensynet til ansattes arbeidstid hadde betydning. Deretter ble faglige hensyn vektlagt, og seks av ti mente at pleietyngde hadde betydning.

Svarene fra totalt 431 tillitsvalgte samsvarer med funn i en kvalitativ studie som ble gjennomført i fem kommuner i 2012. I denne undersøkelsen ga både ansatte i toppledelsen i kommuneadministrasjonen og tjenesteledere uttrykk for at økonomi er det viktigste kriteriet for plan og budsjett for tjenestene (Gautun 2012). Tjenestelederne sa de var opptatt av å klare å holde seg innenfor de økonomiske rammene som var satt for tjenesten, men at de opplevde at endringer i pasientbehov gjennom året kunne gjøre dette vanskelig. Tjenestelederne påpekte at de overskred de økonomiske rammene når det var

nødvendig, for ikke å bryte med myndighetskrav i lover og forskrifter, og at de da i stor grad ble møtt med forståelse av toppadministrasjonen.

8.2 Betydelige variasjoner i planlagt bemanning

Et sentralt spørsmål i den spørreskjemabaserte studien har vært å belyse hva slags bemanning som settes opp i forhold til antallet pasienter i planlagt turnus for tjenestene seks uker fremover i tid. Datainnsamlingsmetoden vi har benyttet gjør det ikke mulig å gi en detaljert oversikt over turnusplanene, men vi har ved hjelp av svarene fra de tillitsvalgte kunnet tegne et grovt bilde av tjenestene som er undersøkt i de 215 kommunene. Få informanter hadde oversikt over ufaglærte, men mange oppga tall for sykepleiere og annet helsefagpersonell som ble satt opp på hverdager og helger, og til ulike tider, dvs. dagtid, kveld og helger. Vi ser et tydelig mønster, det ble satt opp flere sykepleiere og andre helsearbeidere på hverdager sammenlignet med i helger, og flere ble satt opp på dagtid sammenlignet med kveld og natt både på hverdager og i helger. Svarene samsvarer med to kartlegginger som ble gjennomført i 2009 og 2010 i et utvalg sykehjem og hjemmesykepleie i 18 kommuner (ECON 2009, Holmeide & Eimot 2010). I de to kartleggingene ble det innhentet data fra 6444 planlagte vakter, hvorav 3407 var på sykehjem, på to hverdager, en helg og to påskedager (Holmeide & Eimot 2010:4). Et registreringsskjema ble fylt ut av avdelingssykepleieren med antallet personer (planlagte vakter) fordelt per profesjon på dag, kveld og natt. Kartleggingen viste at planlagt bemanning varierer mellom hverdag, helg og høytider/ferier, og til ulike tider på døgnet (ECON 2009, Holmeide & Eimot 2010).

Det ble i de to kartleggingene fra ECON og Holmeide & Eimot ikke gjennomført analyser som viste gjennomsnittstall og eventuelle variasjoner mellom tjenestene. Den foreliggende undersøkelsen som ble gjennomført blant tillitsvalgte viser imidlertid betydelige variasjoner i planlagt bemanning mellom tjenester og også mellom samme typer avdelinger i sykehjem. Det er i analysene også beregnet gjennomsnittstall for hvor mange sykepleiere og andre helsearbeidere som settes opp på hverdager og i helger, og til ulike tider på døgnet i hjemmesykepleien, sykehjem og ulike avdelinger i sykehjem. Det er imidlertid vanskelig å referere til disse som en «typisk» bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien på grunn av de betydelige variasjonene.

8.3 Høyt sykefravær oppgis som hovedgrunn til at det oppstår avvik mellom planlagt og faktisk bemanning

De tillitsvalgte oppga i undersøkelsen et avvik mellom planlagt og faktisk bemanning. Svarene samsvarer med de to kartleggingene som ble gjort i sykehjem og hjemmesykepleien i 2009 og 2010 (ECON 2009, Holmeide & Eimot 2010). I de to kartleggingene konkluderes det at det er store og systematiske avvik mellom planlagt og faktisk bemanning av sykepleiere og andre helsearbeidere i sykehjem og hjemmesykepleien. De tillitsvalgte ga i spørreundersøkelsen som ble gjennomført i mai og juni 2014, uttrykk for at fravær førte til at færre sykepleiere og andre helsearbeidere var på jobb, og at flere av vikarene var ufaglærte. De oppga også at det heller ikke alltid ble satt inn vikarer, verken faglærte eller ufaglærte. Kartleggingene i de 18 kommunene i 2009 og 2010 viste at faktisk antall sykepleiere på vakt var 24 prosent lavere enn planlagt. Tilsvarende var det en underdekning på 18 prosent for andre helsearbeidere. Disse vaktene ble erstattet av ufaglærte.

I følge de tillitsvalgte i den foreliggende undersøkelsen var et høyt sykefravær hovedgrunnen til at det oppstod avvik. Denne tilbakemeldingen fra de tillitsvalgte samsvarer med funn i den kvalitative studien om planlagt og faktisk bemanning som ble gjennomført i fem kommuner 2012 (Gautun 2012). Informantene i kommuneadministrasjonen, sykehjem og hjemmesykepleien hadde i denne studien en felles forståelse om at hovedgrunnen til avvik var at det er problemer med å få satt inn utdannede vikarer når det oppstod fravær.

Sammenlignet med andre deler av arbeidsmarkedet, er det et høyt sykefravær i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Oversikter over sykefraværet i perioden 2001 fram til 2013 viser en variasjon mellom ni og ti prosent i helse- og sosialtjenestene, og mellom seks og sju prosent i arbeidsmarkedet forøvrig (SSB: Statistikk bank)¹⁴. Det kan se ut som at det i liten grad planlegges for et forventet sykefravær i tjenestene. Få tillitsvalgte oppga at det tas hensyn til forventet sykefravær når turnus settes opp. Ifølge topplederne som ble intervjuet i de fem kommunene i 2012, skyldes dette at det er vanskelig å

¹⁴ Det totale sykefraværet innen helse- og sosialtjenestene (etter næring, SN 2007) varierte i perioden 2001 til og med første kvartal 2013 mellom 9,1 prosent (2005) og 10,8 prosent (2003). I 2010 var det på 9,3 prosent og i første kvartal 2013 på 10,1 prosent.

planlegge i forhold til sykefravær (Gautun 2012). Det går an å stille spørsmål ved om det egentlig behøver å være så vanskelig å planlegge i forhold til sykefravær, både når det settes opp budsjett for hele helse- og omsorgssektoren i en kommune og den enkelte tjeneste. Sykefravær er stabilt høyt innen sektoren og derfor forutsigbart, til tross for at det kan forekomme noen svingninger. På bakgrunn av oversikter over sykefravær for tidligere år, skulle det være mulig å ta høyde for sykefravær i planleggingen, både når de økonomiske rammene settes for hele helse- og omsorgssektoren, og når turnus settes opp for den enkelte tjeneste.

