



RF – Rogalandsforskning. <http://www.rf.no>

Marianne Gundersen, Terje Lie, Ståle Opedal

Rett person på rett plass?

Evaluering av utviklingsprosjekt rettet mot sykepleierens rolle i kommunehelsetjenesten i Sandnes kommune

Rapport RF – 2002/295

Prosjektnummer: 7252057
Prosjektets tittel: Rett person på rett plass – sykepleierens rolle
i kommunehelsetjenesten
Kvalitetssikrer: Terje Lie
Oppdragsgiver: Sandnes kommune
ISBN: 82-490-0209-1
Gradering: Åpen

Forord

Denne rapporten er en evaluering av et bredt anlagt prosjekt i Sandnes kommune kalt "Rett person på rett plass – sykepleierens rolle i kommunehelsetjenesten". Siktemålet med prosjektet har vært å utvikle modeller og tiltak som kan gi en bedre utnyttelse av sykepleierressursene. Initiativet til prosjektet ble tatt av Fylkeslegen i Rogaland og er gjennomført med støtte fra det daværende Sosial- og helsedepartementet. Prosjektet ble startet opp i 1998 og sluttrapport fra Sandnes kommune forelå mars 2000. De fire omsorgsdistriktene i Sandnes kommune har imidlertid arbeidet videre med tiltakene etter den tid, ikke minst i forhold til å iverksette dem i det enkelte distrikt.

For å få en oversikt over status og resultater fra prosjektet ble Rogalandsforskning, sommeren 2001, engasjert av Sandnes kommune til å foreta en evaluering av utviklingsarbeidet. Foreliggende rapport er skrevet av Marianne Gundersen, Terje Lie og Ståle Opedal, med sistnevnte som prosjektleder.

Som ledd i evalueringen er det foretatt en kartlegging av iverksatte tiltak i de fire omsorgsdistriktene og det er gjort en vurdering av hvilke effekter tiltakene har hatt i forhold til målet om bedre utnyttelse av sykepleierressursene. Også forhold ved selve prosjektorganiseringen og arbeidsmetoden er trukket inn som ledd i en vurdering av resultatene fra arbeidet. Det er også foretatt en vurdering av tiltakenes overføringsverdi og hvordan de eventuelt kan videreutvikles.

Vi vil takke alle informantene i Sandnes kommune som velvillig har stilt opp for intervjuer. Også skriftlig materiale som belyser oppstart og framdrift i arbeidet er stilt til disposisjon. Selv om all innhenting av informasjon har skjedd i en hektisk og travel hverdag i kommunehelsetjenesten er vi blitt møtt på en positiv og trivelig måte.

Stavanger november 2002

Ståle Opedal, prosjektleder

Innhold

1	INNLEDNING	10
1.1	Faglig tilnærming	10
1.2	Utviklingsarbeidet og mulighetene for å endre praksis	13
1.3	Metodisk opplegg	15
1.4	Rapportens oppbygning.....	16
2	PROSESSEN OG ARBEIDSFORMEN I UTVIKLINGSARBEIDET	17
2.1.1	Organisering og styring av prosjektet.....	17
2.1.2	Prosjektgjennomføring.	18
2.1.3	Gjennomføring av aktiviteter	20
3	TILTAK OG ERFARINGER I DE FIRE OMSORGSDISTRIKTENE	21
3.1	Innledning.....	21
3.2	Distrikt Nord.....	21
3.3	Distrikt Vest.....	25
3.4	Distrikt Sør	32
3.5	Distrikt Øst	36
4	RESULTATER, OVERFØRINGSVERDI OG VIDEREUTVIKLING	44
4.1	Innledning.....	44
4.2	Utviklingsarbeidets tiltak og resultater	44
4.3	Hvorfor så langt, men ikke lenger?	47
4.4	Utviklingsarbeidets overføringsverdi.....	49
4.5	Videreutvikling av prosjektet ”rett person på rett plass”.....	50
	REFERANSER.....	53

Sammendrag

Sandnes kommune har i perioden 1999-2000 gjennomført et utviklingsarbeid for å sikre rett person på rett plass i kommunehelsetjenesten. Det overordnede målet med utviklingsarbeidet har vært å utvikle modeller og tiltak for en personellutnyttelse som sikrer både faglig forsvarlige tjenester til brukerne og en effektiv utnyttelse av ressursene. I dette ligger det både et ønske om økt bevisstgjøring av kvaliteten på sykepleietjenestene og et ønske om å ivareta brukerbehov og behov hos fag- og personellgruppene - i denne sammenheng primært hos sykepleierne.

Avdeling for omsorgstjenester i Sandnes kommune fikk gjennom Fylkeslegen i Rogaland et tilskudd på kr 400 000,- av det daværende Sosial- og helsedepartementet for å gjennomføre prosjektet 'Rett person på rett plass – sykepleierens rolle i kommunehelsetjenesten'. Prosjektet sammenfalt i tid med det arbeidet avdelingen da var opptatt av, nemlig gjennomgang av alle turnuser. Det ble gjort en kartlegging av alle oppgaver som ble utført og hvilken kompetanse som ble brukt for å løse oppgavene. Gjennom dette kartleggingsarbeidet ble det gjort funn og observasjoner som bekreftet at det var et forbedringspotensiale. Blant annet var enkelte av sykepleierne frustrerte over at de måtte utføre oppgaver som ikke krevde kompetansen deres, samtidig som det var deler av sykepleiefunksjonen de ikke fikk ivaretatt.

I evalueringen er det foretatt en kartlegging av iverksatte tiltak og erfaringer med disse i de fire omsorgsdistriktene i omsorgsavdelingen (se kapittel 3). Her inngår både holdningsmessige, organisatoriske og kompetanseutviklende tiltak. Disse tiltakene er sett i lys av målet om å bedre utnyttelsen av sykepleiefunksjonen. Også forhold ved selve prosjektorganiseringen og arbeidsmetoden i prosjektet er kartlagt og trukket inn i forbindelse med vurderingen av resultatene av arbeidet (se kapittel 2 og kapittel 4).

Til sist har vi oppsummert resultatene på tvers av de fire distriktene og kort drøftet hvorfor en kom så langt, men ikke lenger i denne omgang (se kapittel 4). I samme kapittel er det foretatt en vurdering av utviklingsarbeidets overføringsverdi til andre kommuner. I dette kapitlet inngår også en vurdering av på hvilken måte arbeidet kan følges opp og videreutvikles.

Nedenfor har vi valgt å trekke fram to deler fra rapporten. Det ene er resultatene av arbeidet slik disse kan oppsummeres på tvers av de fire omsorgsdistriktene. Det andre er hvilke alternativer kommunen står overfor når det gjelder videreutvikling av prosjektet.

Resultater fra evalueringen

Totalt har de fire omsorgsdistriktene jobbet med i overkant av 20 tiltak. Flest tiltak har distrikt øst arbeidet med, mens de tre andre distriktene har jobbet omtrent med det samme antall tiltak. Det som har gjort det til en krevende oppgave å vurdere resultatene av arbeidet på tvers av distriktene, er at de til dels er forskjellige fra distrikt til distrikt. For seks av tiltakene er det slik at bare ett distrikt har arbeidet med dem. For eksempel har bare distrikt øst jobbet med sykepleieteam på kveld, i sør har en jobbet med frikjøp

av tid til faglig utvikling i turnusen, mens i distrikt nord finner vi fire tiltak som bare dette distriktet har jobbet med. Disse har vært ”spisset” mot å gi sykepleierne mer tid til veiledning, samt å kunne bidra i akutte situasjoner. For de øvrige tiltakene har to eller flere av distriktene jobbet med samme type tiltak. Det gjelder tilbud om arbeidsrotasjon, etablering av kompetansebank, sykepleieturnus, sykepleie-vikarpool, servicemedarbeidermodell, tverrfaglig samarbeid med fysio- og ergoterapeut (og psykiatri), sykepleier i ekspert/faglig veilederrolle og bevisstgjøring av personalet gjennom oppslag av de seks sykepleiefunksjonene. Når tiltakene varierer fra distrikt til distrikt er det også nærliggende å tro at resultatene varierer noe.

Tiltakene har også rettet seg mot ulike mål og hensyn. Ett av sykepleiernes ønsker var å gjøre færre praktiske gjøremål. I alt synes fire tiltak å rette seg direkte mot dette hensynet (oppslag av de seks sykepleiefunksjonene, servicemedarbeidermodellen, frigjøre sykepleierne fra oppgaver andre kan gjøre og oppgavebeskrivelse for ansvarshavende sykepleier). Mindre tid til praktiske gjøremål kan bety mer tid til brukerne og til faglig utvikling/veiledning av andre. Et annet ønske om forandring var *samarbeid* mellom flere sykepleiere. To av tiltakene kan sies å rette seg mot dette hensynet: Egen sykepleieturnus har gått ut på å få til en jevnere fordeling av sykepleierressursene, særlig på kveld, natt og i helgene. Etablering av sykepleieteam kan også sies å høre hjemme her. Et tredje ønske har vært å få til mer *fleksibel bruk* av sykepleierressursene. Minst tre av tiltakene kan sies å rette seg mot dette ønsket (jobbrotasjon/hospitering, sykepleievikarpool, kompetansebank). Et fjerde ønske har vært *kompetanseutvikling* av sykepleierne og andre yrkesgrupper. Tre av tiltakene synes direkte å rette seg mot kompetanseutvikling for sykepleierne (frikjøp av tid i turnusen til faglig utvikling, jobbrotasjon/hospitering, og faglige avansementstillinger). Ett tiltak retter seg mot opplæring av andre grupper (delegering/opplæring av oppgaver til andre yrkesgrupper). Ellers er det tiltak som retter seg mot tverrfaglig samarbeid (ergo/fysio/psykiatri) og for å bedre rekrutteringen av sykepleiere (turnus hver fjerde helg for sykepleiere på natt).

Slik sett har de fire distriktene ”skutt på flere blinker samtidig”, samtidig som ”blinkene” har vært noe forskjellige i de fire distriktene. Tiltakene i det enkelte distrikt kan også være avgrenset til bestemte avdelinger eller soner. Men selv om tiltakene varierer, og effektene har ulik retning og styrke, er det ikke vanskelig å si at tiltakene i en eller annen forstand har å gjøre med ønsket om å få ”rett person på rett plass”. Først og fremst sier dette noe om prinsippets generelle karakter. Svært mye er relevant under en slik vid overbygning. Dette har ført til at informantene er blitt stilt på en krevende oppgave når vi har etterlyst effekter av utviklingsarbeidet.

Lytter vi til informantene er det enkelte resultater av arbeidet som kan oppsummeres på tvers av distriktene:

- *Større bevissthet om behovet for arbeidsdeling.* Mange av informantene mener den viktigste effekten av utviklingsarbeidet er at det nå er lov å snakke om hvilken kompetanse de ansatte har og at forskjellig kompetanse også betyr at de ansatte bør gjøre forskjellige ting. Det er en nokså bred forståelse for at det kreves en viss arbeidsdeling om en skal oppnå god utnyttelse av de ulike fag- og personalgruppernes kompetanse. En bedring av

rekrutteringssituasjonen de fleste stedene har lagt bedre til rette for å få til en reell arbeidsdeling. Flere sykepleiere på jobb gjør det lettere å skape et godt faglig miljø, det blir flere å dele erfaringer med og mulighetene for å spesialisere seg blir bedre. De fleste viser til servicemedarbeider-modellen som et konkret eksempel på en endret arbeidsfordeling mellom ulike personellgrupper. Frigjort tid for sykepleierne som følge av modellen, kan så brukes til mer tid sammen med brukerne, til faglig veiledning/undervisning av andre (ansatte/pårørende) eller til egen faglige utvikling. Ressursbruken blir mer effektiv når riktig kompetanse kan brukes på riktig sted. Kulturelt er det skapt et bedre klima for å differensiere mer mellom ulike typer kompetanser og oppgaver (rom for mer spesialisering og profesjonalisering). På den måten er sykepleierrollen blitt synliggjort. Det er også eksempler på at sykepleierne tar et tydeligere ansvar for fordeling av arbeidsoppgavene. For brukerne kan dette bety at de får en mer gjennomført tjeneste som i mindre grad er preget av hastverk og tilfeldigheter.

- *Større fleksibilitet.* Mange av informantene peker på økt fleksibilitet som en effekt av prosjektet ”rett person på rett plass”. De mener de har blitt flinkere til å hjelpe hverandre, særlig internt mellom sykehjemsavdelingene. Er det behov for en sykepleier på naboavdelingen, og situasjonen tilsier det, mener flere av informantene at det nå er blitt lettere å få til samarbeid. Det er også eksempler på økt fleksibilitet mellom sykehjemsavdelingene og hjemmetjenesten, særlig fra hjemmetjenestens side. En større fleksibilitet opplever informantene som et viktig bidrag til å få rett person på rett plass. Samtidig har opprettelse av bo- og aktivitetssentre med samlokaliserte tjenester, ført til større nærhet og bedre vilkår for fleksibel bruk av ressursene. Fokuset på fleksibilitet kan også tyde på at den økte bevisstheten om behovet for arbeidsdeling, ikke har tippet over i en kultur preget av ”mitt bord-tenkning” og ansvarsfraskrivelse. I mange situasjoner kan fleksibilitet likevel være vanskelig å få til. Enten fordi det mangler folk på vakt, eller fordi folk har mer enn nok å gjøre der de er.

Disse resultatene gir holdepunkter for at det er tatt noen skritt i retning bedre utnyttelse av sykepleiefunksjonen. Det er skapt et bedre klima for arbeidsdeling ut fra de ansattes kompetanse. En har beveget seg noen skritt mot en sterkere oppgave- og arbeidsfordeling mellom sykepleierne og andre yrkesgrupper ut fra den kompetanse ulike fag- og personalgrupper besitter. Resonnementet er at økt vekt på kvalifikasjoner også er noe som kommer brukerne til gode. Samtidig er mange av de ansatte fleksible i forhold til hvor de løser oppgavene. Det er viktig å understreke at prosjektet ”rett person på rett plass” ikke har ført til radikale endringer, det er mer snakk om en forsiktig kursdreining. For brukerne og sykepleieryrkets attraktivitet har neppe utviklingsarbeidet hatt noen avgjørende betydning. Økt bevissthet blant de ansatte om behovet for arbeidsdeling er imidlertid en viktig betingelse for å gå videre i den retning som er staket ut.

En klarere grenseoppgang mellom sykepleierne og de øvrige yrkesgruppenes arbeidsoppgaver har imidlertid konsekvenser for forholdet mellom de sistnevnte gruppene. Flere av informantene er opptatt av at det har blitt mer uklare grenser mellom

for eksempel servicemedarbeiderne og assistentene. Når de tidligere rengjørerne får flere oppgaver kan det føre til at rengjøring i større grad må ivaretas av andre grupper.

Når det gjelder effekter av utviklingsarbeidet på sykepleiernes kompetanse er bildet sammensatt. Få av tiltakene har rettet seg direkte mot dette formålet. Og tilbudet om arbeidsrotasjon og hospitering er ikke benyttet i noe stort omfang. Opprettelse av faglige avansementstillinger (sykepleier 1 stillinger) kan imidlertid ha bedret vilkårene for kompetanseheving – både for de som innehar slik stilling og for den avdeling eller sone stillingen inngår i. Den bedrede rekrutteringen av sykepleiere mange steder i omsorgsavdelingen kan også ha ført til bedre muligheter for kompetanseheving ved at flere velger å spesialisere seg gjennom kurs og etterutdanning.