I de to kartleggingene som ble gjennomført i 2009 og 2010, fortalte tjenesteledere at den planlagte grunnbemanningen på mange vakter, spesielt for sykepleiere, i utgangspunktet var på et minimumsnivå (ECON 2009, Holmeide & Eimot 2010). Minimumsnivået som den planlagte grunnbemanningen var lagt på, ble sagt å gi stor sårbarhet når det oppstår sykdom, og annet ikke planlagt fravær. Det ser altså ut som at en grunnbemanning¹⁵ som tar i betraktning sannsynligheten for at det oppstår sykefravær, vil kunne påvirke avviket mellom planlagt og faktisk bemanning. Å planlegge for forventet sykefravær, kan redusere antall vakter der færre er på jobb enn planlagt, og det kan motvirke at vikarer ofte er ufaglærte.

8.4 Ambivalens i forhold til å innføre en standard bemanningsnorm

Det er vanskelig å konkludere hvorvidt de tillitsvalgte var positive eller skeptiske til å innføre en standard bemanningsnorm for sykepleiere. Et stort flertall mente innføringen av en slik norm vil heve, og sikre, kvaliteten. Samtidig svarte like mange at det er fare for at en slik norm vil, selv om den kun blir veiledende, kunne bli brukt som en maksimumnorm. Informantene ga også uttrykk for at andre forhold, som økt kompetanseheving, og det å planlegge i forhold til den aktuelle pasientgruppens behov, vil ha større betydning for kvaliteten enn en fast bemanningsnorm.

¹⁵ Grunnbemanning består både av antall personer som settes opp på vakter, og sammensetning av kompetanse.

Ni av ti ga uttrykk for at et alternativ til en bemanningsnorm er å øke kompetansen blant ansatte. Vi har ikke undersøkt hvilke personellgrupper informantene tenkte på; det kan være de mente sykepleiere, andre helsearbeidere, og/eller ufaglærte. Vi har imidlertid undersøkt hvorvidt informantere opplevde at det er et behov for spesialsykepleiere i tjenesten de jobber i. Informantene uttrykte et stort behov for spesialsykepleiere på flere spesialområder, både i sykehjem og hjemmesykepleien. Åtte av ti i sykehjem og nesten ni av ti i hjemmesykepleien oppga at det var behov for spesialsykepleiere.

Samtidig ga et flertall uttrykk for at bemanning bør planlegges i forhold til den aktuelle pasientgruppens behov i stedet for å innføre en bemanningsnorm. Det kan være et uttrykk for at en norm kan bli vanskelig å fastsette, i og med at det er stor variasjon i pasientbehov i tjenestene, og at disse også endrer seg over tid. Pasienter kan bli mer hjelpetrengende, noen faller fra, og nye kommer til som igjen kan ha helt andre behov.

Det kan se ut som om tjenestene i liten grad fortløpende kartlegger pasientenes pleiebehov for å bruke det faktiske pleiebehovet som grunnlag for oppsett av turnus. Både i sykehjem og i hjemmesykepleien oppga kun tre av ti informanter at tjenestene satte opp turnus med hjelp av planleggingsverktøy som tok hensyn til registrert pleietyngde/aktivitet.

8.5 Stor variasjon i optimal bemanning

Vi sammenliknet svar den enkelte informant ga på spørsmål om planlagt bemanning og hennes/hans vurdering av optimal bemanning på ulike tider. Slike sammenlikninger tydet på at planlagt bemanning med helsearbeidere bare var litt lavere enn den ønskede i sykehjem, mens denne forskjellen var større i hjemmesykepleien. I hjemmesykepleien ønsket informantene flere helsearbeidere til sin tjeneste. For sykepleiere var spriket klarere, både på sykehjem og i hjemmesykepleie. Svarene ga inntrykk av at de aller fleste informantere ønsket flere sykepleiere.

Disse tallene gjelder for planlagt bemanning. Spriket vil være større mellom optimal bemanning og faktisk bemanning. Både denne undersøkelsen og tidligere undersøkelser har vist at det er store og systematiske avvik mellom planlagt og faktisk bemanning.

Det er imidlertid vanskelig å gi anbefaling om hva som kan være en fast bemanningsnorm i hjemmesykepleien, sykehjem og ulike avdelinger i sykehjem, på bakgrunn av svarene om optimal bemanning. Analysene viste betydelig variasjon i hva informantene mente burde være optimal bemanning av sykepleiere og andre helsearbeidere på hverdager og helger og til ulike tider på døgnet, både i sykehjem og hjemmesykepleien.

8.6 Tidspress i tjenestene

Et stort flertall både i sykehjem og hjemmesykepleien oppga at de daglig eller ukentlig opplevde at tiden de har til rådighet til den enkelte pasient ikke strekker til. Dette så ikke ut som at for de fleste gikk ut over faglig forsvarlighet, pasientsikkerhet og pasientens trygghet. Travelhet så imidlertid ut til at førte til at mange opplevde de ikke fikk nok tid til å følge med på behovsutviklingen, slik at tiltak kan settes inn tidlig, og dermed forebygge en dårlig utvikling hos pasientene. Problemet så ut til å være størst i hjemmesykepleien. I alt 40 prosent av informantene i hjemmesykepleien, og 36 prosent av informantene i sykehjem, ga også uttrykk for at ernæring, pleie, og andre omsorgsbehov ikke ble godt nok ivaretatt. Dessuten mente kun under halvparten (ca. 40 %) at pasientene ble tilbudt et godt aktivitets- og kulturtilbud.

Både i denne og andre undersøkelser, har ansatte i tjenestene gitt uttrykk for at de opplevde et stort tidspress i hverdagen på jobb (Gautun & Hermansen 2011, Gautun & Syse 2013). Hovedgrunnen ser ut til å være at det er for få på jobb, og manglende kompetanse. Det kan imidlertid også se ut som at det kan være mulig å frigjøre litt tid til pasientrettet arbeid ved å forenkle og effektivisere dataregistreringsverktøy i flere av tjenestene. Tre av ti av hjemmesykepleieinformantene og nesten fire av ti av sykehjeminformantene, ga uttrykk for at dataregistreringssystemet på deres arbeidssted var komplisert å bruke. Så mange som 68 prosent i hjemmesykepleien og 71 prosent i sykehjem svarte at de brukte mye tid på å vente når de brukte dataregistreringssystem fordi det gikk så tregt.