Videreutvikling av prosjektet

Vi har skissert noen *handlingsalternativer* i forhold til spørsmålet om en videreutvikling av prosjektet. Vi ser for oss disse alternativene:

- *Si stopp, nok er nok.* Et alternativ er å avslutte prosjektet helt og holdent. Det er nedlagt betydelig innsats i å dokumentere status i de fire distriktene, det er jobbet med en rekke tiltak, mange av disse er iverksatt og lever videre i det enkelte distrikt. Sammen med sluttrapporten fra Sandnes kommune kan den eksterne evalueringen sette endelig punktum for et arbeid som nå har pågått helt fra begynnelsen av 1999. De av tiltakene som har vist seg å ha livets rett, de vil bestå, mens andre av tiltakene kan bli lagt i skuffen. Med prosjektet har bevisstheten økt i forhold til å stadig å tenke ”rett person på rett plass”. Denne bevisstheten vil sannsynligvis sette sitt preg på organisasjonsutviklingsarbeid i avdelingen i lang tid framover. Slik sett vil selv en avslutning av prosjektet bety at det lever videre i andre og nye sammenhenger. Et argument for dette alternativet er at mange av informantene så smått har begynt å ”kvittere” ut prosjektet. Mentalt er det for mange blitt noe som er fortid. Da blir forsøk på å videreutvikle prosjektet stort sett oppfattet som mas. Det kan tale for å avrunde prosjektet nå.
- *Fra tiltak i ett eller noen distrikt til reform i alle distriktene.* Et annet alternativ er å videreutvikle prosjektet på den måten at utvalgte tiltak iverksettes i *alle* distriktene – ikke bare i det/de distriktene det er utviklet. Som vi har sett er seks av tiltakene kun utprøvd i ett distrikt. De andre tiltakene er utprøvd i to eller flere av distriktene. Da kan tiden være inne til en åpen og kritisk debatt om hvilke tiltak som en bør bygge videre på. Erfaringsseminar og andre arenaer kan benyttes i en diskusjon om hvilke tiltak som skal iverksettes i hele omsorgsavdelingen. De utvalgte tiltakene ville da inngå i en felles reform for alle de fire distriktene. På den måten kan det oppnås resultater i alle distriktene, ikke bare i det distriktet hvor tiltaket er utviklet. Hvilke tiltak reformen bør omfatte er ikke gitt på forhånd. Men flere av tiltakene bør ha overføringsverdi til alle de fire distriktene. Her kan nevnes servicemedarbeidermodellen, tverrfaglig samarbeid med ergo- og fysioterapeut (og psykiatri), frikjøp av tid i turnusen til faglig utvikling,

delegasjon av oppgaver fra sykepleierne til andre yrkesgrupper, sykepleieteam på kveld og (utvidet) vikarpool for sykepleiere mv.

- *Gå videre med nye tiltak.* Et tredje alternativ er å videreutvikle prosjektet i form av nye tiltak. Nå er de og de tiltakene blitt prøvd ut – nå er det på tide å prøve ut nye ting. For eksempel foreslo distrikt nord på et tidligere tidspunkt å organisere alle sykepleierne i distriktet i en arbeidsgruppe med en leder. Denne gruppa kunne så utføre tjenester i hele distriktet, alt avhengig av behov. Tiden var ikke den gang moden for et slikt tiltak. Kanskje er tiden moden nå. Muligens kunne en også gått nærmere inn på en bestiller-utførerorganisering av flere av de personalressursene som det enkelte distrikt besitter. En annen vri kunne være å sette sterkere fokus på arbeidsdelingen mellom de øvrige fag- og personalgruppene utenom sykepleierne. Gjennom prosjektet ”rett person på rett plass” er det tatt skritt for å klargjøre kompetanse- og arbeidsfordelingen mellom sykepleierne og de øvrige personalgruppene. Men enkelte av tiltakene, slik som servicemedarbeidermodellen og delegasjon av oppgaver fra sykepleierne, kan ha gjort arbeidsdelingen mellom de øvrige fag- og personalgruppene mer uklar. En videreutvikling kunne dermed bestå i å rette et sterkere fokus på disse gruppene, det vil si hjelpepleierne, omsorgsarbeiderne, assistentene og rengjørerne. En slik gjennomgang ville kanskje kunne si noe om hvor stort behovet er for disse gruppene, samt hvor stort behovet er for sykepleiere.
- *Videreutvikle tiltak som ikke fungerer fullgodt per i dag.* Et siste alternativ er å blinke ut de tiltak som man fortsatt ikke er helt i mål med og forsøke å videreutvikle disse. Basert på kartleggingen i de fire distriktene synes det være flere tiltak som kan kreve en ny gjennomtenking. Det gjelder for eksempel etablering av en egen sykepleieturnus for å sikre en jevnere fordeling av sykepleierressursene, særlig på kveld og helg. Hvorfor har dette vist seg vanskelig i praksis? Skal en nå i stedet heller satse på å utvikle ønsketurnus på bakgrunn av en bedret rekrutteringssituasjon mange steder? Også tilbudet om arbeidsrotasjon og/eller hospitering kan ha behov for en ny vurdering. Tilbudet synes i nokså beskjeden grad å bli brukt av personalet. Hva trengs for å gjøre tilbudet mer attraktivt? Hva trengs av kompetanse? Hvor mye tid skal settes av til et slikt formål? Heller ikke ordningen med kompetansebank synes å ha oppnådd den funksjon den opprinnelig var tiltenkt. Hvorfor er det slik? Hva kan gjøres for at ordningen blir et mer effektivt verktøy for å identifisere opplæringsbehov og sikre riktig bruk av tilgjengelig kompetanse? Til sist synes ordningen med sykepleier som ekspert/faglig veileder å ha støtt på problemer. Hvorfor er det slik? Er ikke behovet til stede? Er det organiseringen av denne type stilling som har vært feil? Kan andre stillinger dekke funksjonene til en slik stilling? Hvilke personlige kvalifikasjoner trengs i en slik stilling? Erfaringene med de nevnte tiltakene kan tyde på et behov for en ny gjennomtenking og vurdering med tanke på å gjøre de bedre og mer effektive.

De tre siste strekpunktene utelukker ikke hverandre. Videreutviklingen kan godt tenkes å skje gjennom å velge alle sammen, både ved å sette i gang en reform basert på de

beste tiltakene, jobbe videre med nye tiltak, samt å videreutvikle tiltak man ikke er helt i mål med. Hva som velges bør være opp til Sandnes kommune selv.

1 Innledning

Evalueringsoppdraget har bestått i å kartlegge iverksatte tiltak og vurdere hvilken effekt de holdningsmessige, organisatoriske og kompetanseutviklende tiltakene har hatt på utnyttelsen av sykepleiefunksjonen. Utviklingsprosjektet ”Rett person på rett plass” har utløst en rekke prosesser og konkrete tiltak i de fire omsorgsdistriktene i Sandnes kommune. Også forhold ved selve prosjektorganiseringen og arbeidsmetoden i utviklingsarbeidet er trukket inn i forbindelse med vurderingen av resultatene fra utviklingsarbeidet. Både selve forsøksdesignet og de konkrete tiltakene inngår dermed i vår vurdering av hva utviklingsarbeidet har resultert i.

Tiltakene er dels vurdert i et *brukerperspektiv* (får brukeren bedre kvalitet) og dels i forhold til de *ansattes behov* (bidrar de til å utvikle en mer attraktiv arbeidsplass). Det er også foretatt en kort vurdering av i hvilken grad tiltakene legger til rette for en mer *effektiv bruk* av sykepleieressursene.

Effekter er nødvendigvis betinget av at tiltak faktisk er iverksatt og har fått virke en stund. Prøver vi å etterspore resultater for tidlig kan vi risikere å trekke konklusjoner på feil grunnlag. Det meste av arbeidet med å kartlegge nå-situasjon og utarbeide tiltak skjedde i 1999 og våren 2000, mens en del tiltak ble iverksatt høsten 2000. Det betyr at tiltakene sommeren 2002 har fått virke i ca to år.

Når det gjelder utvelgelse av tiltak har tre hensyn vært utslagsgivende: Det ene er som nevnt over, at de har virket en stund. Videre er det valgt ut tiltak som omfatter både holdningsmessige, organisatoriske og kompetanseutviklende tiltak. For det tredje er det lagt vekt på tiltak som antas å ha overføringsverdi til andre kommuner, eventuelt også til andre deler av omsorgstjenesten i Sandnes kommune.

Evalueringen er også tenkt som et innspill til en diskusjon om den videre utviklingen av prosjektet ”Rett person på rett plass”. Vi har i den anledning foretatt en kort drøfting av mulige alternativer i forhold til en videreutvikling av prosjektet.

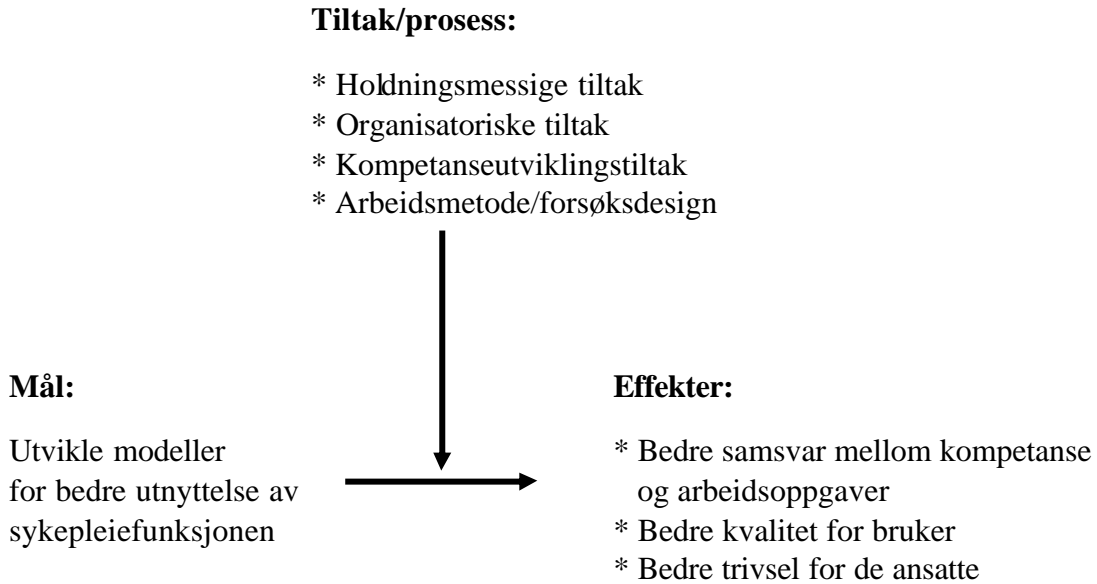
Den skriftlige rapporteringen inneholder en beskrivelse av selve initiativet, forsøksdesignet og arbeidsformen i utviklingsarbeidet. Dernest har vi gitt en beskrivelse av iverksatte tiltak og hvilke erfaringer omsorgsdistriktene har med tiltakene. Avslutningsvis drøfter vi tiltakene i lys av målene med utviklingsarbeidet, tiltakenes overføringsverdi og hva som kan gjøres for å forbedre og videreutvikle tiltakene.

1.1 Faglig tilnærming

Ønsket om å utvikle modeller som sikrer god personalutnyttelse griper direkte inn i den personaladministrative hverdag der personalpolitikk og personalutvelgelse står sentralt. *Det sentrale blir å kople kompetanse og arbeidsoppgaver på en slik måte at man oppnår effektiv oppgaveløsning til beste for brukerne.* Aller helst bør en slik modell i klartekst fortelle hvilken kompetanse som behøves, hvilke oppgaver som må løses og

angi retningslinjer for organiseringen av forholdet mellom kompetanse og oppgaver. I praksis betyr dette at en rekke tiltak er relevante i en modell som skal sikre ”rett person på rett plass”.

Selve tankegangen eller handlingslogikken om forholdet mellom mål, tiltak og effekter kan framstilles på denne måten:



Figur 1: Utviklingsarbeidets handlingslogikk

Bevisstgjørende og holdningspåvirkende tiltak kan tydeliggjøre forholdet mellom hva den enkelte ansatte sitter inne med av erfaring og kunnskaper, samt hvilke oppgaver det er riktig å bruke kompetansen på. Kompetanseutviklende tiltak kan for sin del gi bedre kopling mellom kompetanse og oppgaver gjennom ny og mer riktig kompetanse i forhold til behovene. Ledelse og organisering bestemmer ikke minst hvor god kopling det er mellom kompetanse og oppgaver som må løses. En slik opprydding kan både gjøre jobben som sykepleier mer attraktiv, kompetansen kan brukes på de riktige tingene og det går opp grenser i forhold til den kompetanse andre profesjoner besitter.

En vesentlig begrunnelse for å igangsette ”Rett person på rett plass-prosjektet” har vært tendenser til at ulike personellgrupper løser de samme arbeidsoppgavene. En sykepleier kan for eksempel gjøre ”husholdningsarbeid” som andre personellgrupper kunne tatt seg av. Resultatet er en flat struktur med små forskjeller i arbeidsoppgaver mellom de ulike fag- og personellgruppene (jf Dahl og Gullikstad, 2002). Kulturen får et preg av at ”alle gjør alt” der hensynet til likhet og rettferdighet står sterkt. *Generalisten* blir den sentrale rollen. Det viktigste blir å løse oppgavene fortløpende, til brukernes beste, uten å bruke tid på å vurdere om den personen som utfører oppgaven er den som er best kvalifisert.

Den andre ytterligheten er en sterk spesialisering mellom de ulike fag- og personellgruppene hvor det er entydig definert hva de ulike gruppene skal gjøre. I denne

modellen er det et tydeligere hierarki mellom fag- og personellgruppene, det er et sterkt fokus på spesialisering i den forstand at de ulike fag- og personellgruppene kan forskjellige ting og gjør forskjellige ting. Resultatet er en hierarkisk og spesialisert modell hvor det er klart definert hva de enkelte fag- og personellgruppene besitter av kompetanse og hva de er best kvalifisert til å gjøre av oppgaver. I denne modellen er det *spesialisten* som i sterkest grad dyrkes fram. Tanken er at brukerne får den beste behandlingen om det til en hver tid er den best kvalifiserte på sitt felt som utfører oppgavene. Modellene kan forenklet framstilles på denne måten:

Tabell 1: Modeller for organisering og bruk av sykepleierressursene.

Trekk ved ”generalist-modellen”	Trekk ved ”spesialist-modellen”
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Likhet</i>: Oppgavene løses uavhengig av ansattes kompetanse og utdanning • <i>Flat struktur</i>: Små forskjeller mellom de ulike fag- og personellgruppene • <i>Generalist</i>: De ansatte må kunne litt om alt • <i>”Ta unna-kultur”</i>: De ansatte løser oppgavene fortløpende • <i>En ”vid” sykepleierrolle</i>: Forventes å ivareta vidt forskjellige oppgaver • <i>Brukerbehov i sentrum</i>: Brukernes behov bestemmer hva som skal gjøres, ikke hva folk har kompetanse til 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Differensiering</i>: Oppgavene løses ut fra ansattes kompetanse og utdannelse • <i>Hierarkisk struktur</i>: Klar rangering av de ulike fag- og personellgruppene • <i>Spesialist</i>: De ansatte utfører oppgaver i samsvar med utdanninge/kompetanse • <i>Profesjonalisering</i>: De ansatte oppøver stadig bedre kunnskap på sine felt • <i>En klar sykepleierrolle</i>: Unik kompetanse gir klare forventninger til rollen • <i>Brukerbehov og fag i sentrum</i>: Både brukernes behov og de ansattes faglige kompetanse bestemmer oppgaveløsningen

Disse modellene er idealtypiske, i praksis vil en finne elementer fra hver av de to modellene på ett og samme sted. Modellene har begge både sine fortrinn og ulemper. Generalist-modellen kan legge til rette for arbeidsfellesskap på tvers av fag- og utdanningsgrupper preget av likhet og rettferdighet. Den kan også legge til rette for en mer utfordrende hverdag som følge av at de ansatte utfører et vidt spekter med arbeidsoppgaver. Mindre fokus på utdanning og kompetanse kan føre til at brukernes behov blir satt i sentrum. Undersøkelser viser for eksempel at private sykehjem i sterkere grad har preg av denne modellen enn det en finner i kommunale sykehjem (jf Dahl og Gullikstad, 2002). Ulempen med denne modellen kan være svak yrkesidentitet blant ulike fag- og personellgrupper, lite fokus på faglig utvikling og en dårlig utnyttelse av ansattes kompetanse.