Summary

Staffing and skill-mix in long-term care

This report provides a description of the results from a recent study among employee representatives on planning for staffing and skill-mix in local (municipal) long-term care. The study included 431 employee representatives with a membership at The Norwegian Nurses Organisation's. They were employed at either nursing homes (56 %) or home care services. Most informants were women (93 %). Three research questions were explored: (i) Which factors affect planning and level of staffing and skill-mix in local long-term care today? (ii) What do employee representatives from long-term care services consider optimal staffing and skill-mix in nursing homes and home care respectively?; (iii) To what extent does staffing affect the quality of services and job-satisfaction among employees?

i. Factors affecting planning and level of staffing and skill-mix: Most informants indicated that financial reasons and available staff were important factors affecting planning of levels of staffing. Many informants also indicated that professional judgements and considerations for employees working hours were important. Our results showed large variations in planned skill-mix in relation to the number of users and residents. Results showed that sickness absence was the most important reason for deviations between planned and actual levels of staffing. Less than half of the informants indicated that temporary workers were used to cover for sickness absence. Many used unskilled workers as replacements. The main reasons for lack of replacement were related to difficulties with actually finding temporary workers, in particular skilled nursing staff, when needed. Pressure from management to avoid replacement because of financial reasons was another reason.

ii. Attitudes towards optimal staffing and skill-mix: In nursing homes, respondents preferred relatively high levels of nursing staff and staff with an education from other health sciences. An increase in number of residents (and hence nursing needs) was preferably dealt with by increasing staff with an education

from other health sciences, rather than nursing staff. Employee representatives from home care services indicated a greater need for nursing staff. Informants from both nursing homes as well as home care services indicated a particular need for specialized nurses. The majority of the employee representatives believed that the introduction of “normative levels of staffing” would contribute to higher quality of services. However, many also believed that such a norm could be utilized as a maximum standard. Initiatives directed towards increased competences and skill-levels among employees as well as more direct planning towards the needs of users and residents could prove more important than introducing a norm for staffing levels.

iii. The effect of staffing levels on quality and job satisfaction: Informants indicated a large time pressure within both types of long-term care services. The majority experienced time pressure on a daily or weekly basis. Nevertheless, quality of nursing care, patient safety and professional reliability were evaluated as good. Aspects related to nutrition, hygiene and other care needs were however less well attended to. Only half of the informants indicated that they had enough time for follow-up of the needs of users and residents to develop appropriate initiatives. Lowest score was found for possibilities for social activities. Analyses confirmed an association between levels of staffing and quality of services. This association was strongest for levels of staff with an education from other health sciences. Most informants indicated high levels of job satisfaction and good collaboration at the workplace. They experienced high work load and levels of sickness absence were high.

There were some variations across health regions in the degree to which professional judgement affected planning of levels of staffing as well as in the degree to which employee representatives experienced pressure from management to avoid temporary workers. Largest pressure from management was experienced by informants from large (> 50 000 inhabitants) and medium sized municipalities. Informants from small municipalities (< 3, 000 inhabitants) were more likely to report the use of temporary workers with an education from other health sciences to cover for sickness absence among nursing staff.

Referanser

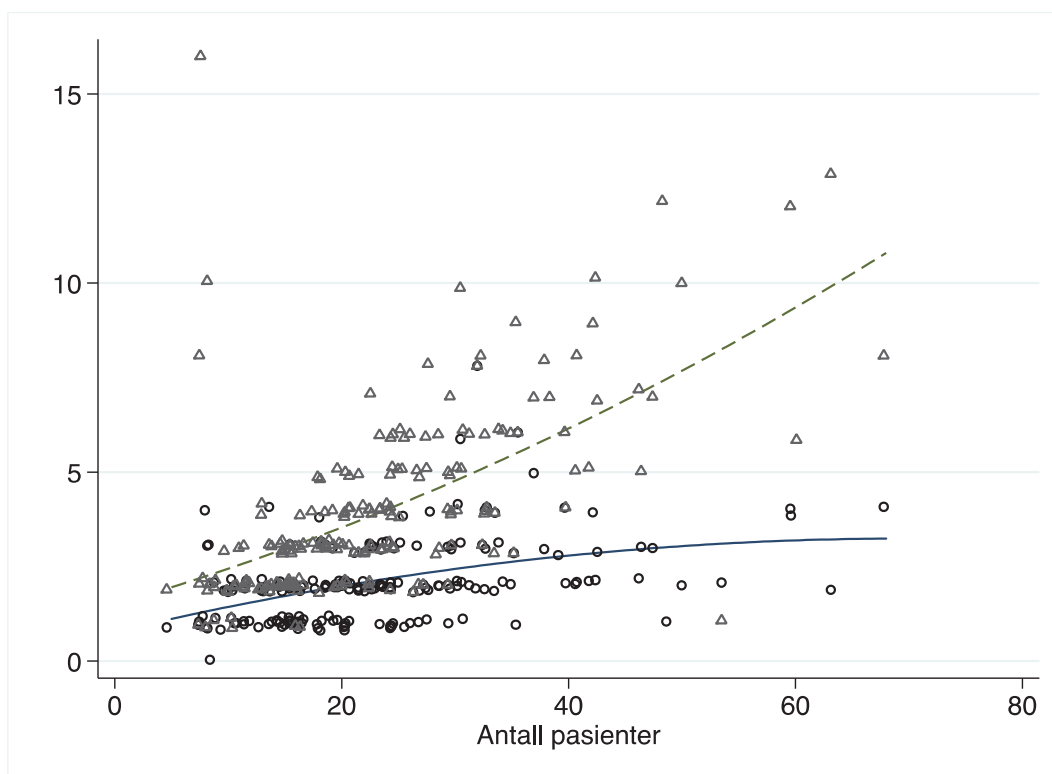
- ECON (2009), *Bemanning i kommunal pleie- og omsorg*. Rapport 2009-072
- Gautun, H & A. Syse (2013), *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* NOVA rapport nr 8/13.
- Gautun, H. (2012), *Planlagt og 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
- 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.
- Holmeide, A & Eimot, M (2010), *Bemanning i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Analysesenteret.
- 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.
- NorgesBarometer Nr. 7 2011 Undersøkelse blant Norges ordførere, rådmenn og kommunepolitikere på oppdrag fra Norges Sykepleierforbund
- SSB (2009) Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008. SSB Rapport 2009/9
- SSB: Statistikkbanken

Vedlegg

En del av informantene svarte bare på noen av spørsmålene om planlagt bemanning, tabellen må sees i lys av varierende antall svar på ulike spørsmål. For eksempel svarte færre på spørsmål om helgebemanning på sykehjem enn på spørsmål om bemanning på hverdager, slik at forholdet mellom antall pasienter og pleiere ikke blir direkte sammenliknbart. (Se for eksempel maksimum antall pasienter pr. pleier om kvelden på hverdager, 27, mot maksimum antall pasienter pr. pleier i helger, 17.)