Den andre modellen, spesialist-modellen, kan derimot i sterkere grad sikre en faglig utvikling blant de ansatte, et trykk på å bli stadig bedre på sine felt, helst til fordel for brukerne, samt sikre at de ansatte til enhver tid gjør det de er best kvalifisert til. Men modellen kan også bli stivbeint og for sterkt fagfokuseret med den følge at de ansatte

stort sett er opptatt av hva som er hans/hennes bord, og ikke minst hva som ikke er hans/hennes bord.

Ser vi disse modellene i lys av utviklingsarbeidet i Sandnes kommune har det vært et ønske om å komme noen skritt nærmere det vi her har kalt spesialistmodellen. En har erkjent at den andre modellen har sine svakheter når det gjelder effektiv bruk av sykepleieressursene. En har imidlertid ikke ønsket å gå så langt at en havner i en situasjon hvor de ansatte først og fremst er opptatt av å vokte sine områder og kun vil utføre oppgaver de mener de er best kvalifisert til. Det kan gå utover fleksibiliteten, arbeidsorganiseringen blir for tungrodd og det kan bli tilløp til ansvarsfraskrivelse. Ansatte kan forsøke å unndra seg ansvar begrunnet i at dette ikke er deres bord.

1.2 Utviklingsarbeidet og mulighetene for å endre praksis

Vår oppgave er å etterprøve hvor gode tiltakene er når det gjelder ”riktig” personellutvelgelse. Sentralt i så måte er å vurdere om sykepleierne i sterkere grad benytter sykepleiekompetansen til oppgaver som krever slik kompetanse og at de i sterkere grad får dekket de deler av sykepleiefunksjonen som de mener de ikke har fått dekket godt nok (jf spørreskjemaundersøkelsen omtalt i prosjektets sluttrapport). Her kan det godt tenkes at flere ulike tiltak har fungert sammen for å minske avstanden mellom den faktiske utøvelsen av sykepleierollen og forventninger til rollen.

Et vellykket utviklingsarbeid, og ikke minst iverksetting av gode ideer, er gjerne betinget av flere forhold. Vi har skissert noen forhold som sier noe om mulighetene og begrensningene til et slikt utviklingsarbeid som Sandnes kommune har gjennomført:

- *Enighet om hva som er problemet.* Er det relativt bred enighet om hva som er problemene i ulike profesjonsgrupper er det trolig lettere å få iverksatt tiltak. Er frustrasjonen stor og retter frustrasjonene seg mot de samme forholdene, er det lettere å skape et klima for at her må det ryddes opp. For sykepleierne del kan frustrasjonene rette seg mot for stort arbeidspress, mange vakante stillinger og en oppstykket og lite styrbar hverdag. Hverdagen kan også preges av mange gjøremål som andre kunne tatt seg av, samt små muligheter for å kunne ivareta en helhetlig sykepleie hvor det er rom for faglig utvikling, veiledning og undervisning og psykososial omsorg i tillegg til den medisinske og kliniske delen av arbeidet.
- *Tydelig forsøksdesign.* Enighet om retningen for utviklingsarbeidet kan gjøre det lettere å komme i mål. Samtidig kan ikke et utviklingsarbeid være planlagt i minste detalj, da vil det neppe være et utviklingsarbeid som gjerne er betinget av en viss prøving og feiling underveis. Det som er viktig er å finne et riktig balanseforhold mellom det å lage felles mål for arbeidet og det forhold at de som skal klemme ut gode ideer må ha stor frihet. Selve arbeidsformen og forsøksdesignet blir viktig for hva som kommer ut av utviklingsarbeidet. Får omsorgsdistriktene stor frihet til selv å velge ut tiltak og iverksette disse i egen organisasjon kan det sikre god tilpasning av tiltakene, eierskap til tiltakene og en god kopling mellom tiltakene og der skoen trykker. Men det er også behov for overordnet styring og koordinering

av utviklingsarbeidet med tanke på å stake ut kursen, sikre framdrift og erfaringsoverføring, samt vurdere resultatoppnåelsen. Ikke minst er det viktig med slik overordnet oppfølging om utviklingsarbeidet skjer i en organisasjon preget av stort arbeidspress, små tidsmarginer, lite penger og for lite folk på vakt. I en slik situasjon kan utviklingsarbeidet bli skjøvet til side til fordel for de mer akutte arbeidsoppgavene. Også omorganiseringer som skjer parallelt med utviklingsarbeidet kan føre til redusert oppmerksomhet omkring utviklingsarbeidet og gå utover kontinuiteten i arbeidet.

- *Sikre involvering og oppslutning.* Det har også betydning i hvilken grad det er lagt vekt på bred involvering av de fag- og personalgrupper, ledere og tillitsvalgte som direkte eller indirekte blir berørt av tiltakene. Oppnå deltakelse, og ikke minst, tilslutning til prosjektet som sådan og det enkelte tiltak kan dette lette iverksettingen av tiltakene. Også informasjon er viktig for at utviklingsarbeidet skal få tilsiktet effekt.
- *Kultur for endring og differensiering.* Dette forholdet tar for seg viljen til å endre praksis og særlig om det er vilje til å endre praksis på en slik måte at det differensieres sterkere mellom ulike fag- og personellgrupper og de arbeidsoppgaver som disse skal ivareta. Er arbeidet i utgangspunktet sterkt rutinisert og forutsigbart kan de ansatte oppleve selv små endringer som en stor ekstrabelastning. Når også arbeidsdagen i utgangspunktet er presset kan mange ansatte føle at endring går utover tryggheten og gjør hverdagen enda travlere siden arbeidsoppgavene må løses uansett. I tillegg skal en lære seg å gjøre oppgavene på en annen måte. Disse forholdene kan resultere i motstand mot endring generelt. Men motviljen mot endring kan også rette seg mot selve målet med utviklingsarbeidet, nemlig å la de ansattes kompetanse være mer styrende for hvilke oppgaver de utfører. Er den grunnleggende kulturen preget av ”likhetstenkning”, ”rettferdighetstenkning” og en kollektiv identitet på tvers av utdanning, stilling og tjenestested, kan det være vanskelig å få aksept for større differensiering mellom ulike grupper av ansatte (jf Norvoll, 1994). Da blir den rådende kulturen en barriere mot å endre praksis i ønsket retning.
- *Klare forskjeller i kompetanse og arbeidsoppgaver.* Prinsippet om ”rett person på rett plass” stiller visse krav til å kunne skille mellom ulike typer kompetanse og arbeidsoppgaver. Lettest å finne fram til rett person vil det være om vedkommende besitter en unik kompetanse rettet mot løsning av helt bestemte oppgaver. Sykepleiekompetansen kan imidlertid best beskrives som en svært sammensatt kompetanse. Dette har ikke minst sammenheng med sykepleiens mangfoldige oppgaver. I følge rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen av 2000, omhandler sykepleiernes oppgaver en rekke områder som krever fagkompetanse av sykepleieren. Her inngår blant annet forebygging, behandling, lindrende oppgaver, rehabiliterende oppgaver, undervisning og veiledning, administrative oppgaver og fagutviklende oppgaver. Selv om det innen sykepleien er mulighet for videreutdanning og spesialisering, er sykepleiernes oppgaver sammensatte noe som krever en

bred kompetanse. På mange måter er det snakk om en generalistkompetanse. Utdanningen og arbeidsoppgavene er med på å bygge oppunder sykepleiernes rolleforståelse sammen med de forventninger som omgivelsene har til sykepleierne. Undersøkelser viser at dette har gitt opphav til en ”vid” sykepleierrolle i den forstand at den spenner over mange ulike funksjoner og arbeidsoppgaver (Vareide m fl 2001). Dermed er det en fare for at arbeidsdagen stykkes opp i en rekke forskjellige aktiviteter. I praksis kan det da bli noe vanskelig å skille mellom sykepleiernes kompetanse og oppgaver og den kompetanse som andre fag- og personellgrupper besitter. Også disse forholdene vil trolig ha betydning for mulighetene for å avgrense sykepleierrollen til bestemte oppgaver.

Alle de forholdene vi har beskrevet over, er med på å definere hvilke muligheter og begrensinger som møter et utviklingsarbeid som det Sandnes kommune har gjennomført. Nedenfor går vi inn på den metoden vi har benyttet for å sjekke status og effekter av det arbeidet som er gjort.

1.3 Metodisk opplegg

Vi har benyttet kvalitative metoder som et hovedgrep i evalueringen. Typene tiltak er relativt forskjellige i distriktene noe som har gjort det vanskelig å lage et spørreskjema som treffer alle like godt.

Følgende datakilder er benyttet i forbindelse med evalueringen:

- *Intervju-undersøkelser:* Vi har intervjuet ledelsen i de fire distriktene, dels representert ved omsorgslederen alene, eller sammen med avdelingsledere eller (andre) nøkkelpersoner i utviklingsarbeidet. I sistnevnte tilfeller ble intervjuet gjennomført som et gruppeintervju. Vi har også intervjuet et utvalg ansatte i de fire distriktene. I dette utvalget la vi vekt på å få representanter for både sykepleierne, hjelpepleierne og enkelte andre grupper slik som servicemedarbeidere/rengjørere. Dels er intervjuene gjennomført som personlige intervjuer, dels er de gjennomført som gruppeintervjuer. Med i datainnhentingene inngår også en samtale med omsorgssjefen og en statusbeskrivelse gitt av de fire omsorgslederne i et ledergruppemøte hvor også evalueringen ble presentert. Til sammen er ca 35 personer intervjuet, enten personlig eller i gruppeintervju. Intervjuene er både benyttet til å kartlegge tiltak, arbeidsmetoder og erfaringer.
- *Skriftlig dokumentasjon.* Vi har også benyttet skriftlig dokumentasjon. Her inngår Sandnes kommunes sluttrapport fra prosjektet, oversikter over tiltakene i det enkelte distrikt, enkelte møtoreferater, både fra prosjektgruppas arbeid og fra møter i arbeidsgruppene i de fire distriktene. Dette materialet har vært nyttig for å kartlegge initiativet til utviklingsarbeidet, begrunnelsene for å sette det i gang, samt prosessen fra det ble startet opp. Det har også vært nyttig i forhold til å få oversikt over de tiltakene det er arbeidet med i de fire omsorgsdistriktene.

1.4 Rapportens oppbygning

I kapittel 2 foretar vi en kortfattet beskrivelse av initiativet til utviklingsarbeidet og hvilke faser arbeidet har gjennomløpt siden det ble startet opp i 1999. I kapittel 3 beskriver vi bakgrunn for og hvilke tiltak det er jobbet med i de fire distriktene. Her inngår også hvilke erfaringer distriktene har med tiltakene og hva de mener har kommet ut av dem. I siste kapittel oppsummerer vi resultatene fra utviklingsarbeidet og drøfter kort ulike forklaringer på hvorfor en kom så langt, men ikke lenger i denne omgang. Vi drøfter også kort hvilken overføringsverdi utviklingsarbeidet har og hvordan det eventuelt kan videreutvikles.

2 Prosessen og arbeidsformen i utviklingsarbeidet

I dette kapitlet beskriver vi hovedlinjene i planlegging og gjennomføring av prosjektet ”Rett person på rett plass”. Initiativet til selve prosjektet kom fra fylkeslegen i Rogaland hvor de var opptatt av mangel på sykepleiere i de fleste rogalandskommuner. Det var et ønske om å få belyst bruken av sykepleiekompetansen i kommunene med tanke på å få til en bedre ressursutnyttelse.

Sandnes kommune startet høsten 1998 et omfattende omorganiserings- og effektiviseringsarbeid i pleie- og omsorgsavdelingen. I den forbindelse ble det gjennomført en turnusgjennomgang for alle personellgruppene for å kartlegge bruken av fagkompetansen. Kartleggingen synliggjorde at det var nødvendig å sette fokus på sykepleiernes roller i pleie og omsorgstjenesten og at det var behov for modeller for god personellutnyttelse. Dette med bakgrunn i at sykepleierne gav uttrykk for frustrasjoner i forhold til utnyttelsen av sin kompetanse. Sykepleierne opplevde blant annet at de var ”nødt” til å utføre oppgaver andre faggrupper kunne ivareta, sykepleierne var frustrerte pga at de hadde lite tid til å gi veiledning, til administrasjon og dokumentasjon. Videre var ”likhetsprinsippet” rådende og kom til uttrykk ved at sykepleierne møtte manglende forståelse for at de måtte utføre sykepleiefaglige oppgaver, da det medførte merarbeid for resten av personalgruppen. I flere distrikt kom det videre fram at sykepleierne var utrygge når de fikk et større ansvar og eksempelvis måtte gå på tvers av avdelinger.

Initiativet fra fylkeslegen om å se på bruken av sykepleiekompetansen i kommunen var sammenfallende med de problemstillinger Sandnes kommune stod overfor. Det var derfor et ønske i kommunen om å gjennomføre et prosjekt med fokus på ”rett person på rett plass”. Med fylkeslegens anbefaling ble det dermed søkt om midler til prosjektgjennomføring fra sosial og helsedepartementet, og det ble innvilget støtte til prosjektet via statsbudsjettet i 1998. På denne tiden utarbeidet departementet omfattende handlingsplaner i forhold til ”rett person på rett plass” i offentlig sektor (Sosial- og helsedepartementets Handlingsplan 1 & 2)

I prosjektsøknaden ble det understreket at hovedformålet med prosjektet var å bidra til ”rett person på rett plass” for å sikre best mulig utnytting av kompetanse og ressurser i avdeling for omsorgstjenester i Sandnes kommune. I dette arbeidet var sykepleiernes rolle sentral og det ble lagt vekt på å klargjøre sykepleiernes rolle i forhold til andre faggrupper i kommunen. Prosjektet tok videre sikte på å utvikle gode modeller for personellutnyttelse som sikrer faglig forsvarlige tjenester til brukerne, som også kan ha overføringsverdi til andre kommuner.

2.1.1 Organisering og styring av prosjektet

Det ble vektlagt at prosjektet skulle ha en enkel organisering for å begrense tid- og ressursbruken. Prosjektperioden ble satt til ett år og det ble i januar 1999 ansatt en prosjektleder som var ansvarlig for selve prosjektgjennomføringen. I løpet av første halvår i prosjektperioden ble det utarbeidet en prosjektbeskrivelse og det ble etablert en

prosjektgruppe som sammen med prosjektleder var ansvarlig for prosjektgjennomføringen.

Prosjektgruppen bestod av representanter fra de fire distriktene hvor omsorgsledere eller konsulent fra omsorgsleders stab representerte distriktene. De ansatte var representert gjennom tillitsvalgte og hovedtillitsvalgte fra arbeidstakerorganisasjonene. I tillegg var de ulike tjenestetilbud i distriktene og alle ledernivå representert. Prosjektet ble videre forankret i linjeledelsen gjennom omsorgssjef, omsorgsledere og distriktenes ledergrupper.

I tillegg til å være pådriver i prosjektgjennomføringen skulle prosjektgruppen bidra med synspunkter og tilbakemeldinger på foreslåtte tiltak, samt delta i beslutninger underveis. Prosjektgruppen hadde seks møter i løpet av prosjektperioden, den hadde planleggings- og gjennomføringsansvar for idédugnaden, og deltok ved interne og eksterne presentasjonsmøter.

Referansinstanser og samarbeidspartnere for prosjektet var representanter fra; 1) Fylkeslegen i Rogaland, 2) Kommunenes sentralforbund, 3) Høgskolen i Stavanger, 4) Norsk sykepleierforbund og 5) Sentralsjukehuset i Rogaland, geriatrisk sengepost.

Det ble laget denne framdriftsplanen for prosjektet i 1999:

- Januar: ansettelse av prosjektleder og utarbeidelse av prosjektbeskrivelse
- Februar: planlegging av informasjonsflyt, etablering av prosjektgruppe og referanseinstanser
- Mars: Gjennomføring av kartlegging/spørreskjemaundersøkelse
- April: vurdering og oppsummering av kartlegging, utarbeidelse av mål
- Juni: intern presentasjon av resultatene fra kartleggingen
- September: idédugnad og bearbeidelse av tiltak og løsningsmodeller i distriktene
- Oktober: Prosjektgruppen oppsummerer distriktenes tiltak
- November: Utarbeidelse av framdriftsplaner for 2000
- Desember: "Milepælmøte". Distriktene presenterer sine forslag til tiltak og modeller

2.1.2 Prosjektgjennomføring.

Arbeidsformene i prosjektet var løsningsorienterte og vektla å få de ansatte aktive og involvert i prosessen. Dette ble gjort ved å legge til rette for en "nedenfra og opp" strategi. Det ble fokusert på å gi rom for refleksjon og dialog rundt de problemstillinger de ansatte opplevde og de forslag til løsninger og tiltak som ble skissert. De ulike distriktene ble videre gitt et selvstendig ansvar for videreutvikling og bearbeidning av tiltak og modeller.