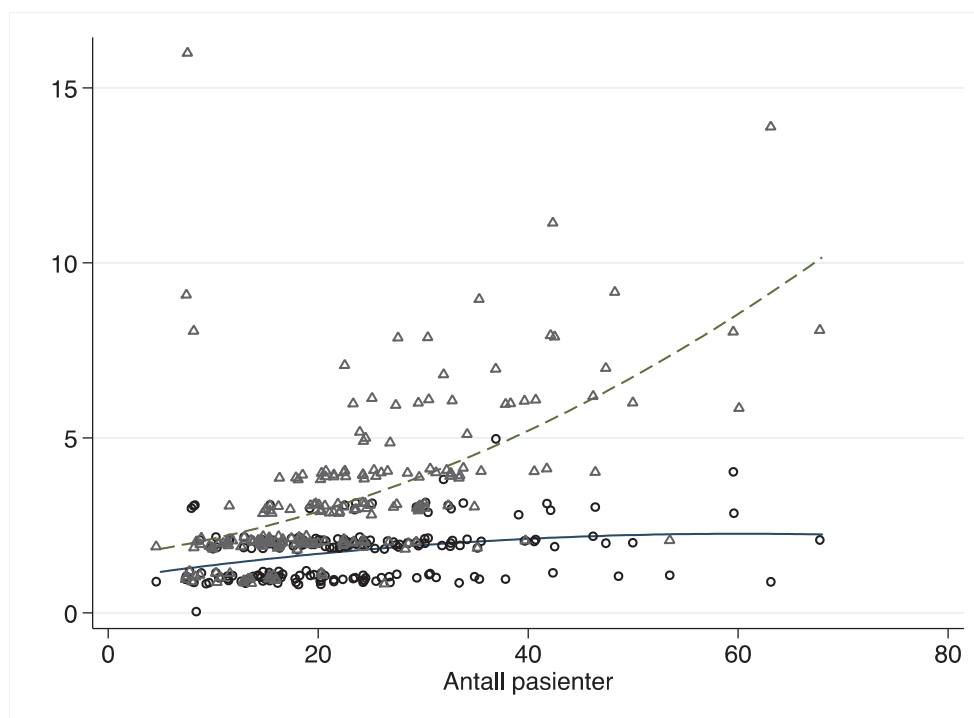
Vedlegg til kapittel 5

Vedleggsfigur 1. Sykehjem: Optimal bemanning, antall sykepleiere og pleiere med annen helsefagbakgrunn sett i forhold til antall pasienter. Dagtid i helger



Resultat for sykepleiere er gjengitt med sirkler og heltrukken (kvadratisk) regresjonslinje, for hjelpepleiere med trekkanter og stiplet regresjonslinje.

Vedleggsfigur 2. Sykehjem: Optimal bemanning, antall sykepleiere og pleiere med annen helsefagbakgrunn sett i forhold til antall pasienter. Kveld i helger



Resultat for sykepleiere er gjengitt med sirkler og heltrukken (kvadratisk) regresjonslinje, for hjelpepleiere med trekkanter og stiplet regresjonslinje.

Faktoranalyse og strukturelle likningsmodeller for analyser av holdninger til bemanningsnorm og kvalitet ved tjenesten

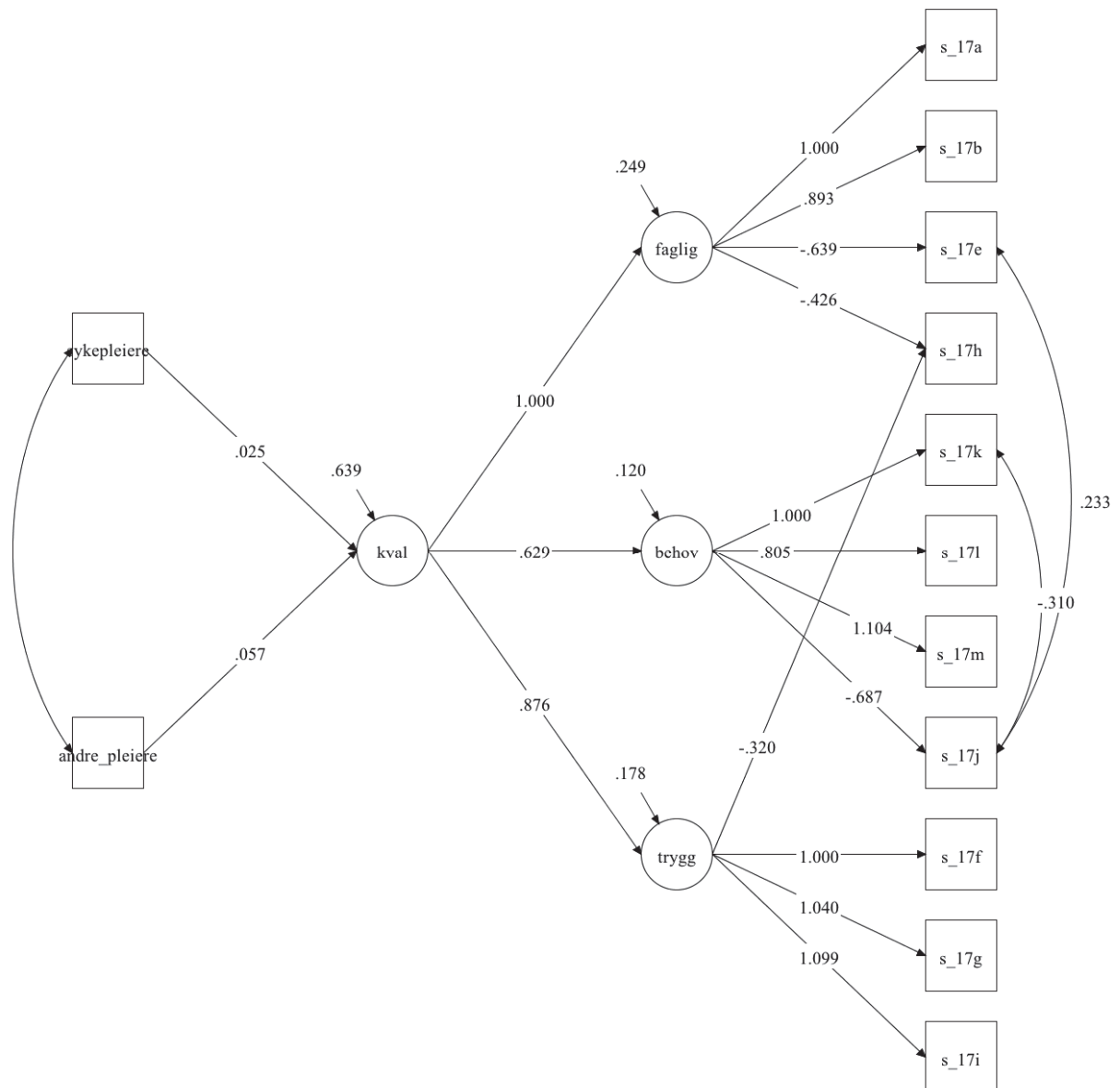
Holdninger til bemanningsnorm ble i deler av analysen i kapittel 5 analysert ved hjelp av faktoranalyse. Ikke alle utsagnene om bemanningsnorm var like godt egnet til å måle holdningen til selve normen. Det er tydeligst for utsagnet om at andre forhold vil ha større betydning for faktisk bemanning. Denne vurderingen kan påvirke holdningen til normen, men holdningen til normen (positiv eller negativ) er en separat størrelse. Vi konkluderte med følgende tre indikatorer for holdningen til bemanningsnorm: En standard bemanningsnorm vil heve kvaliteten, En innføring av minstestandardnorm for bemanning av sykepleiere vil sikre kvaliteten, Bemanning bør heller planlegges i henhold til den aktuelle pasientgruppens behov.

Vi definerte "Vet ikke"-svar som manglende svar, men brukte en beregningsmetode (full information maximum likelihood) som kunne inkludere informanter også om de hadde manglende svar på noen av indikatorene for holdningen (faktoren beregnet med faktoranalyse). Vi definerte indikatorene (avhengige variabler i en faktoranalyse) som kategoriske, det vil si målt på ordinalnivå.