Gjennomføringen av prosjektet var delt inn i fem faser:

1. Kartlegging
2. Målsetting: Klargjøring av ønsket situasjon
3. 'Gapanalyse': Forskjellen mellom ønsket situasjon og nå-situasjon
4. Planlegging: Hvordan komme fra nå-situasjon til ønsket situasjon
5. Gjennomføring: Handling for å nå mål, eventuelt revidering av mål

2.1.2.1 Kartleggingen og idédugnad

Kartlegging av nå-situasjonen var en viktig del av prosjektplanleggingen og ble gjennomført som en spørreskjemaundersøkelse. Mars 1999 ble det sendt ut spørreskjema til 100 fast ansatte sykepleiere i omsorgsavdelingen. I skjemaet ble det stilt spørsmål om nåværende og framtidig arbeidssituasjon, med vekt på bruk av tid og kompetanse, kompetanseutvikling og identitet. Resultatene viste blant annet at sykepleierressursene ikke alltid ble brukt på den mest hensiktsmessige måten. Sykepleierne var blant annet frustrert over at de måtte utføre mange oppgaver som ikke krevde sykepleiefaglig kompetanse, samtidig som det var deler av sykepleiefunksjonen de ikke fikk ivaretatt. Sykepleierne hadde også en tro på at det ville bli økt press på å gjøre prioriteringer av arbeidsoppgaver i framtiden.

I tillegg ble det gjennomført gruppeintervju med sykepleiere fra de fire distriktene. Her ble synspunkter som; "sykepleierne gjør oppgaver som ikke krever sykepleiekompetanse", "det er vanskelig å prioritere sykepleieoppgaver på grunn av tidsnød" og "det er lite faglig utfordrende å arbeide i omsorgsavdelingen" synliggjort, noe som bekreftet funn fra turnusgjennomgangen.

På grunnlag av spørreskjemaundersøkelsen og gruppeintervjuene ble det utarbeidet en rekke spørsmål og problemstillinger for å komme fram til løsninger på de utfordringer som undersøkelsen avdekket. Det ble i den forbindelse arrangert en idédugnad med representanter fra alle distriktene i kommunen. Deltakere på idédugnaden var sykepleiere, omsorgsledere, tillitsvalgte og representanter fra ergo/fysioterapitjenesten.

Fokus på idédugnaden var rettet mot følgende tre hovedområder: 1) selve organiseringen av omsorgsarbeidet nær brukerne, 2) hvilke prioriteringer ligger og skal ligge til grunn for arbeidsfordeling og bruk av personell i distriktene og 3) hva kan vi gjøre for å få til endringer.

Forslag til løsningsorienterte modeller ble utarbeidet på idédugnaden og ble i ettertid bearbeidet i distriktene. Hvert distrikt utarbeidet da sine egne tiltak og det ble sendt inn forslag til løsningsmodeller til prosjektgruppen. Oktober 1999 oppsummerte prosjektgruppen de innkomne forslag.

Forlagene kan inndeles i tre kategorier:

1. **Bevisstgjøring** av holdninger. Tiltak som skal bidra til å styrke den faglige tryggheten og sykepleieidentiteten. Tiltaket er grunnleggende for det videre arbeidet.
2. **Organisering.** Det er her viktig å organisere personellet nærmest brukerne og bygge team som kan ta ansvar sammen. Gjøre tydelig det sykepleiefaglige ansvaret.
3. **Kompetanseutvikling.** Forslag er her kompetansebank for å synliggjøre og gjøre nytte av sykepleierkompetanse på forskjellige felt.

Distriktene ble videre oppfordret til å arbeide videre med sine planer, samt vurdere hvordan videre oppfølging kunne ivaretas. En foreløpig framdriftsplan for 2000 ble utarbeidet for alle distriktene før prosjektperioden var avsluttet.

2.1.3 Gjennomføring av aktiviteter

De fire distriktene har iverksatt et mangfold av tiltak (vedlegg 2). Selve gjennomføringen av tiltakene ble i stor grad overlatt til det enkelte distrikt i og med at det var distriktene selv som hadde valgt ut de tiltak de ville satse på. Prosjektgruppe og omsorgssjef hadde utarbeidet de overordnede planer for prosjektet og lagt forholdene til rette for en slik selvstendig gjennomføringen av tiltakene i distriktene.

Når det gjaldt det videre ansvaret for prosjektoppfølgningen ble dette lagt til ledelsen på avdelings- og distriktsnivå. Distriktene meldte imidlertid jevnlig til omsorgssjefen resultater og framdrift i gjennomføringen, og det ble også lagt opp til kvartalsvise statusrapporteringer.

I distriktene ble det etablert arbeidsgrupper for å sikre en god forankring av tiltakene i distriktet. Arbeidsgruppene var sammensatt av distriktsleder, sykepleiere fra de ulike tjenestene i distriktet samt tillitsvalgte fra andre yrkesgrupper. For å holde prosjektet "levende" ble det også holdt flere personalmøter om prosjektet med orientering og diskusjoner. Temaet sto også ofte på dagsorden i ledergruppen i det enkelte distrikt.

Det ble laget framdriftsplaner for gjennomføringen av tiltakene innen hvert distrikt, men disse ble i varierende grad fulgt opp. I ett av distriktene ble det f eks laget en oversikt over hvert av tiltakene, hvordan tiltakene skulle gjennomføres i praksis og hvem som var ansvarlig for gjennomføringen. Når det gjaldt arbeidsgruppene og deres arbeid varierte dette noe mellom distriktene. I øst ble det f eks etablert flere arbeidsgrupper hvor disse hadde ansvar for enkelttiltak og implementering av disse.

Oppsummerer vi gjennomgangen av prosjektets oppstart og ulike faser ser vi at det er valgt en desentralisert arbeidsform der det har vært gode muligheter for distriktene til å velge ut tiltak tilpasset deres egen virkelighet. Distriktene har også i betydelig grad hatt ansvaret for iverksetting og oppfølging av tiltakene. Ser vi dette i sammenheng med mangfoldet av iverksatte tiltak er det nærliggende å si at det ble valgt en "nedenfra og opp strategi" hvor lokal forankring og eierskap til tiltakene har vært et hovedpoeng.

3 Tiltak og erfaringer i de fire omsorgsdistriktene

3.1 Innledning

I alle de fire omsorgsdistriktene er det arbeidet med en rekke tiltak som ledd i arbeidet med prosjektet "Rett person på rett plass". Som vist i oversikten i forrige kapittel er noen av disse tiltakene felles på tvers av de fire distriktene, men de aller fleste er forskjellige i den forstand at de har fått en utforming tilpasset behov og ønsker i det enkelte distrikt. Det har da også vært lagt opp til et utviklingsarbeid der det har vært rom for utprøving av forskjellige tiltak, nettopp i den hensikt å kunne gi det enkelte tiltak en lokal forankring, men også for å kunne utprøve et bredt spekter av tiltak. Det kan i neste omgang gjøre det mulig å blinke ut vellykkede tiltak og iverksette disse i andre distrikt enn der de er blitt utviklet og utprøvd.

I dette kapitlet tar vi for oss tre ting:

- *Før-situasjon.* Vi går kort inn på før-situasjonen i det enkelte distrikt, det vil si situasjonen i distriktet før utviklingsarbeidet for alvor kom i gang. Hensikten har vært å få fram noen av de problemer og frustrasjoner som gjorde seg gjeldende før utviklingsarbeidet kom i gang.
- *Status.* Deretter går vi nærmere inn på det enkelte tiltak, beskriver først kort hva det består i, før vi gjøre rede for hvilke erfaringer en har med tiltaket. Mest vektlagt er de tiltak som det er jobbet mest med og som fortsatt er på dagsorden i det enkelte distrikt.
- *Effekter.* Til sist foretar vi en oppsummering for hvert av de fire distriktene i lys av erfaringene med tiltakene. Her rettes fokus mot hvilke effekter tiltakene har hatt på bruken av sykepleieressursene, og om de på noen måte har påvirket arbeidsdelingen mellom ulike fag- og personellgrupper.

3.2 Distrikt Nord

Bakgrunn for iverksatte tiltak i Distrikt nord

Distrikt nord hadde ved prosjektstart en ambisjon om å gjøre noe med sykepleierollen. Flere informanter beskriver at det såkalte "likhetsprinsippet" var sterkt. Det medførte at det var liten differensiering mellom sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og ufaglærte når det gjaldt arbeidsoppgaver. Det var et behov for å synliggjøre sykepleierrollen i forhold til disse faggruppene. En annen problemstilling var at personalet opplevde og gav tilbakemeldinger på at det aldri var nok personale på jobb, noe som bidro til å opprettholde likhetsprinsippet. Sykepleieren måtte i større grad ta ansvar når det gjelder fordeling av arbeidsoppgaver.

Et godt samarbeid mellom sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og ufaglærte i distriktet er en forutsetning for å ikke gjøre sykepleierbehovet umettelig. Dette krever at personalgruppen er fleksibel, løsningsorientert, samt at arbeidssoppgaver prioriteres og fordeles ut fra kompetanse.

Iverksatte tiltak i Distrikt nord

Frigjøre sykepleiere fra oppgaver andre faggrupper kan utføre

Dette tiltaket ble gjennomført på to avdelinger ved senteret på Lura og i seks soner i hjemmetjenesten. Begrunnelsen for tiltaket var at sykepleierne brukte mye tid på oppgaver som; matlaging, ringe etter ekstravakter eller enkle faste sykepleieprosedyrer, på kvelder, i helger og helligdager. Dette var oppgaver som kunne ivaretas av andre faggrupper. Dette opplevde sykepleierne gikk på bekostning av sykepleiefaglige oppgaver som dokumentasjon, og klinisk veiledning av annet pleiepersonell. Sykepleierne ønsket i større grad å fungere som "kliniske veiledere" for på den måten å være ressurspersoner i arbeidsgruppen.

En forutsetning for å frigjøre sykepleierressurser har vært en økt bevissthet omkring hvilke faggrupper som skal gjøre hvilke oppgaver og en synliggjøring av at ulike faggrupper har ressurser på ulike felt.

Den viktigste endringen som følge av dette tiltaket er at det nå er blitt større åpenhet omkring temaet "rett person på rett plass". Det skal i følge informantene være en differensiering mellom sykepleieoppgaver og oppgaver som kan ivaretas av andre faggrupper. Men samtidig påpeker flere av informantene at personalet må være fleksible og kunne ivareta helhetlige behov. Sykepleierne skal ivareta for eksempel matlaging når det er nødvendig og den mest praktisk løsningen, men i hovedsak er dette en oppgave for andre faggrupper.

Primær/sekundærkontakt

Primær/sekundærkontakt ordninger har vært et virkemiddel for å frigjøre sykepleierressurser og er et tiltak som er gjennomført på de fleste arbeidsplasser i distrikt nord. Det er også utarbeidet en prosedyrebeskrivelse for primær og sekundær kontaktoppgavene i distriktet (vedlegg 3). Primær/sekundær kontaktordningen innebærer at sykepleieren/vernepleier/terapeut er sekundærkontakt for flere brukere med omfattende omsorgsbehov og primærkontakt for noen få. Dermed får sekundærkontakten en klinisk veilederrolle i forhold til primærkontakten. I utgangspunktet skal sekundærkontakten være en ressurs når det inntreer noe spesielt eller nytt med brukeren, og primærkontakten skal ha den mer daglige oppfølgingen av brukeren. Når primærkontakten involveres ved problemer hos brukeren håper man å kunne å avlaste sonelederen.

Primær/sekundærkontakt ordningen er gjennomført i praksis og godt implementert. Men flere av informantene i ledergruppen sier at de føler de må være pådrivere og at de til tider må minne de ansatte på arbeidsfordelingen i sekundær/primærkontakt ordningen.

Dette tiltaket var heller ikke nytt som følge av prosjektet ”Rett person på rett plass”, men gled på en god måte inn i det. Det er en ordning som lenge har vært godt forankret i hjemmetjenesten i distriktet. En utfordring med denne ordningen kan være når det oppstår noe med pasienter som det vanligvis ikke er mye med. Da kan det være noe vanskelig å finne ut hvem som er sekundærkontakt.

Delegering/opplæring av andre faggrupper i sykepleieoppgaver

Et viktig fokus i prosjektet i distrikt nord har vært en bevisstgjøring av at en viktig sykepleieoppgave er å bruke andre faggrupper og medarbeidere på en fornuftig måte. Her er det nødvendig med en klar bevissthet omkring hvilke arbeidsoppgaver som faktisk kan delegeres til annet helsepersonell. Dersom sykepleierne bruker mer tid på opplæring av annet helsepersonell i enkle prosedyrer vil dette bidra til å øke personalets fleksibilitet, man vil frigjøre sykepleierressurser og sikre en mer stabil og forutsigbar hjelp til brukerne.

Ved sykehjemsavdelingen, i bokollektivet og hjemmetjenesten delegeres ulike sykepleieoppgaver når opplæring er gitt. Sykepleiefaglige oppgaver som ofte blir delegert er tablettutlevering fra dosett, insulinsetting på enkelte brukere og oppgaver som kateterisering. Når det gjelder delegering av medisinerer kan kun legen gjøre dette etter at sykepleier har gitt den nødvendige opplæring.

Flere av informantene sier at delegering av slike oppgaver ikke er nytt som følge av prosjektet, det er ordninger man har hatt og benyttet lenge og det er viktig for å få ”rett person på rett plass”. Dersom man har fått delegert oppgaver inngår dette nå i stillingsbeskrivelsen til den enkelte, de delegerte oppgavene er blitt såkalte kjerneoppgaver. Ved fravær av sykepleiere, vil de som har fått delegert sykepleieoppgaver kunne utføre disse oppgavene.

Et fokus i distrikt nord har vært at når enkeltpersoner får delegert ansvar for sykepleiefaglige oppgaver, eksempelvis når man har delegert insulinsetting på en pasient, er dette en oppgave man skal ivareta over tid og ikke bare så lenge det ikke er tilgang på sykepleiere. Dette understreker flere av informantene som viktig for ikke å overse kompetansen hos den enkelte ansatte.

Egen oppgavebeskrivelse for ansvarshavende sykepleier innbefattet planleggingstid

Egen oppgavebeskrivelse for ansvarshavende sykepleier er innført i hjemmetjenesten og ved to avdelinger ved Lura bo- og aktivitetssenter. I hjemmetjenesten har nå alle sykepleierne fått innarbeidet faste ansvarsvakter på arbeidslisten. Dette innebærer at det er satt av tid fra kl 12 på turnusen for sykepleieren som har ansvarsvakt til dokumentasjon og faglig oppdatering. Et vesentlig moment her er fleksibilitet. Er det rolig bruker man tiden til faglig oppdatering eller man går ut i sonene for å bruke tiden hos brukeren. Et annet element i dette er at man har fått egne arbeidsbeskrivelser for ansvarshavende sykepleier på kveld, men dette er ikke formalisert i form av lønn. I hjemmetjenesten er det nå alltid en sykepleier 1 på hvert kveldsskift.

De faste ansvarsvakter på turnusen har medført at sykepleierne har fått avsatt mer tid til å dokumentere og til å drive faglig oppdatering, men dette har til en viss grad gått på bekostning av de andre faggruppenes muligheter for og tid til å dokumentere. Dette er et problem da også hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har dokumentasjonsplikt i henhold til den nye helsepersonelloven. En annen mulig konsekvens av at sykepleierne bruker ettermiddagen på kontoret til dokumentasjon og faglig oppdatering er at det blir mindre tid og ressurser igjen til brukerne. Da er det viktig å være fleksible.