Vedlegg til kapittel 6

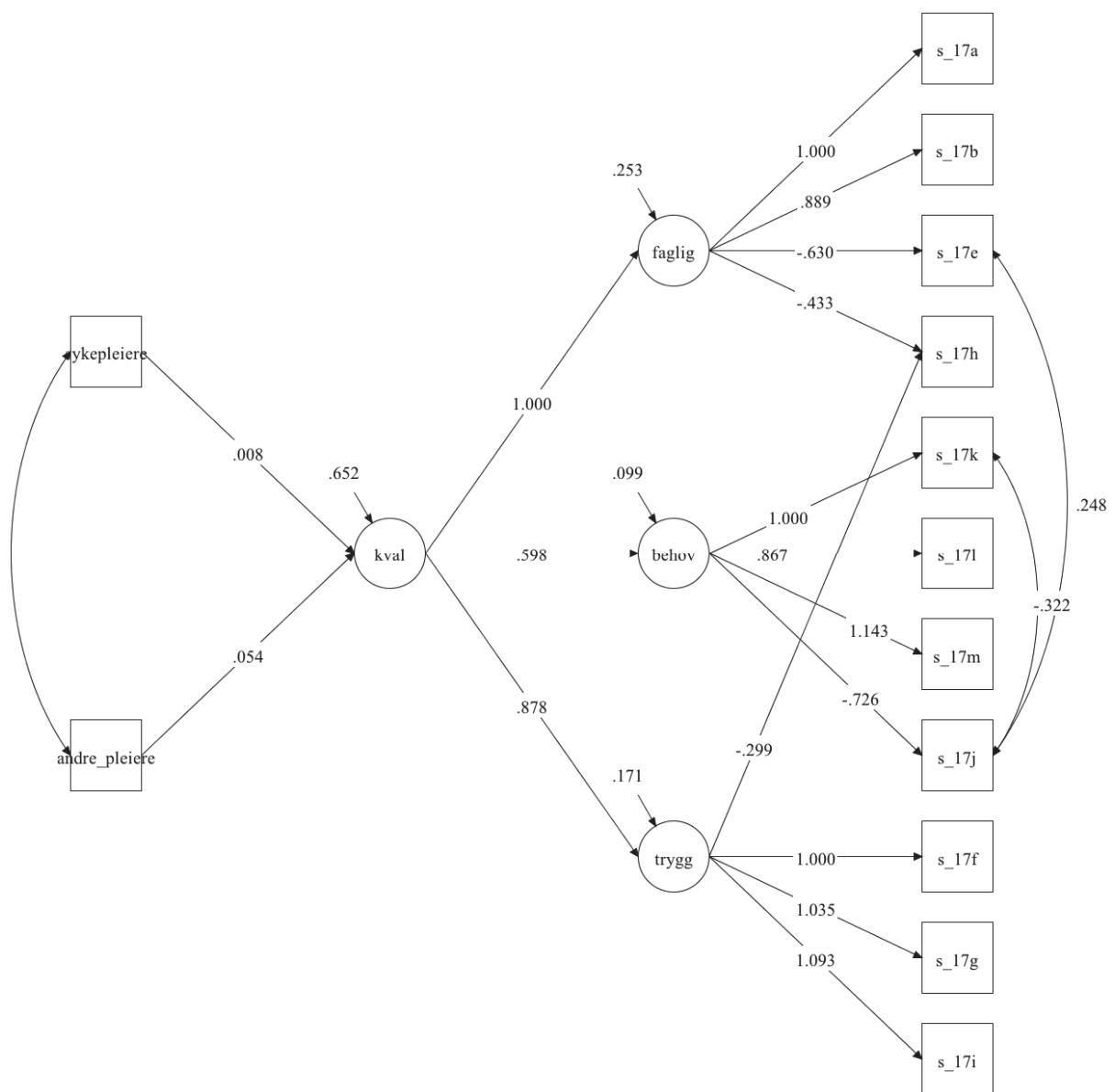
Vedleggsfigur 3 og vedleggsfigur 4 viser resultater fra noe mer avasente analyser av opplevd kvalitet ved tjenestene. De bruker ustandardiserte verdier siden disse gir bedre sammenlikning av de to forklaringsvariablene bemanning med sykepleiere og bemanning med pleiere med annen helsefaglig bakgrunn (i figuren kalt «andre pleiere»). Også standardiserte verdier indikerte sterkere effekt fra pleiere med annen helsefaglig bakgrunn og bare effekten fra hjelpepleiere var statistisk signifikant etter vanlige kriterier for signifikans ($p = 0,013$), p -verdien var høyere for sykepleiere ($p = 0,076$).

Vedleggsfigur 3. Sykehjem: Kvalitet i tjenesten for pasientene som avhengig av grad av bemanning med sykepleiere og pleiere med annen helsefaglig bakgrunn. Dagtid hverdager, ustandardiserte verdier



Firkantede bokser er målte variabler, det vil si spørsmål stilt i spørreskjemaet (se eget vedlegg for spørreskjemaet). Faktoranalysen viste at det var nødvendig å skille mellom faglig kvalitet, pasientenes mer generelle behov, og trygghet. Disse tre faktorene var imidlertid sterkt beslektet og modellen samler dem i en felles faktor kalt kvalitet. Modellen hadde forholdsvis godt treff med data: $N = 193$, $Kji\text{-kvadrat}(58) = 116,8$; $p < 0,001$; Root Mean Square Error Of Approximation (RMSEA) = 0,072 Comparative Fit Index (CFI) = 0,972.

Vedleggsfigur 4. Sykehjem: Kvalitet i tjenesten for pasientene som avhengig av grad av bemanning med sykepleiere og pleiere med annen helsefaglig bakgrun. Samlet mål for dagtid og kveldstid, hverdager og helger, ustandardiserte verder



Kun effekten av pleiere med annen helsefaglig bakgrunn («andre pleiere») var statistisk signifikant ($p = 0,002$); bemanning med sykepleiere viste ingen effekt som forklaringsvariabel ($p = 0,378$). Firkantede bokser er målte variabler, det vil si spørsmål stilt i spørreskjemaet (se eget vedlegg for spørreskjemaet). Modellen hadde forholdsvis godt treff med data: $N = 203$, Kji-kvadrat(58) = 111,12; $p < 0,001$; Root Mean Square Error Of Approximation (RMSEA) = 0,067 Comparative Fit Index (CFI) = 0,976.

Vedleggsfigur 5. Faktoranalyse av opplevd arbeidsmiljø og kvalitet i tjenesten for pasientene.



Den uthevede, tohodede pilen viser korrelasjonen mellom opplevd arbeidsmiljø og opplevd kvalitet for pasientene. Firkantede bokser er målte variabler, det vil si spørsmål stilt i spørreskjemaet (se eget vedlegg for spørreskjemaet). Faktoranalysen viste at det var nødvendig å skille mellom faglig kvalitet,

pasientenes mer generelle behov, og trygghet. Disse tre faktorene var imidlertid sterkt beslektet og modellen samler dem i en felles faktor kalt kvalitet. Modellen viste tilstrekkelig god sammenheng med data: $N = 431$, Kji-kvadrat(82) = 169,5; $p < 0,001$; Root Mean Square Error Of Approximation (RMSEA) = 0,050; Comparative Fit Index (CFI) = 0,953. Alle stier i modellen var statistisk signifikante ($p < 0,001$).

Vedlegg til kapittel 7

Vedleggstabell 1. Sykehjem: Er turnus styrt av faglige vurderinger? Forskjeller i svar fra informanter fra ulike helseregioner

	Nord	Midt-Norge	Vest	Sør-Øst	Oslo
I stor grad	19,35	18,37	32,69	29,21	25,00
I noen grad	29,03	42,86	44,23	47,19	43,75
Verken stor eller liten grad	22,58	18,37	15,38	15,73	25,00
I mindre grad	19,35	20,41	5,77	7,87	0,00
I liten grad	9,68	0,00	1,92	0,00	6,25
Totalt	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Pearson Kji-kvadrat (16) = 28,3311 $p = 0,029$

Vedleggstabell 2. Setter som regel inn vikarer når det oppstår fravær for sykepleiere

	Hjemmesykepleie	Sykehjem
Helt enig	29,45	48,35
Delvis enig	44,17	30,58
Verken enig eller uenig	5,52	4,96
Delvis uenig	12,27	10,74
Helt uenig	7,98	5,37
Totalt	100,00	100,00

Pearson Kji-kvadrat(4) = 14,8332 $p = 0,005$

Vedleggstabell 3. Ufaglærte blir satt inn i stedet for sykepleiere

	Hjemmesyk	Sykehjem
Helt enig	19,50	36,78
Delvis enig	30,82	35,95
Verken enig eller uenig	18,24	10,33
Delvis uenig	12,58	9,50
Helt uenig	18,87	7,44
Totalt	100,00	100,00

Pearson Kji-kvadrat(4) = 26,0950 $p = 0,000$

Vedleggstabell 4. Hjemmesykepleie: Kommunestørrelse og bruk av vikarer med annen helsefaglig utdanning

	Færre enn 3000	3001-10000	10001-20000	20001-50000	Over 50000
Helt enig	47,06	27,66	17,24	21,43	26,83
Delvis enig	29,41	51,06	41,38	53,57	53,66
Verken enig eller uenig	17,65	2,13	34,48	10,71	9,76
Delvis uenig	5,88	6,38	3,45	7,14	9,76
Helt uenig	0,00	12,77	3,45	7,14	0,00
Totalt	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Pearson Kji-kvadrat(16) = 30,3322 Pr = 0,016

Vedleggstabell 5. Hjemmesykepleie: Kommunestørrelse og press fra ledelsen.

	Færre enn 3000	3001-10000	10001-20000	20001-50000	Over 50000
Helt enig	11,76	16,67	15,38	14,81	18,42
Delvis enig	23,53	23,81	26,92	22,22	26,32
Verken enig eller uenig	17,65	14,29	30,77	3,70	13,16
Delvis uenig	47,06	21,43	11,54	7,41	15,79
Helt uenig	0,00	23,81	15,38	51,85	26,32
Totalt	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Pearson Kji-kvadrat(16) = 30,2755 $p = 0,017$

Vedleggstabell 6. Sykehjem: Kommunestørrelse og press fra ledelsen av sykehjem.

	Færre enn 3000	3001-10000	10001-20000	20001-50000	Over 50000
Helt enig	0,00	16,67	17,14	17,95	35,71
Delvis enig	30,00	19,70	31,43	28,21	28,57
Verken enig eller uenig	13,33	12,12	20,00	28,21	4,29
Delvis uenig	16,67	16,67	11,43	10,26	14,29
Helt uenig	40,00	34,85	20,00	15,38	17,14
Totalt	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Pearson Kji-kvadrat(16) = 38,0818 $p = 0,001$

Vedleggstabell 7. Sykehjem: Helseregion og press fra ledelsen

	Nord	Midt-Norge	Vest	Sør-Øst	Oslo
Helt enig	19,35	13,73	27,45	14,61	56,25
Delvis enig	25,81	37,25	27,45	23,60	18,75
Verken enig eller uenig	16,13	21,57	13,73	10,11	6,25
Delvis uenig	16,13	5,88	11,76	16,85	18,75
Helt uenig	22,58	21,57	19,61	34,83	0,00
Totalt	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Pearson Kji-kvadrat(16) = 32,3695 $p = 0,009$

Vedleggstabell 8. Hjemmesykepleie: Helseregion og "Leder som har satt opp turnus gjør ikke nok"

	Nord	Midt-Norge	Vest	Sør-Øst	Oslo
Helt enig	0,00	13,95	19,05	11,94	9,09
Delvis enig	16,67	25,58	4,76	16,42	9,09
Verken enig eller uenig	11,11	23,26	23,81	14,93	63,64
Delvis uenig	44,44	23,26	33,33	28,36	0,00
Helt uenig	27,78	13,95	19,05	28,36	18,18
Totalt	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Pearson Kji-kvadrat(16) = 27,3220 $p = 0,038$

Vedleggstabell 9. Sykehjem: Helseregion og «Leder som har satt opp turnus gjør ikke nok.»

	Nord	Midt-Norge	Vest	Sør-Øst	Oslo
Helt enig	33,33	18,00	11,54	8,05	18,75
Delvis enig	13,33	30,00	28,85	19,54	37,50
Verken enig eller uenig	16,67	28,00	25,00	25,29	12,50
Delvis uenig	13,33	10,00	25,00	20,69	31,25
Helt uenig	23,33	14,00	9,62	26,44	0,00
Totalt	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Pearson Kji-kvadrat(16) = 31,3175 $p = 0,012$

s_02b	Hva slags avdeling jobber du i på sykehjemmet? Det er mulig å avgi flere svar
♦ filter: s_01.a=2 Hvis svart "sykehjem" i spørsmål s_01	
♦ range:* Obligatorisk	
Langtid /somatisk	<input type="checkbox"/> 1
Langtid /demens	<input type="checkbox"/> 2
Korttid	<input type="checkbox"/> 3
Blanding korttid/langtid	<input type="checkbox"/> 4
Rehabilitering	<input type="checkbox"/> 5
Palliativ	<input type="checkbox"/> 6
Avlastning/rullering	<input type="checkbox"/> 7
Øyeblikkelig hjelp	<input type="checkbox"/> 8
♦ exclusive:yes Ikke sikker (ensvar)	

s_03	Hvem setter vanligvis opp turnus for de 6 påfølgende ukene der du jobber?
♦ range:* Obligatorisk, ensvar	
Leder/avdelingsleder sykehjem	<input type="checkbox"/> 1
Leder/avdelingsleder i samarbeid med tillitsvalgt	<input type="checkbox"/> 2
Ansatte i avdelingen i fellesmøter	<input type="checkbox"/> 3