Ved sykehjemsavdelingen og i bokollektivet kan det være vanskelig å få frigitt tid til dokumentasjon. Så lenge sykepleierne er en del av grunnbemanningen kan de ikke trekke seg tilbake for å dokumentere når det er travelt. Det vil gi økt arbeidsbelastning på de andre ansatte. Som sykepleier må man i første omgang ivareta brukerne for så å dokumentere. Dette er også en problemstilling i hjemmetjenesten. Har man ikke nok folk på jobb på grunn av sykdom og ubesatte stillinger vil man få problemer med tiden, og oppgaver må fordeles på tilgjengelig personal.

Samarbeid på tvers av arbeidsplasser internt i distriktet - jobbrotasjon

Begrunnelsen for dette tiltaket var at sykepleierne i distriktet hadde behov for å opparbeide seg en større trygghet når det gjaldt de tjenestene de yter til brukerne i hele distriktet. Dette kom tydelig fram i spørreundersøkelsen "forebygge utbrenthet". Tiltaket innebærer planlagt jobbrotasjon eller planlagt arbeid på tvers av alle enhetene i distriktet.

Flere av informantene beskriver at det fortsatt er lite fleksibilitet når det gjelder å gå på tvers mellom sykehjemsavdelingen, bokollektivet og hjemmesykepleien i distriktet. En forklaring på dette er ifølge flere av informantene er at det er behov for sykepleierne der de jobber og har sin tilhørighet.

Men sykepleierne er likevel fleksible. De går mellom avdelinger innad i bokollektivet og mellom soner i hjemmetjenesten når det er behov for å ivareta sykepleiefaglige oppgaver. Dette er særlig aktuelt på kveldstid, i helger, samt ved sykdom.

En konsekvens av en slik fleksibilitet er at det blir økt belastning på personalet som er igjen i f.eks. sykehjemsavdelingen. Men en av informantene understreker at det er en bevissthet i hele personalgruppen om at de skal "trø" til for å avlaste hverandre. Samtidig kan det nok sies å være en relativt høy terskel for å be om hjelp, den enkelte strekker seg langt for å utføre arbeidsoppgavene sine selv.

Erfaringer i Distrikt nord

Den viktigste effekten av tiltakene og prosjektet som helhet er at det nå er blitt større åpenhet omkring temaet "Rett person på rett plass". Sykepleierollen er blitt synliggjort ved at det skal være en differensiering mellom sykepleieoppgaver og oppgaver som kan ivaretas av andre faggrupper. I følge en av informantene var det tidligere nesten utenkelig å snakke om en slik differensiering av arbeidsoppgaver, men som følge av

prosjektet er dette nå greit. Det er blitt lov å ”bruke” personalet forskjellig, noe som kan uttrykke en holdningsendring.

Sykepleieren tar også et tydeligere ansvar for fordeling av arbeidsoppgaver og forbedringsarbeid. For brukerne betyr dette at de får en bedre og mer gjennomført tjeneste som i mindre grad er preget av hastverk. Når andre faggrupper får delegert sykepleiefaglige oppgaver vil det bidra til å sikre en mer stabil oppfølging av brukerne.

Flere av informantene understreker også betydningen av å ha et godt samarbeidsklima i personalgruppen for å få en god utnyttelse av ressursene i en travel hverdag og for å få ”rett person på rett plass”. Det er viktig å ”trø” til når det er behov og personalet strekker seg langt for å få ting til å gå opp.

Sykepleierne er i storgrad fleksible i hele distriktet og benytter sin kompetanse der det er behov for denne ved sykdom, på kvelder og i helger. På den måten har man fått en noe bedre utnyttelse av sykepleiefunksjonen. Generelt beskriver ledelsen at personalet i distriktet i større grad er blitt løsningsorienterte og tryggere på at det er mulig å få ting til.

Utfordringer/veien videre i Distrikt nord

En utfordring ser ut til å være å legge til rette for at sykepleierne skal kunne gå på tvers mellom enheter i distriktet og ikke kun innenfor sykehjemmet, bofellesskapet eller sonene i hjemmesykepleien. På den måten vil sykepleierne opparbeide seg en faglig trygghet i forhold til alle brukerne i distriktet, noe som igjen vil komme brukeren til gode.

Når det gjelder prosjektets og tiltakenes bidrag til å skape bedre samsvar mellom kompetanse og arbeidsoppgaver ser dette ut til i mindre grad å gjelde for hjelpepleierne. Flere av informantene sier at hjelpepleierne generelt i distriktet bruker mye tid på rengjøringsoppgaver, og dermed ikke får benyttet sin faglige kompetanse.

En prosess som må leve videre er bevisstheten omkring betydningen av å ikke overse ansatte og faggruppers kompetanse og ressurser. Sykepleieren har et ansvar for å bidra til å skape faglig utvikling og trygghet hos andre faggrupper. Dette skjer ved å delegere sykepleiefaglige oppgaver, men også gjennom opplæring og veiledning av personalet noe som vil bidra til å sikre ”rett person på rett plass”.

3.3 Distrikt Vest

Bakgrunn for iverksatte tiltak i Distrikt vest

Distriktet ble omorganisert i 1998 ved at alle enhetene ble samlokalisert til Åse bo- og aktivitetssenter. Dette medførte store utfordringer for pasientene både som følge av selve utbyggingen, men også som følge av flytting av personell, nye folk å forholde seg til og nye omgivelser. Da prosjektet ”Rett person på rett plass” startet opp hadde distriktet allerede vært gjennom betydelige endringer og var fortsatt ikke falt skikkelig

på plass. Nye bygninger, nye ansatte og nye pasienter krevde mye oppmerksomhet. Det har derfor vært en utfordring å finne tid og rom for prosjektet.

Over lengre tid hadde det vært noe frustrasjon, særlig blant sykepleierne, knyttet til selve rekrutteringssituasjonen og det forhold at mange av sykepleierne gjorde oppgaver som andre faggrupper i vel så stor grad kunne ta seg av. I hjemmetjenesten gjorde mange av sykepleierne i hjemmesykepleien de samme oppgavene som ufaglærte hjemmehjelpere. Ved hjemmebesøk var det gjerne mest rasjonelt at den besøkende gjorde alle de oppgaver som krevdes der og da.

Flere av informantene peker på at prosjektet støtte borti en ”løpe-kultur” der personalet tok unna arbeidsoppgavene etter hvert som de dukket opp. Knapphet på folk og penger og en situasjon preget av flere og mer krevende pasienter har lagt grunnlaget for denne kulturen. Det var ikke kultur for å sitte ned, enten for å dokumentere arbeidet eller sitte hos pasienten. Blant rengjøringspersonalet var det en del frustrasjoner knyttet til ensidige, belastende og kjedelige jobber.

Endringer i organisering av arbeidet og bygningsmassen har hatt betydning for arbeidsmiljøet og trivselen til de ansatte. Fagkonsulentene har ansvar for å følge opp internkontroll systemet. I tillegg gjennomfører man hvert år en spørreskjemaundersøkelse blant alle de ansatte med fokus på det psykososiale og fysiske arbeidsmiljøet. Tanken er at et godt fysisk og psykisk arbeidsmiljø bidrar til lav turnover som igjen er en forutsetning for å kunne få ”rett person på rett plass”.

Iverksatte tiltak i Distrikt vest

Faglig veileder

Distriktet opprettet i august 2001 en 75 prosent stilling som faglig veileder. Ordningen ble i første omgang innført som en prøveordning. Stillingen var besatt i underkant av et år, og er per mai 2002 vakant. Denne stillingen ble tillagt oppgaver knyttet til faglig oppdatering, opplæring og rådgivning på tvers av ulike avdelinger og tjenester. Stillingen skulle følge ordinær turnus, men tilpasses noe etter behov, for eksempel mest egnede tidspunkt for å holde kurs og lignende. Stillingen ble fristilt fra linjeorganisasjonen og lagt til omsorgslederens stab.

Stillingens oppgaver har vært preget av faglige spørsmål som for eksempel opplæring av de ansatte i dokumentasjon og innføring i lover som helsepersonellov og rettighetslovgivning. Den faglige veilederen deltok også på faste møter med de ansatte i sykepleier 1 stilling. Den faglige veilederen hadde også en rolle som bindeledd mellom studenter og praksissted i kommunen. Videre var faglig veileder ansvarlig for gjennomføring av førstehjelpskurs og brannsikkerhetskurs. I tillegg hadde faglig veileder oppgaver i forbindelse med vurdering av utstyrsanskaffelser, spesielle pasientsaker og å sjekke opp forhold hvor en manglet kunnskap. Det var også planlagt opplæring knyttet til forbedret hygiene.

Bakgrunnen for opprettelsen av denne stillingen har dels sammenheng med behov for noen som kunne holde seg faglig oppdatert i en situasjon hvor førstelinjelederne har fått

flere administrative arbeidsoppgaver. Dels er stillingen sett i lys av et sykdomsbilde som er i stadig endring, man møter det i hjemmetjenesten/hjemmesykepleien, men også ved sykehjemmene. En av den faglige veiledernes hovedoppgaver har vært å ivareta behovet for oppdatering på kunnskap. Den faglige veilederen kan beskrives som en ressursperson. Et viktig moment i utarbeidelsen av denne stillingen har vært at den faglige veilederen ikke må "spises" opp av avdelingene. Vedkommende i stillingen skal gjøre sine egne prioriteringer og ikke bli en refleks av behovene i avdelingene.

I følge mange av informantene har det vært behov for en slik stilling, kanskje mer en noen gang siden få har tid til å holde seg faglig à jour. Utfordringen har vært å få til en naturlig bruk av stillingen. Den organisatoriske plasseringen av stillingen i stab førte også til at den ble liggende på siden av linjeorganisasjonen. For en nybegynner i en slik stilling ville det trolig være vanskelig å komme i inngrep med de ulike avdelingene.

Dokumentasjonsprosjekt

I 1999 ble det satt i verk tiltak for å bedre dokumentasjonen av arbeidet. Den nye helsepersonelloven pålegger dokumentasjonsplikt for alt helsepersonell. En ønsket en bevisstgjøring blant personalet i forhold til nødvendigheten av individuelle pleieplaner og habiliteringsplaner for funksjonshemmede. Tanken er at god dokumentasjon skal gjøre det lettere å få til en forutsigbar og planlagt oppfølging av den enkelte bruker. Tid kan også spares om dokumentasjonen er dekkende og gjøres til rett tid. Denne tiden kan så benyttes til kontakt med brukerne eller til faglig utvikling. Det ble satt av tid i turnusen til slik utarbeidelse i soner og avdelinger og bolig for funksjonshemmede.

Dokumentasjonsplikten har skapt et behov for opplæring av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. I den forbindelse laget faglig veileder kurs hvor de ansatte fikk opplæring i hvordan dokumentasjonen skulle gjøres. En sykepleier i hver avdeling skal være ansvarlige for dokumentasjonen. Kravet til dokumentasjon innebærer at alle sykepleie- og vernepleietiltak skal dokumenteres, og at den enkelte bruker skal ha en individuell plan. For at disse planene ikke skal bli for omfattende har det vært nødvendig å utarbeide en mal for hva de individuelle planene skal inneholde. Tanken er at de også må ha overføringsverdi mellom ulike avdelinger og institusjoner.

I følge flere av informantene har dette tiltaket virket bevisstgjørende når det gjelder oppfølgingen av pasientene. Tiltaket har både sine motstandere og tilhengere, enkelte synes det er luksus å bruke såpass mye tid på dokumentasjon.

Faglige avansementstillinger

I løpet av de siste årene har det funnet sted en sammenslåing av enheter i omsorgstjenesten. Parallelt har mer myndighet og flere oppgaver blitt delegert til førstelinjelederne. Dette har medført at disse lederne har fått flere administrative oppgaver i tillegg til de faglige. En har derfor opprettet sykepleier 1 stillinger som en slags faglig støtte til førstelinjelederne. Selve innholdet i stillingene følger ikke en fast normering, innholdet i stillingen avklares i den enkelte avdeling eller sone. Men

stillingen skal være rent faglig. Arbeidsdelingen mellom førstelinjeleder og sykepleier 1 kan variere noe. Det vanlige har vært å legge oppgaver knyttet til rådgivning, dokumentasjon, sikkerhet og faglig god dekning på de ulike skiftene. Disse stillingene følger ordinær turnus og avlønnes litt høyere enn en ordinær sykepleierstilling.

Intensjonen med disse stillingene har vært å støtte og styrke førstelinjetjenesten faglig, samt gi faglig veiledning til de ansatte. Man kan si at de faglige avansementstillingene på mange måter er direkte avledet av intensjonene om "Rett person på rett plass". God og riktig faglig kompetanse skal sørge for at pasientene får den riktige behandlingen. Samtidig skal de gjøre sykepleieryrket mer attraktivt ved å kunne tilby en faglig karrierestige i tillegg til en mulig lederkarriere.

I Distrikt Vest er det ni sykepleiere som har en slik stilling, og tre vernepleiere. Man har gjennom lønnsforhandlinger stilt krav om å få to vernepleier 1 stillinger til. Den faglige veilederen fulgte opp sykepleier 1 stillingene gjennom et fast faglig forum og regelmessige møter med de ansatte i sykepleier 1 stilling. Tilsvarende stillinger finnes i de øvrige distriktene og er et tiltak som således er innarbeidet i avdelingen.

Enkelte av informantene, både i Distrikt Vest og øvrige distrikter, peker på at en del av de ansatte vegrer seg for å ta stillingene som sykepleier 1 eller stillingene for hjelpepleiere mv. Dette fordi ansvaret øker sterkt, mens lønna bare øker i mindre grad.

Bevisstgjøring av sykepleiefunksjonen

Et av tiltakene har vært å skape økt bevissthet om sykepleierrollen og de funksjoner som vanligvis er knyttet til denne rollen. En bevisstgjøring knyttet til sykepleiefunksjonen har stadig vært et tema, særlig i de diskusjonene man har hatt omkring endring av turnus og bruken av høyskoleutdannet helsepersonale. Til grunn for den nåværende turnusordningen i distriktet ligger en døgnrytmeplan hvor man har sett på hvilken faglig kompetanse som er nødvendig for i best mulig grad kunne ivareta brukernes behov. Høyskoleutdannet personell skal ikke utføre assistentjobber, man har klart å bevisstgjøre holdninger omkring dette. I den forbindelse har man gjennomført kurs for alle ansatte med fokus på å tydeliggjøre hvem som skal gjøre hva i avdelingen. Alt i alt kan man nok si at "likhetsprinsippet" har fått et "skudd for baugen". Samtidig har man klart å redusere noe på sykepleierstillingene, og i stedet kunnet samle disse andelene i den faglige veilederstillingen.

Samlokalisering av hjemmetjenesten og sykehjemstjenesten i Distrikt Vest har skapt et større krav fra arbeidsgiver om fleksibilitet. Man må som sykepleier kunne jobbe ute i distriktet i hjemmetjenesten, men også inne på sykehjemmet. Flere av sykepleierne har gitt uttrykk for en uttrygghet i forhold til å gå ut av avdelingen. Et viktig fokus i prosjektet har derfor vært rettet mot å styrke sykepleiernes faglige trygghet. For faglig sterke sykepleiere vil fleksibilitet være en faglig utfordring.

Kompetansebank

Et av tiltakene har vært å etablere en kompetansebank som skal gi oversikt over personer som besitter bestemt kompetanse og kan være ressurspersoner på sitt felt. Banken skal dekke hele distriktet – både for lett kunne identifisere hvem som besitter spesialkompetanse og den skal være et instrument for å finne ut hvor det bør settes inn kompetanseutviklende tiltak. På den måten kan banken gi et bidrag til å plassere rett person på rett plass – enten på basis av allerede ervervet kompetanse eller etter at vedkommende har fått en bestemt kompetanse gjennom opplæring/erfaring.