s_03	Hvem setter vanligvis opp turnus for de 6 påfølgende ukene der du jobber?
Leder/områdeleder i hjemmesykepleien	<input type="checkbox"/> 4
Leder/områdeleder i hjemmesykepleien i samarbeid med tillitsvalgt	<input type="checkbox"/> 5
Ansatte i hjemmesykepleien i fellesmøter	<input type="checkbox"/> 6
Ikke sikker	<input type="checkbox"/> 7

s_04	I hvilken grad har følgende betydning for turnusen som settes opp?					
♦ range:* Obligatorisk, ensvarsmatrise	I stor grad	I noen grad	Verken stor eller liten grad	I mindre grad	I liten grad	Ikke sikker
	1	2	3	4	5	6
Pleietyngde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Økonomiske rammer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilgjengelig personell med helsefaglig bakgrunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tradisjon/gjentar bare det som alltid har blitt gjort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

s_04	I hvilken grad har følgende betydning for turnusen som settes opp?										
Forventet sykefravær og annet fravær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
Hensynet til arbeidsmiljøet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
Faglige vurderinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
Fleksibilitet i forhold til når ansatte ønsker å jobbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
Stillingsstørrelsen til de ansatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
Hensynet til arbeidstid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10

s_05	Hvor mange beboere/pasienter er det til vanlig der du jobber?
Ikke obligatorisk, numerisk	
Skriv inn antallet her:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1

s_06	Er dette et fast antall beboere/pasienter der du jobber eller varierer dette?
♦ range.*: Obligatorisk, ensvar	
Antallet er nokså stabilt	<input type="checkbox"/> 1
Antallet varierer	<input type="checkbox"/> 2

Hverdag_kveld	Hverdag – kveld
Ikke obligatorisk, numerisk	
Antall sykepleiere	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1
Antall med annen helsefaglig bakgrunn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2
Ufaglærte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3

På samme side:

Hverdag_natt	Hverdag – Natt
Ikke obligatorisk, numerisk	
Antall sykepleiere	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1
Antall med annen helsefaglig bakgrunn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2
Ufaglærte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3

Ny side

Helg_dag	Planlagt bemanning
	Hva er planlagt bemanning i turnusene som settes opp? Skriv inn antall ansatte med ulik kompetanse på dag, kveld, natt i helger
	Dersom du ikke kan svare kan du trykke "neste" for å komme til neste spørsmål.
	Helg – dag

Ikke obligatorisk, numerisk	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1
Antall sykepleiere	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2
Antall med annen helsefaglig bakgrunn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3
Ufaglærte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3

På samme side:

Helg_kveld	Helg – kveld	
Ikke obligatorisk, numerisk Antall sykepleiere		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1
Antall med annen helsefaglig bakgrunn		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2
Ufaglærte		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3

På samme side:

Helg_natt	Helg – natt	
Ikke obligatorisk, numerisk Antall sykepleiere		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1
Antall med annen helsefaglig bakgrunn		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2
Ufaglærte		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3

Ny side

spes_hverdag	Hvor mange spesialsykepleiere er på jobb på hverdager ? Dersom du ikke kan svare kan du trykke "neste" for å komme til neste spørsmål.	
Ikke obligatorisk, numerisk Dag		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1
Kveld		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2
Natt		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3

På samme side:

spes_helg	Hvor mange spesialsykepleiere er på jobb i helgene?	
Ikke obligatorisk, numerisk		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1

spesS_helg	Hvor mange spesialsykepleiere er på jobb i helgene?					
Dag						
Kveld						2
Natt						3

Ny side

s_09	Faktisk bemanning Er det mye eller lite fravær blant de følgende gruppene med ansatte?					
♦ range:* Obligatorisk, ensvarsmatrise						
	Svært mye	Mye	Verken eller	Lite	Svært lite	Ikke sikker
1	2	3	4	5	6	
Sykepleiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansatte med annen helsefaglig bakgrunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ufaglærte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

s_10	Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hva som skjer når det oppstår fravær av sykepleiere?					
♦ range:* Obligatorisk, ensvarsmatrise						
	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke sikker
1	2	3	4	5	6	
Det brukes som regel vikarer slik at	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

s_10	Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hva som skjer når det oppstår fravær av sykepleiere?				
det er like mange på jobb					
Det blir færre sykepleiere på jobb enn planlagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjenesten blir underbemannet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ufaglærte blir satt inn i stedet for sykepleiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vikarer med annen helsefagutdanning går vakter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

s_11	Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hva som skjer når det oppstår fravær av andre helsearbeidere (enn sykepleiere)?					
♦ range:* Obligatorisk, ensvarsmatrise						
	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke sikker
	1	2	3	4	5	6
Det brukes som regel vikarer slik at det er like mange på jobb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det blir færre helsearbeidere på jobb enn planlagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

s_11	Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hva som skjer når det oppstår fravær av andre helsearbeidere (enn sykepleiere)?				
Tjenesten blir underbemannet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ufaglærte blir satt inn i stedet for helsearbeiderne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykepleievikarer går vakter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

s_12	Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvorfor det oppstår avvik fra planlagt turnus?					
♦ range:* Obligatorisk, ensvarsmatrise						
	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke sikker
	1	2	3	4	5	6
Vi har problemer med å få tak i utdannede vikarer når det oppstår sykefravær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leder som har satt opp turnus gjør ikke nok for å få tak i utdannede vikarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykepleiere som er på jobb og som har ansvar for å skaffe utdannede vikarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

s_12	Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvorfor det oppstår avvik fra planlagt turnus?
gjør for lite for å få tak i vikarer	
Vi har et press fra ledelsen av sykehjemmet om ikke å hente inn vikarer av økonomiske grunner	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vi har en så bra grunnbemanning at vi klarer det uten å hente inn vikarer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vilkårene for vikarer er så dårlig at det er vanskelig å få tak i vikarer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Det er en for dårlig organisering av vikartilbudet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hverdag_dag_1 Optimal bemanning 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 (oppgi antall i rubrikkene) Dersom du ikke er sikker på hvor mange som trengs kan du gå videre til neste spørsmål. Hverdag – dag	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ikke obligatorisk, numerisk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Hverdag_dag_I	Optimal bemanning 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 (oppgi antall i rubrikkene) Dersom du ikke er sikker på hvor mange som trengs kan du gå videre til neste spørsmål. Hverdag – dag
Antall sykepleiere	
Antall med annen helsefaglig bakgrunn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2
Ufaglærte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3
På samme side:	
Hverdag_kveld_I	Hverdag – kveld
Ikke obligatorisk, numerisk Antall sykepleiere	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1
Antall med annen helsefaglig bakgrunn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2
Ufaglærte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3
På samme side:	
Hverdag_natt_I	Hverdag – Natte
Ikke obligatorisk, numerisk Antall sykepleiere	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1
Antall med annen helsefaglig bakgrunn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2
Ufaglærte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3

Ny side

Helg_dag_1	<p>Optimal bemanning</p> <p>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 (oppgi antall i rubrikkene)</p> <p>Dersom du ikke er sikker på hvor mange som trengs kan du gå videre til neste spørsmål.</p> <p>Helg – dag</p>				
Ikke obligatorisk, numerisk Antall sykepleiere	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>1</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1		
Antall med annen helsefaglig bakgrunn	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>2</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2		
Ufaglærte	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>3</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3		
På samme side:					
Helg_kveld_1	<p>Helg – kveld</p>				
Ikke obligatorisk, numerisk Antall sykepleiere	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>1</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1		
Antall med annen helsefaglig bakgrunn	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>2</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2		
Ufaglærte	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>3</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3		
På samme side:					
Helg_natt_1	<p>Helg – natt</p>				
Ikke obligatorisk, numerisk Antall sykepleiere	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>1</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1		
Antall med annen helsefaglig bakgrunn	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>2</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2		
Ufaglærte	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>3</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3		

Ny side

s_14	<p>Opplever du at tjenesten/institusjonen du jobber i mangler spesialsykepleiere innenfor noen av disse områdene (skriv i såfall antall som mangler)</p> <p>Skriv 0 dersom du opplever at det ikke mangler noen. La det stå åpent dersom du ikke er sikker på om det mangler noen/antallet som trengs.</p>											
Ikke obligatorisk, numerisk												
Hjerte/kar--	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	1										
1												
Lunge--	<table border="1"> <tr> <td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	2										
2												
Ortopedi--	<table border="1"> <tr> <td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	3										
3												
Hjerneslag--	<table border="1"> <tr> <td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	4										
4												
Infeksjon--	<table border="1"> <tr> <td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	5										
5												
Palliativ_	<table border="1"> <tr> <td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	6										
6												
Kreft--	<table border="1"> <tr> <td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	7										
7												
Demens--	<table border="1"> <tr> <td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	8										
8												
Geriatri--	<table border="1"> <tr> <td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	9										
9												
Rus--	<table border="1"> <tr> <td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	10										
10												

s_14b	<p>Opplever du at dere mangler spesialsykepleiere innenfor andre områder enn det som var listet opp i forrige spørsmål? I tilfelle hvilket felt?</p>
Ikke obligatorisk, åpen tekst	
Noter her:	Open
♦ exclusive:yes	
Nei, mangler ikke innenfor andre felt (ensvar)	<input type="checkbox"/> 1

s_14b1	I tilfellet, hvor mange mangler det?
Ikke obligatorisk, numerisk	
♦ filter:\s_14b.a=1 Hvis notert noe i spørsmål s_14b	
Noter her:	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1

Label41	Det diskuteres i dag å innføre en standard bemanningsnorm for sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien. I hvilken grad vil du si deg enig eller uenig i følgende utsagn om dette skjær for din tjeneste:					
♦ range:* Obligatorisk, ensvarsmatrise						
	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke sikker
	1	2	3	4	5	6
En standard bemanningsnorm vil heve kvaliteten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre forhold, som for eksempel økt kompetanseheving vil ha større betydning for kvaliteten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En innføring av minstestandardnorm for bemanning av sykepleiere vil sikre kvaliteten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemanning bør heller planlegges i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende utsagn om ditt arbeidssted?						
s_16	♦ range.* Obligatorisk, ensvarsmatrise					
	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke sikker
	1	2	3	4	5	6
Kvaliteten på tjenesten er god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den faglige forsvarligheten ivaretas godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dataregistreringssy stemet (GERIKA, ACOS ei. Visma profil) er komplisert å bruke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi bruker mye tid på å vente når vi bruker dataregistreringssy stemet fordi det går så tregt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernæring, hygiene, pleie og andre omsorgsbehov ivaretas ikke godt nok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasientsikkerheten er god	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

s_16	I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende utsagn om ditt arbeidssted?										
Pasientene føler seg trygge her	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
Pleien er dårlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
Pasientene har det godt her	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
Pasientene blir ikke tilstrekkelig stimulert i sitt hverdagsliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
Pasientene tilbys et godt aktivitets- og kulturtilbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
Pasientene får tilstrekkelig med legetilsyn og medisinsk behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
Vi får nok tid til å følge med på behovsutviklingen slik at tiltak kan settes inn tidlig og forhindre forverring i helsetilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13

s_17	Ser du ofte at tiden som er til rådighet til den enkelte pasient ikke strekker til?
♦ range.* Obligatorisk, ensvar	
Daglig	<input type="checkbox"/> 1
Ca. hver uke	<input type="checkbox"/> 2
1-3 ganger i måneden	<input type="checkbox"/> 3
Sjelden/Aldri	<input type="checkbox"/> 4
Ikke sikker	<input type="checkbox"/> 5

s_18	Arbeidsmiljø I hvilken grad er du enig eller uenig i følgende utsagn om ditt arbeidssted?														
♦ range.* Obligatorisk, , ensvarsmatrise															
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Helt enig</td> <td>Delvis enig</td> <td>Verken enig eller uenig</td> <td>Delvis uenig</td> <td>Helt uenig</td> <td>Ikke sikker</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table>		Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke sikker		1	2	3	4	5	6
	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke sikker									
	1	2	3	4	5	6									
Det er høy grad av trivsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Det er mye baksnakking mellom ansatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Arbeidsoppgavene er rettferdig fordelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Arbeidsbelastning er stor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

s_22	Er sykehjemmet/hjemmesykepleien du jobber i:
♦ range:* Obligatorisk, ansvar	
Kommunalt	<input type="checkbox"/> 1
Frivillig/ideelt	<input type="checkbox"/> 2
Privat/komersielt	<input type="checkbox"/> 3
Ikke sikker	<input type="checkbox"/> 4

s_23	Omtrent hvor mange innbyggere er det i kommunen du jobber i?
♦ range:* Obligatorisk, ansvar	
Under 3000 innbyggere	<input type="checkbox"/> 1
3001-10 000 innbyggere	
10 000-20 000 innbyggere	<input type="checkbox"/> 2
20 001-50 001 innbyggere	<input type="checkbox"/> 3
50 0001 innbyggere eller flere	<input type="checkbox"/> 4
Ikke sikker	<input type="checkbox"/> 5

s_24	I hvilken helseregion ligger kommunen du jobber i?
♦ range:* Obligatorisk, ansvar	
Helse Nord	<input type="checkbox"/> 1

s_24	I hvilken helseregion ligger kommunen du jobber i?	
	Helse Midt Norge	<input type="checkbox"/> 2
	Helse Vest	<input type="checkbox"/> 3
	Helse Sør Øst (ekskl Oslo)	<input type="checkbox"/> 4
	Oslo	<input type="checkbox"/> 5
	Ikke sikker	<input type="checkbox"/> 6

s_24	I hvilken helseregion ligger kommunen du jobber i?	
♦ range:*		
	Helse Nord	<input type="checkbox"/> 1
	Helse Midt Norge	<input type="checkbox"/> 2
	Helse Vest	<input type="checkbox"/> 3
	Helse Sør Øst (ekskl Oslo)	<input type="checkbox"/> 4
	Oslo	<input type="checkbox"/> 5
	Ikke sikker	<input type="checkbox"/> 6