Fagkonsulentene har hatt ansvar for etablering av kompetansebanken, oppdatering av denne og opplæringsplaner for de ansatte. Fagkonsulentene kvalitetssikrer også nyansettelser og har hovedansvar for opplæring i distriktet. Imidlertid har kompetansebanken blitt lite brukt. Den krever for det første stadig oppdatering som følge av nyansettelser, permisjoner, avgang av personell og opplæringstiltak. Enkelte informanter peker også på at ordningen kan være noe byråkratisk og lite tilgjengelig.

Som et ledd i vurderingen av tilgjengelig fagkompetanse avholder de ansatte i sykepleier 1 stilling ukentlige møter. På disse møtene vurderes blant annet den faglige kompetansen og fordelingen av denne. Også personalmøtene er enkelte steder tatt i bruk som arenaer for å identifisere behov for kompetanse, samt formidle kompetanse ved hjelp av eksterne veiledere.

Servicemedarbeidermodellen

Et av de viktige tiltakene i Distrikt Vest har vært utvikling av den såkalte servicemedarbeider-modellen. Tiltaket innebærer at rengjøringspersonalet blir omgjort til servicemedarbeidere. De får mer varierte oppgaver og skal yte service overfor beboerne. Reining av senger, støvtørking, kjøkkenarbeid og tilberedning av måltider er blant de nye oppgavene for de tidligere rengjørerne. Både ufaglærte assistenter, hjelpepleiere og sykepleiere har gjort slike oppgaver til tider. Husøkonomen har vært en pådriver for dette tiltaket – særlig på bakgrunn av sin erfaring fra hotellbransjen.

Servicemedarbeiderne inngår i ordinær turnus etter først å kun ha jobbet på dagtid. Det er lagt opp slik at to servicemedarbeidere inngår i den enkelte avdeling (der tiltaket er innført). Som følge av turnusordningen bytter disse på å jobbe dag og kveld. Lønnsmessig er servicemedarbeiderne på samme nivå som før, selv om oppgavene er blitt flere og ansvaret større. Mer interessante oppgaver har imidlertid betydd mest. Få kan tenke seg å gå tilbake til det tradisjonelle rengjøringsjobben.

Flere tiltak er innført for å effektivere oppgavene knyttet til reining av senger, vasking av tøy, bleieskift. Her inngår blant annet innføring av stretchlaken, madrasser som bedre tåler lekkasjer og vaskbare puter og dyner. For å redusere utgiftene til vask av tøy kjøpte de inn egne maskiner og overtok vaskejobben selv. Tidligere ble vaskingen av tøy overlatt til vaskerier. Det er også innført rutiner for å sikre en riktigere utskifting av sengetøy og bleier.

I distriktet har det vært bred oppslutning om tiltaket. De fleste føler at det har vært et ”columbi-egg” som ulike grupper trekker fordel av. Servicemedarbeiderne får mer varierte arbeidsoppgaver noe som gjør jobbene mer interessante og attraktive. Det kan bidra til å lette rekrutteringen. De får også lettere kontakt med det øvrige personalet og pasientene. Hjelpepleiere og sykepleiere får frigjort tid som de kan benytte til tid med pasientene og til faglig utvikling. De kan konsentrere seg i større grad om rene pleie- og medisinske oppgaver og slipper å gjøre rene serviceoppgaver. Mer tid til pasientene gjør det lettere å lage fleksible opplegg for dem, for eksempel ved at de i større grad kan velge selv når de vil ha frokost og når de vil legge seg og stå opp. På den måten treffer tiltaket bra både i forhold til prinsippet om ”rett person på rett plass”, men også i forhold til ønsket om å sette ”brukeren i sentrum”. Det muliggjør større nærhet til brukerne noe som gir bedre anledning til å tilpasse tjenestene på en best mulig måte. Det gir også bedre ressursutnyttelse i den forstand at sykepleiere og annet faglært personell gjør de oppgaver de utdannes til å gjøre. Det blir dyrt og feil bruk av fagpersonell om disse brukes til å sette opp lister over varer som skal bestilles, re senger og servere mat.

Men det må føyes til at vanskene med å skaffe vikarer for servicemedarbeiderne fortsatt er til stede, samt at sykefraværet i perioder er høyt, også for servicemedarbeiderne. Den gruppen av ansatte som har hatt visse motforestillinger mot tiltaket er de ufaglærte assistentene som føler at servicemedarbeiderne har overtatt noen av de oppgavene som disse tidligere hadde. Enkelte av assistentene mener at det har blitt mer uklare skiller mellom dem og servicemedarbeiderne.

Sykepleieturnus

Det ble også startet opp et arbeid med å lage en egen turnus for sykepleierne på døgnavdelingen på Åseheimen. Denne gjennomgangen skulle sikre en jevnere fordeling av sykepleiere på hele døgnet. En minstandard var at det til enhver tid minst skulle være to sykepleiere på hele avdelingen. En av utfordringene var å ajourføre denne til enhver tid. Etter hvert har også rekrutteringssituasjonen endret seg positivt når det gjelder sykepleiere, slik at utvikling av ønsketurnus nå er mer aktuelt enn å fortsette med det opprinnelige tiltaket.

Erfaringer på tvers i Distrikt vest

De seks tiltakene som det særlig er jobbet med i Distrikt Vest dekker både holdningsmessige tiltak (bevisstgjøring av sykepleiefunksjonene), organisatoriske tiltak (faglig veileder, servicemedarbeidermodell) og kompetanseutviklende tiltak (kompetansebank, faglige avansementstillinger). Helt dekkende er en slik inndeling ikke. For eksempel har et organisatorisk tiltak som opprettelse av en faglig veileder stilling kanskje først og fremst betydning som kompetanseutviklende tiltak.

De seks tiltakene kan ha ganske forskjellige effekter. Faglige avansementstillinger kan på den ene siden gjøre det mer attraktivt å være sykepleier all den tid det fins muligheter for en mer faglig karriere. Stillingene kan også medvirke til å sikre faglig

kompetanseutvikling, både ved at vedkommende i disse stillingene får et særskilt faglig ansvar, men også ved at vedkommende får en rolle i forhold til det faglige nivået og bruken av de faglige ressursene på den avdeling vedkommende tilhører. Kompetansebanken kan på sin side gjøre det enklere å identifisere opplæringsbehov, men kan også benyttes som et verktøy til å finne ut hvem som besitter spesialkompetanse. Selv om tiltakene varierer, og effektene har ulik retning og styrke, er det ikke vanskelig å si at tiltakene i en eller annen forstand har å gjøre med ønsket om å få ”rett person på rett plass”. Først og fremst sier dette noe om prinsippets generelle karakter. Svært mye er relevant under en slik vid overbygning.

Dermed er også informantene blitt stilt på en krevende prøve når vi har bedt dem om å si noe om hvilke effekter tiltakene har hatt for brukerne, de ansatte og på ressursbruken. De fleste informantene mener den viktigste effekten av utviklingsprosjektet er at det nå er lov å snakke om hvilken kompetanse de ansatte har og at forskjellig kompetanse også betyr at de ansatte bør gjøre forskjellige ting. De fleste viser til servicemedarbeidermodellen som et konkret eksempel på en endret arbeidsfordeling mellom ulike personellgrupper som har frigjort tid for sykepleierne (og hjelpepleierne). Denne tiden kan så brukes til mer tid sammen med brukerne, til faglig veiledning/undervisning eller til egen faglige utvikling. Kulturelt er det skapt et bedre klima for å differensiere mer mellom ulike typer kompetanser og oppgaver (mer spesialisering og profesjonalisering).

Men flere av informantene peker på økt fleksibilitet som en effekt av prosjektet ”rett person på rett plass”. Det kan tas som en indikasjon på at spesialiseringslinjen ikke har tippet over i en kultur preget av ”mitt bord-tenkning”. Informantene peker imidlertid på at dette ikke er tale om fleksibilitet i forhold til oppgaver, men først og fremst i forhold til andre tjenestesteder enn den avdeling vedkommende sykepleier tilhører. Er det behov for en sykepleier på naboavdelingen, og situasjonen tilsier det, mener flere av informantene at det nå er blitt lettere å flytte på folk, samt å samarbeide.

Få av informantene tror at brukerne har opplevd noen store endringer som følge av tiltakene. Men flere peker på at de representerer ”drypp” i riktig retning all den tid bevisstgjøringen gjør det mulig å få til et bedre samsvar mellom tilgjengelig kompetanse og det behov som til enhver tid skal dekkes.

Utfordringer/veien videre i Distrikt vest

Flere av informantene peker på at det har vært noe diskusjon mellom faglærte og ufaglærte etter som tilgangen på fagfolk har vært god. Det har betydd at ufaglærte i noen grad er skjøvet tilbake til de oppgaver de tradisjonelt har gjort og i mindre grad gjør oppgaver som faglærte tar seg av. De føler det har blitt et sterkere hierarki der formell kompetanse teller mer enn erfaringsbasert kompetanse. Men man er fortsatt helt avhengig av ufaglærte på kveld og helg på grunn av lav grunnbemanning.

En utfordring knyttet til gjennomføringen av ”rett person på rett plass” har vært å finne tid og rom for prosjektet i en tid preget av ombygging osv. Både nye avdelinger, nye ansatte og nye pasienter har gjort det til en krevende oppgave å holde fokuset oppe.

3.4 Distrikt Sør

Bakgrunn for iverksatte tiltak i Distrikt sør

I kartleggingen tidlig i prosjektperioden (1999) kom det tydelig fram et behov blant sykepleierne i distrikt sør for faglig støtte. De opplevde å arbeide mye alene, særlig på kveldstid og helger, og de ønsket å ha noen å dele ansvaret med. Sykepleierne opplevde også at de ble mindre trygge i sykepleierrollen når de fikk mer faglig ansvar enn de var vant med. Samtidig gav mange av sykepleierne uttrykk for at det var lite tid og rom til faglig oppdatering. Sykepleierne i spørreundersøkelsen skisserte også et behov for å få satt i system det tverrfaglige samarbeidet distriktet, dette gjaldt spesielt samarbeidet med ergo/fysioterapi tjenesten.

Parallelt med prosjektet "Rett person på rett plass" ble Austrått bo- og aktivitetssenter åpnet i januar 2000. Distrikt sør fikk dermed en samlokalisering av hjemmetjenesten og bokollektivet. I tillegg ble to nye enheter etablert; bofellesskapet og sykehjemsavdelingene. Denne omorganiseringen har hatt betydning for gjennomføring og oppfølgingen av noen av tiltakene i prosjektet "Rett person på rett plass". Utfordringen har blant annet vært å finne tid og plass til prosjektet i en fase med flytting, ny ansettelse, nye brukere og nye lokaler.

Iverksatte tiltak i Distrikt sør

Sykepleier i ekspertrolle

Mange av sykepleierne i distriktet hadde etterlyst mer faglig støtte. Det ble derfor opprettet en ny sykepleiestilling, hvor sykepleieren var tiltenkt en "ekspertrolle". Stillingen skulle fungere som en bestillertjeneste tilgjengelig for hele distrikt sør og ble knyttet til en enhet ved Austrått bo- og aktivitetssenter. For å gjøre stillingen attraktiv ble den gitt noe høyere lønn (ett lønnstrinn). Arbeidstiden til sykepleieren i denne stillingen ble lagt til dagtid, men med en kveld fast hver uke. Sykepleierstillingen var ikke definert som en "ekspertstilling", men sykepleieren i denne stillingen skulle kunne fungere som en "ekspert" i pleien dersom det var behov. Videre skulle denne sykepleieren ha fokus på undervisning, opplæring og veiledning av personalet, for på den måten å gjøre dem tryggere og bedre rustet til å stå i utfordrende situasjoner alene. Stillingen fungerte også som en vikarpool ved at sykepleieren gikk vakter ved sykdom på senteret.

I følge informantene ble det brukt mye tid på rollen til "ekspert sykepleieren" i ledergruppa. Sykepleieren jobbet også rundt i hele distriktet for å bli kjent og for å gjøre seg synlig for personalet. Problemet ble likevel etter hvert at denne ressurspersonen ikke ble brukt. Ifølge flere av informantene forsvant rett og slett behovet. En forklaring på dette mener flere av informantene var at det var god sykepleiedekning i distriktet i perioden stillingen var aktiv. En annen tilbakemelding som ble gitt var at sykepleierne selv ønsket å utføre de utfordrende arbeidsoppgavene de stod overfor. I ettertid beskriver informantene at sykepleieren i denne stillingen nok ikke ble gitt konkrete nok

oppgaver. Noe som igjen medførte at ”ekspert” sykepleieren opplevde å forsvinne i mengden. De som hadde skissert behovet stilte også spørsmål ved det som ble gjort, og enkelte uttrykte missnøye ved at man hadde råd til å la en sykepleier gå på tvers.

Man har også hatt positive erfaringer med å ha en sykepleier i en slik stilling. Sykepleieren som gikk på tvers i hele distriktet fikk god oversikt og så tydelig hvor ”skoen” trykket. Denne sykepleieren kunne og stille spørsmål med etablert praksis.

Stillingen er nå ikke operativ og man har vært nødt til å benytte sykepleieren i denne stillingen der det har vært behov. Dette har medført at stillingen i perioder har vært knyttet til enkelte avdelinger. Flere av informantene mener at man kan få mye ut av en slik stilling med bakgrunn i de erfaringer som er gjort. Det er disse erfaringene distriktet vest har tatt med seg når de har etablert sin ”faglige veileder” stilling.

Servicemedarbeidermodellen

En assistent jobber i 1/1 stilling ved sykehjemsavdelingen ved Austrått bo- og aktivitets senter og brukes etter et lignende prinsipp som ved Åseheimen. Denne stillingen er en kombistilling og innbefatter både kjøkkenoppgaver og renhold. I tillegg inngår assistenten i avdelingens turnus og arbeider hver tredje helg. Konkret består assistentens arbeidsoppgaver av renhold, frokosttilberedning, bestilling av varer og utfylling av kostlister, tøy tur/retur vaskeri, sengeredning samt stell av brukerne i helger.

I følge flere av informantene er assistentens tilberedelse og tilstedeværelse ved måltidene viktig. Det bidrar til å skape trygghet for beboerne. Samtidig medfører dette at resten av pleiepersonalet får en mulighet til å ivareta andre pleieoppgaver. En av informantene sier at assistenten fyller ”små hull” i avdelingen, og frigir tid for pleiepersonalet til å ivareta pleieoppgaver.

Servicemedarbeideren selv formidlet at det er kjekt å gå i en slik stilling. Informanten føler seg viktig, har fått en tilhørighet til avdelingen og personalet og er blitt godt kjent med beboerne.

En tilsvarende assistentstilling, men da en halv stilling i bokollektivet har vært planlagt, men er blitt saldert bort på grunn av at det var behov for ressursene tiltenkt denne stillingen andre steder i distriktet. Generelt påpeker informantene at det er lite ressurser til å ivareta rengjøring på hele Austrått bo- og aktivitets senter. Det er skåret ned på fagpersoner slik at noen rengjøringsoppgaver faller på pleiepersonalet.

Tverrfaglig samarbeid med ergo og fysioterapeut

Dette tverrfaglige samarbeidet ble satt i system januar 2000, samtidig med åpningen av Austrått bo- og aktivitets senter og omfattet i første omgang sonene i hjemmetjenesten.

Det er etablert faste samarbeidsmøter med fysioterapeut og ergoterapeut hver sjettede uke på sonegruppemøtene. Videre er det blitt rutine at soneleder gjør en henvendelse til ergoterapeut/fysioterapeut slik at de sammen kan gjøre et førstegangsbesøk hos bruker

som søker om tjenester fra åpen omsorg. Dette er viktig for bedre å kunne kartlegge brukernes behov for hjelp.

Ifølge informantene er tilbakemeldingene på dette tiltaket gode. Det tverrfaglige samarbeidet er blitt tettere, og det er blitt mer nærhet i tverrfaglige oppgaveløsinger som angår brukerne. Det tverrfaglige samarbeidet har videre tydeliggjort at fokus må være på å legge tilrette for at brukerne skal bli selvhjulpne i størst mulig grad i egen bolig. Noe som igjen er i tråd med "rett person på rett plass".

Frikjøp av tid.

Gjennom spørreskjemaundersøkelsen kom det fram at mange sykepleiere opplevde at det var lite tid til faglig utvikling i arbeidet. Alle oppgaver som daglig skulle utføres kom først. Ved utarbeidelse av nye turnuser i hele distrikt sør ble det tatt hensyn til dette behovet og det ble innarbeidet 2 timer hver 6 uke til oppdatering/fagligutvikling for alt pleiepersonell.

Leder for de ulike enheten eller sykepleier 1 fikk hovedansvar for innholdet i den faglige utviklingstiden. Fagkonsulentene skulle fungere som støttespiller ved behov. For at personalet skulle kunne gjennomføre og bruke den faglige utviklingstiden ble det lagt opp til at en gruppe personell fra en annen enhet aktivt skulle gå inn og gi hjelp til brukerne på den enhet hvor personalet hadde faglig utviklingstid.

Alle avdelinger og enheter har frikjøpt tid i turnusen til fagligutvikling. Men når det gjelder innholdet i fagutviklingstiden har disse møtene i stor grad blitt benyttet til sosialt samvær, personalmøter og til å gi informasjon. Med et nytt senter har det vært stort behov for slike aktiviteter. I hjemmetjenesten bruker man disse timene til cardex møte. Det har videre vist seg å være vanskelig å frikjøpe tid på tvers, dvs. hjelpe hverandre på tvers av avdelinger.

Jobbrotasjon

Intensjonen med dette tiltaket har vært å legge til rette for at de ansatte skulle få kjennskap til arbeidsoppgaver og brukere i andre enheter i distriktet for på den måten å gjøre faggruppene tryggere i sin yrkesutøvelse. Dette skal også bidra til å få den enkelte til å "tørre" å arbeide mer fleksibelt i distriktet. Flere ansatte hadde i kartleggingen skissert et ønske om å bytte arbeidsplass innen distriktet. Med dette som utgangspunkt ble det gitt mulighet for jobbrotasjon mellom enheter i distriktet for alle faggrupper. Forutsetningen var at den ansatte selv tok initiativ til dette i forhold til sin leder. Linjeleder hadde ansvar for å gå videre med slike ønsker til ledelsen i distriktet.

Muligheten for jobbrotasjon har vært lite brukt i distriktet. De ansatte har ikke selv ytret ønsker om dette. Man har heller opplevd det motsatte, at de ansatte holder på stillingene sine. En forklaring kan i følge informantene være at jobbsituasjonen for personalet i hjemmetjenesten er noe mindre forutsigbar enn den er f. eks. ved en sykehjemsavdelingen. Det kan tenkes at dette kan skape en begrensning i

personalgruppens ønsker om å være fleksible. Det har likevel vært diskutert en ordning med fast jobbotasjon innebygget i turnusen mellom avdelingene/enhetene ved senteret.

Erfaringer i Distrikt sør

I distrikt sør har de tatt noen viktig steg gjennom prosjektet for å få ”rett person på rett plass”. Servicemedarbeideren er ifølge flere av informantene en stilling og person som bidrar til riktig bruk av fagkompetanse samtidig som den kommer brukerne til gode. Servicemedarbeideren bidrar til at de ansatte får frigjort tid til å ivareta pleieoppgaver. Samtidig skaper servicemedarbeiderens tilstedeværelse under måltidene trygghet for brukerne.

Det tverrfaglige samarbeidet med ergo/fysioterapitjenesten er i følge informanten blitt et veletablert samarbeid som bidrar til at brukeren får et samordnet tilbud og blir selvhjulpne i egen bolig i den grad dette er mulig. Dette er også et eksempel på riktig utnyttelse av fagkompetanse som kommer brukerne direkte til gode.

Når det gjelder sykepleieren i en ”ekspertrolle” ble den sykepleieren lite brukt og har dermed ikke bidratt til en bedre utnyttelse av sykepleieressursen. I følge informanten ble sykepleieren i denne stillingen etter hvert usynlig. Dette kan nok tilskrives at det var et behov for et mer konkret faglig innhold i stillingen i og med at denne sykepleieren skulle gå på tvers i distriktet. I tillegg har nok den gode bemanningssituasjonen påvirket behovet.

Når det gjelder utnyttelsen av den faglige utviklingstiden har denne ikke vært helt i samsvar med intensjonen. I følge informantene har denne tiden blitt benyttet til personalmøter, generell informasjon og sosialt samvær. Unntaket er hjemmetjenesten hvor disse timene er benyttet til cardexmøter og på den måten er gitt et faglig innhold. I følge informantene har det blitt slik som følge av omorganiseringene i distriktet og at ledelsen ved de ulike enhetene i distriktet har valgt å prioritere dette.

Utfordringer/veien videre i Distrikt sør

I distrikt sør har de tatt noen steg i prosjektet for å få ”rett person på rett plass”, men en flere av tiltakene er ikke fullført eller skikkelig innarbeidet. Det er et ønske om å ta opp igjen ”ekspertrolle”, men stillingen må da ha tydeligere føringer og sykepleieren må ha et tydelig fokus på faglig veiledning av personale.

Når det gjelder tid til fagutvikling er den innarbeidet på alle turnusene i distriktet, men disse timene har ikke hatt det faglige innholdet som var de tiltenkt. En av informantene understreker at en utfordring blir å bevisstgjøre hele personalgruppe på at de har behov og må prioritere faglig oppdatering når det gis rom for det.

En videre utfordring i distrikt sør ser ut til å knyttes til å øke personalets fleksibilitet i forhold til det å gå på tvers mellom enheter i distriktet. De ansatte hadde formidlet ved prosjektstart at de hadde et behov for jobbotasjon internt i distriktet. I prosjektperioden har de ansatte derimot ikke ytret ønsker om dette, de har heller ønsket å være der de er.

Det viktig her ser ut til å være at personalet får kjennskap til hverandres kompetanse og arbeidsoppgaver. Samtidig påpeker en av informantene at det kan gjerne se ut som at ”mild tvang” er nødvendig for å få til endringer og øke personalet fleksibilitet på dette området .

3.5 Distrikt Øst

Bakgrunn for iverksatte tiltak i Distrikt øst

I følge de av informantene som har flere års erfaring fra distriktet, var situasjonen preget av en vanskelig rekrutteringssituasjon, særlig i forhold til rekruttering av sykepleiere. Dette førte til at det stadig var mangel på sykepleiere, særlig kveld, helg og natt, noe som førte til frustrasjoner både hos de sykepleierne som var på vakt, men også blant det øvrige personalet siden de fikk mye ekstraarbeid og mer ansvar.

Blant sykepleierne var det også noe frustrasjon knyttet til uklare forventninger til sykepleierollen og en praksis blant personalet preget av en ”ta unna-kultur” der det viktigste var å få unna oppgavene uten å reflektere så mye over ”hvem som gjorde hva”. Særlig i hjemmesykepleien var mange av sykepleierne frustrert over at de måtte gjøre alle slags oppgaver ved hjemmebesøk. Mangelen på sykepleiere førte også til at de som var på jobb fikk et ekstra stort ansvar.

Det rådet generelt en sterk ”rettferdighets-tenkning” blant personalet i distriktet. Uansett faglig bakgrunn var den mest akutte utfordringen til en hver tid å løse oppgavene etter hvert som de oppstod. Flere av informantene peker på at det lå et sterkt helhetsperspektiv til grunn for denne arbeidsformen. Du skulle ikke vri deg unna fordi oppgaven ikke 100 prosent passet din faglige bakgrunn og kompetanse.

De fleste av informantene har på en eller annen måte vært delaktige i prosjektet. Mange av sykepleierne var med på å fylle ut spørreskjema og deltok også på den felles idedugnaden. De fleste mener at det ble lagt opp til bred involvering, både fra ledere og ansatte, fra sykepleierne, men også enkelte andre personell-grupper, og fra de tillitsvalgte side. Mange har deltatt i arbeidsgrupper som har jobbet med tiltakene, og prosjektet har ofte, særlig den første tiden, vært diskutert på personalmøter. Ledergruppa har blant annet vært en arena for å koordinere tiltak, sikre framdrift og sørge for oppfølging av tiltakene.

Iverksatte tiltak i Distrikt øst

Sykepleierturnus.

Et av tiltakene distriktet har jobbet med er utarbeidelse av en egen sykepleierturnus eller bemanningsplan. Denne skal vise hvor mange som er på arbeid dag, kveld og natt med navns nevne. Hensikten har vært å få oversikt over hvor sykepleierne er - og på det grunnlag legge opp til en turnus som sikrer en jevnest mulig fordeling av sykepleierressursene. Det skal også gjøre det lettere for sykepleiere på jobb å kontakte andre for å

få råd, veiledning og hjelp. På den måten vil en i større grad sikre at det er sykepleiekompetanse tilgjengelig på ulike vakter, noe som er viktig i forhold til brukerne. Turnusen er tilgjengelig på data for alle ansatte i distriktet og den gir en oversikt over alle sykepleierne på dag, kveld og natt og må fortløpende justeres. Ved å synliggjøre sykepleierturnusen for alle ansatte ønsker man å bidra til å øke de ansattes fleksibilitet.

Når det gjelder dette tiltaket er man ikke i mål. Det jobbes fortsatt med ambisjonen om å få til en jevnere fordeling av sykepleieressursene. I praksis kan turnusen fortsatt være tøff. Vakanser må ofte dekkes ad hoc, og noen uker er det mange sykepleiere på vakt andre uker kan det være svært få. Særlig kveld, natt og helg er sårbare når det gjelder tilgang på sykepleiere. Minst betydning synes turnusgjennomgangen å ha hatt for hjemmetjenesten. Enkelte av informantene peker på at turnusene som finnes på de ulike avdelingene ikke alltid er à jour ført. Noen peker også på at det har vært en viss motstand mot å gjøre endringer i turnusen. Enkelte vil ikke endre turnusen fordi det gir mer ubekvem arbeidstid. Andre igjen ønsker ikke mer ansvar. Og noen vil helst at vakter, og eventuell bytting av vakter, er noe som ordnes opp av den enkelte. Det siste ønsket er forsøkt ivaretatt gjennom å gi bedre rom for ønsketurnus. Den enkelte sykepleier kan bytte vakter med andre sykepleiere forutsatt godkjenning av avdelingsleder. Denne muligheten kan sikre økt fleksibilitet og bedre samsvar mellom faktisk turnus og den enkeltes ønsker.

Flere tiltak er under utvikling. Blant annet jobber senteret på Riska med å utvikle en felles sykepleierturnus for sykehjemmet og bokollektivet. Et av incentivene for å få til dette har vært å tilby sykepleiere som jobber dag og kveld å arbeide hver fjerde helg. Dette arbeidet forutsetter en omarbeiding av turnusen på hele senteret. Noen av informantene har påpekt at dette tiltaket kan bidra til å gjøre sykepleierne noe "eksklusive" i forhold til de andre faggruppene som ikke får turnusen tilrettelagt på denne måten.

Flere av informantene fremholder at turnusgjennomgangen har virket bevisstgjørende. Man har sett en tendens til økende fleksibilitet i bruken av personellressursene, blant annet mellom hjemmetjenesten og sykehjemsavdelingene. Enkelte ganger benyttes sykepleiere fra hjemmesykepleien inne når det er behov for det og det er mulig ut fra behovet ute. Men flere peker på at fleksibiliteten er noe mindre den andre veien.

Sykepleierteam på kveld

Tiltaket har bestått i å opprette et eget sykepleierteam på kveld på Rovikheimen. Minimum to sykepleiere skal være på arbeid om kvelden. Begge sykepleierne er samlet på den samme avdelingen, men skal være tilgjengelige også på de andre avdelingene. En av dem er "ansvarlig" sykepleier og har dermed et hovedansvar for de tre avdelingene. Siktemålet med tiltaket har vært å få til en jevnere fordeling av sykepleieressursene, samt å gi større forutsigbarhet for de som er på vakt. På den måten kan frustrasjoner unngås som følge av at sykepleierne må ta ansvar for andre avdelinger uten at de er forberedt på forhånd. Tiltaket krever en nærmere spesifisering av hvilke sykepleieroppgaver som skal gjøres slik at disse kan planlegges.

Erfaringene viser at sykepleierne som jobber i team opplever større faglig trygghet ved å være minst to. Enkelte av informantene peker også på at det oppnås et bedre samsvar mellom behovene i de enkelte avdelingene og de tilgjengelige sykepleierressursene. En oppnår også en øvelse i fleksibilitet og får synliggjort behovet for koordinering.

Problemet knytter seg til at det ikke alltid er nok sykepleiere på kvelden. Da kan det bli vanskelig å oppfylle minstekravet til antall sykepleiere. Det økte fokuset på fleksibilitet kan også oppleves som belastende for enkelte. En må ha oversikt over flere avdelinger enn den en selv tilhører. Det kan også være et problem for den avdeling som eventuelt ikke har umiddelbar tilgang på sykepleier. Når en eller to sykepleiere er på vakt på kveld, betyr det at en av disse må gå på tvers for å ivareta sykepleiefaglige oppgaver. Dette kan innebære mer belastning på det personalet som er igjen når denne sykepleieren forsvinner, hvis det da ikke er leid inn ekstra bemanning. Når det ikke er sykepleier i avdelingen har det vært et ønske blant andre faggrupper om å synliggjøre bedre hvem som da har ansvaret. Flere av informantene mener at man ikke er i mål på dette området.

Flere av informantene mener at en sykepleier 1 skulle hatt ansvaret. På kveld kunne denne sykepleieren jobbet på tvers ved behov. Sykepleier 1 kunne da hatt myndighet til å fordele ressursene på kvelden. Hittil har en lagt størst vekt på å utvikle sykepleier 1 funksjonene på dagtid. En videreutvikling ville være å gå nærmere inn på hvilken rolle og oppgaver disse bør ivareta på kveld. En tanke har vært å oppnevne en faglig koordinator på kvelden, som har myndighet til å samordne ressursene.

Hospitering/arbeidsrotasjon

Hospitering har vært gjennomført for ansatte i sone A og B i hjemmesykepleien. Hensikten med dette tiltaket har vært å utvikle et system som gir de ansatte mulighet til å tilegne seg erfaringer fra ulike arbeidsfelt. På den måten kan de ansatte oppøve erfaring på ulike felt noe som kan gi større trygghet, særlig i tilfeller hvor det er behov for å bruke personalressursene fleksibelt. Det ble hengt opp lister der de som ønsket å hospitere kunne skrive seg på. Videre ble ønsket om hospitering tatt opp i medarbeider-samtaler. Når det gjaldt formidling av avtaler har dette vært et ansvar for avdelingsleder. Varigheten på hospiteringen har vært fra en til to dager.

Mange av informantene er opptatt av at hospitering er en fin mulighet for de ansatte til å få nye impulser. Det kan gi økt motivasjon og større trygghet i jobbutførelsen. Men et tiltak som hospitering må settes i system for at det skal fungere bra og ha nytteverdi for den enkelte og sonen. Det er nødvendig å sette av nok tid til selve hospiteringen. Flere av informantene understreker at en dag er for lite. Problemet er også finne et passende tidspunkt. Hospitering bør i den grad det er mulig legges til dager med ekstra bemanning. Det bør også gjøres prioriteringer i forhold til hvem som skal få anledning til å hospitere, samt legges føringer i forhold til satsingsområder. Dette er spesielt viktig da tilbakemeldinger fra poster ved sykehuset har vært at man primært ønsker sykepleiere som hospitanter, og at hospiteringen bør skje over flere dager.

Vikarpool

Et av tiltakene har vært å etablere en vikarpool. Hensikten har vært å øke andelen sykepleiere, samt gjøre det enklere å bruke disse ressursene fleksibelt. Vikarpoolen utgjør i dag 4 ½ årsverk. Av dette er 2 sykepleiestillinger, hvor en er knyttet til Riska og en til Rovik. Vikarpoolen kan brukes mot alle avdelinger og omfatte alle yrkesgrupper. Det hender at sykepleieren i vikarpoolen på dagtid blir på topp - eksempelvis kan en sykepleier i vikarpool gå inn for en hjelpepleier.

Det skal være mulig å gå vakter i vikarpoolen slik at en kan bygge ut en i utgangspunktet liten stillingsstørrelse. Dette gir den enkelte sykepleier større mulighet for å bestemme omfanget på stillingen, samt den arbeidstid som ønskes i vikarpoolen. En fordel med vikarpoolen er at sykepleierne som arbeider der får god oversikt over distriktet, noe som kan gjøre det lettere å utføre oppgaver hos brukere de i utgangspunktet ikke kjenner. På den måten kan ansatte oppøves i fleksibilitet.

Vikarpoolen inneholder imidlertid såpass få årsverk at den ikke alltid kan dekke behovet for personell. Det kan derfor være nødvendig å ringe rundt som før. Noen av informantene påpeker at det er begrenset fleksibilitet i vikarpoolen. Den brukes helst ved planlagt fravær. Det kan også være vanskelig å få vikarvaktene til å passe inn i den turnus/stilling de ansatte i vikarpoolen har. Nå har imidlertid behovet for vikarer endret seg, blant annet i hjemmesykepleien ved Rovik-heimen. Der er sykepleierstillingene for tiden besatt og det er kø for å ta vikarjobber og vakter. Ved Riska er situasjonen en noe annen. Der oppleves det som vanskelig å få besatt vikariater. Dersom andre faggrupper ansettes i sykepleiestillinger gir dette økt belastning på sykepleierne.

Vikarpoolen vil sannsynligvis bli opprettholdt, men kan bli redusert i omfang på grunn av økonomisituasjonen. Det kan tenkes at eventuelle ledige stillinger i vikarpoolen blir stående vakant og i stedet bli benyttet til å bygge ut eksisterende sykepleiestillinger.

Turnus hver 4 helg for nattpatruljen

Tiltaket retter seg mot ansatte i nattpatruljen. Mens turnusen før var hver tredje helg, har en nå gått over til turnus hver fjerde helg. En prøvde først flere utlysninger og tilbud om høyere lønn uten at det ga resultat. Det førte til slitasje på den faste personalgruppen ved at de stadig måtte gå ekstravakter. Siktemålet med tiltaket har vært å bedre rekrutteringen og etterkomme de ansattes ønsker. Tanken er at det er lettere å få de ansatte til å gå natt om deres ønsker blir hørt og tatt hensyn til.

Flere av informantene mener at tiltaket er positivt, det har blitt lettere å rekruttere sykepleiere og gitt en bedre tilgang på sykepleiefaglig kompetanse på natt. Fortsatt kan det imidlertid være problemer med å få ansatte til å ta disse vaktene, men situasjonen har bedret seg i følge flere av informantene.

Kompetansebank

Tiltaket har gått ut på å kartlegge de ansattes formål- og realkompetanse. Dette kan på den ene siden gjøre det lettere å identifisere behov for opplæring. På den annen side kan banken gjøre det lettere å finne fram til den som besitter den rette kompetansen i ulike situasjoner. Det kan gi trygghet med tanke på at kompetansen er tilgjengelig, samtidig som tiltaket gir en mulighet til å knytte avdelingene tettere sammen ved at ressurspersoner brukes på tvers. I utgangspunktet ble det lagt opp til at førstelinjeleder registrerte aktuelle personer i sin avdeling eller sone, mens fagkonsulenten har hatt ansvaret for å etablere og oppdatere kompetansebanken.

Gjennom kompetansebanken har en fått synliggjort hvem som er spesialist på demens, parkinson, afasi, smitte, colestomi, apoplexia, diabetes mv. Denne oversikten over de ansattes kompetanse skal utnyttes ved undervisning og veiledning. Samtidig blir det lettere for personalet å orientere seg når de vet hva folk kan.

Flere av informantene er opptatt av at tiltaket er positivt, det er godt begrunnet og burde klart øke mulighetene for å få rett person på rett plass. Det er imidlertid vanskelig å holde full oversikt over hva folk kan og har tatt av kurs. Det er derfor viktig å oppdatere kompetansebanken ofte om den skal være aktuell og ha relevans. En av informantene kunne ønsket at noen timer hver uke kunne settes av til fast veiledning av kolleger i forhold til den kompetansen hun besitter. Slik kunne veiledningen kommet inn i et fast mønster.

Når gjelder bruken av kompetansebanken er det fortsatt et stykke igjen. Tilbakemeldinger kan tyde på at ordningen er for byråkratisk. Flere fremholder at de vet hva den enkelte kan. Blant annet blir Riska beskrevet som oversiktlig, man vet hvem som har gjennomført internundervisning. Fokuset har også i stor grad vært rettet mot den sykepleiefaglige kompetansen og lite mot andre faggruppers kompetanse.

Tverrfaglig samarbeid

Tiltaket gikk i utgangspunktet ut på å etablere tverrfaglig samarbeid mellom fysio- og ergoterapi, psykiatri, sosialkontor, leger og dagavdeling. I sone B har man prøvd ut det tverrfaglige samarbeidet først og fremst i forhold til fysio- og ergoterapi og seksjon psykiatri. Før dette tiltaket hadde en etablert samarbeid med fysio- og ergoterapi på sykehjem. Tanken var å utvide dette samarbeidet til også å omfatte hjemmetjenesten.

Alt avhengig av behovet har tiltaket i praksis gått ut på å få med fysio- og ergoterapeut med på førstegangsbesøk der en forventer stort hjelpebehov. En har altså ikke lagt opp til et fast, formelt samarbeid, men basert dette på en behovsvurdering. I følge en av informantene er det spesielt i forhold til tyngre pasienter en har nytte av dette tiltaket. Alle sonelederne i distrikt øst har nå jevnlig møter med seksjon psykiatri. På disse møtene tar man opp nye pasienter særlig med tanke på førstegangsbesøk, og man drøfter erfaringer og reaksjoner i forhold til felles pasienter. Også det generelle samarbeidet drøftes på disse møtene. Stort sett er det primærkontakt og soneleder som sammen tar opp problemstillinger når det er behov for det. Det er også faste møter med ergo- og fysioterapeut. Informantene opplever at dette samarbeidet bidrar til å gi en

bedre tverrfaglig vurdering av pasientenes behov og man får etablert et mer treffsikkert tilbud. Tiltaket kommer dermed pasientene til gode på den måten at de får et best mulig tilpasset tilbud. De ansatte får for sin del bedre forståelse for ulike sider ved pasientens behov. Dette blir mer og mer viktig siden stadig flere og tyngre brukere får hjemmehjelp. Det aktualiserer særlig behovet for slike ansvarsteam. Flere av informantene understreker at dette er et meget godt tiltak og nevner det som et tiltak som bør framheves.

Sykepleiefunksjonene

I forbindelse med spørreskjemaundersøkelsen kom det fram at sykepleierne til en viss grad følte de måtte gjøre like mye praktisk arbeid som øvrig personell i tillegg til at de skulle ivareta de seks sykepleiefunksjonene. Oppslaget eller plakaten med de seks sykepleiefunksjonene skulle bidra til å bevisstgjøre, legitimere og synliggjøre sykepleiernes viktigste funksjoner. På den måten skulle tiltaket, som et informativt tiltak, være med på å bevisstgjøre både sykepleierne, men også andre personellgrupper i forhold til hva som er sykepleiernes viktigste oppgaver.

Mange av informantene mener at dette tiltaket nettopp har virket bevisstgjørende. I følge noen av informantene var dette mer uklart før, særlig når sykepleierne fikk avstand til sykepleiestudiet. Flere av sykepleierne mener de er blitt mer bevisst på sin yrkesrolle og sykepleierens fagområde. Men de opplever ikke at dette har gitt seg utslag i forsterket ”mitt bord tenkning”. Flere av informanter understreker at man som sykepleier må være fleksibel for å få arbeidsdagen til å gå rundt. Med god rekruttering går det i praksis an å ta sykepleiefunksjonene mer til følge. Men dette er nok fortsatt vanskeligst på kveld og helg når det er få sykepleiere på vakt. Særlig da er det viktig at sykepleierne tar ansvaret de har overfor brukerne og medarbeiderne. På den måten kan en unngå tilfældigheter og at folk uten den rette kompetansen løser problemer de ikke kan noe om. Samtidig er det viktig å være bevisst medarbeideres kompetanse når arbeidsoppgaver fordeles. En sterkere bevisstgjøring av hvem som skal gjøre hva av de ulike faggruppene vil også komme brukerne til gode. Prosjektet har medvirket til å sette ord på disse tingene fremholder flere av informantene.

Erfaringer på tvers i Distrikt øst

Både i oppstarten og underveis i prosjektet har det i distriktet vært lagt opp til relativt bred deltaking fra de ansatte og tillitsvalgte. Arbeidsgrupper har vært i sving for å utrede det enkelte tiltak, og har prosjektet vært gjenstand for diskusjon på møter i ledergruppa og personalmøter ved en rekke anledninger. Også samarbeidsutvalget har vært opptatt av prosjektet som et ledd i pågående endrings- og forbedringsarbeid i distriktet.

Engasjementet har i stor grad vært avledet av frustrasjoner knyttet til en vanskelig rekrutteringssituasjon og en noe uklar sykepleierrolle. Særlig i hjemmesykepleien var mange av sykepleierne frustrert over at de måtte gjøre alle slags oppgaver ved

hjemmebesøk. Mangel på sykepleiere førte til at de som var på jobb fikk svært mye å gjøre. Fokus ble derfor på sykepleierollen og en videreutvikling av denne.

Generelt har utviklingsarbeidet vært beheftet med lite konflikt. Det har imidlertid vært litt frustrasjon hos de andre personalgruppene siden det bredte seg en oppfatning om at nå skulle sykepleierne få det bedre, mens de andre gruppene skulle ha det som før eller bli (enda) mer underordnet sykepleierne og deres behov. Både i arbeidsgrupper og på personalmøtene har en derfor søkt å involvere både assistenter, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i diskusjonen om fordelingen av arbeidsoppgavene.

Flere av informantene mener at de er blitt flinkere til å hjelpe hverandre, særlig mellom avdelingene, men også til dels i forholdet mellom avdelingene og hjemmetjenesten. En større fleksibilitet opplever de som et godt bidrag til å få rett person på rett plass. I mange situasjoner kan slik fleksibilitet likevel være vanskelig å få til. Enten fordi det mangler folk på vakt, eller fordi folk har mer enn nok å gjøre der de er.

Holdningene i forhold til at sykepleierne primært skal utføre sykepleiefaglige oppgaver er så smått begynt å endre seg. Det er nokså bred forståelse for at det kreves en viss arbeidsdeling om en skal oppnå god utnyttelse av de ulike fag- og personalgruppens kompetanse. En bedring av rekrutteringssituasjonen de fleste stedene i distriktet har for sin del lagt bedre til rette for å få til en reell arbeidsdeling. Flere sykepleiere på jobb gjør det lettere å skape et godt faglig miljø, det blir flere å dele erfaringer med og mulighetene for å spesialisere seg bedres.

Men vilkårene for å endre på arbeidsdeling og ansvar har nok vært bedre på sykehjem og bokollektiv siden de lettere kan se ressurser i sammenheng. Samlokalisering av hjemmetjenesten til de samme sentraene har vært en fordel for helhetstenkingen, men stadige besøk ute gjør det vanskeligere å endre på arbeidsfordelingen mellom yrkesgruppene i hjemmetjenesten enn det er mellom gruppene som er stasjonert inne.

Det er også noe motstand blant enkelte sykepleiere når det gjelder å endre på arbeidsoppgavene. Mange synes det er greit med variasjon, slik som å brette klær og gjøre praktisk forefallende arbeid. Det er også en kultur for å bli godt kjent med beboerne. Det kan føre til bindinger som setter grenser for en fleksibel bruk av ulike fag- og personalgruppers kompetanse på tvers av avdelinger og tjenestested.

Flere av informantene peker på at sykepleieteam er bedre både for personalet og brukerne. Det gir økt faglig trygghet for de ansatte og større mulighet for å rådføre seg med en kollega. Når det gjelder vikarpoolen er den et bidrag til å få bedre styring og mer fleksibel bruk av ressursene. Oppslag om sykepleiefunksjonene har skapt en bevisstgjøring om bruken av sykepleierressursene. Når det gjelder turnus med helgejobbing hver fjerde helg har dette virket rekrutteringsfremmende noe som i neste omgang kommer brukerne til gode.

Utfordringer/veien videre i Distrikt øst

Distrikt øst har som vi har sett over, arbeidet med en rekke tiltak i forbindelse med ”rett person på rett plass”. Noen av disse tiltakene er iverksatt, mens andre (fortsatt) er under utvikling. Informantene har vært inne på ulike utfordringer som gjør seg gjeldende.

Enkelte av informantene, særlig hjelpepleierne, er av den oppfatning at en burde gå lenger i retning av å delegere oppgaver fra sykepleierne til hjelpepleierne og andre personellgrupper. Ellers kan det bli skapt et kunstig behov for sykepleiere. Mer utstrakt delegasjon kan føre til at sykepleierne i større grad kan konsentrere seg om de sykepleiefaglige oppgavene.

Noen av informantene mener også at det trengs mer effektive verktøy for å få til en bedre koordinering av tilgjengelige faglige ressurser, kanskje særlig på kveldsskiftene. Flere peker på at det fortsatt gjenstår en del for å få til en god og fleksibel bruk av ressursene på tvers av avdelingene og mellom avdelinger og hjemmetjenesten. Foruten den interne koordineringen er det fortsatt en utfordring å få til en jevn fordeling av de sykepleiefaglige ressursene på enkelte vakter.

I likhet med de andre distriktene synes ikke tilbudet om hospitering og intern jobbrotasjon å bli brukt i noe stort omfang. Det kan skyldes mangel på tid, liten interesse for å prøve noe nytt blant de ansatte eller at tilbudet ikke er attraktivt nok. Uansett kan det føre til at de ansatte ikke oppøver en innsikt som senere kan gjøre det lettere å gå mellom ulike avdelinger og oppgaver på jobb, dvs bidra til økt fleksibilitet.

4 Resultater, overføringsverdi og videreutvikling

4.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi foreta en *oppsummering* av erfaringene fra de fire omsorgsdistriktene og vurdere erfaringene i lys av de målsettinger som ble satt for utviklingsarbeidet. Det er også nærliggende i trekke inn den statuskartlegging som ble foretatt i forkant av selve utviklingsarbeidet i form av spørreskjemaundersøkelse og intervjuer med sykepleiere og andre i de fire omsorgsdistriktene. Et hovedspørsmål i den sammenheng er nødvendigvis om en har klart å gjøre noe med de problemer som den gang ble avdekket og dermed har oppfylt noen av målene med prosjektet.

Dernest vil vi foreta en kortfattet vurdering av hvilken *overføringsverdi* utviklingsarbeidet og de ulike tiltakene har for andre kommuner. Representerer de noe nytt og innovativt, har tiltakene generell interesse eller er de (for) lokale i sin karakter, og treffer de problemer som flere kommuner sliter med?

Til sist i kapitlet går vi nærmere inn på mulige handlingsalternativer i forhold til en *videreutvikling* av prosjektet. Skal det utvikles videre, og i så fall på hvilken måte?

4.2 Utviklingsarbeidets tiltak og resultater

Det overordnede målet med utviklingsarbeidet har vært å utvikle modeller og tiltak for en personellutnyttelse som sikrer både faglig forsvarlige tjenester til brukerne og en effektiv utnyttelse av ressursene. I dette ligger det både et ønske om økt bevisstgjøring av kvaliteten på sykepleietjenestene og et ønske om å ivareta brukerbehov og behov hos fag- og personellgruppene - i denne sammenheng primært hos sykepleierne.

Både i forbindelse med turnusgjennomgangen i omsorgsavdelingen i 1998 og spørreskjemaundersøkelsen i 1999, ble det avdekket frustrasjoner blant sykepleierne over at de måtte utføre oppgaver som ikke krevde kompetansen deres, samtidig som det var deler av sykepleiefunksjonen de ikke fikk ivaretatt (jf sluttrapport Sandnes kommune 1999). Satt på spissen ble pasientrelaterte oppgaver tilsidesatt på grunn av praktiske gjøremål som matlaging, oppvask, tøyvask, vask av rom, handling og ringing etter ekstravakter. Arbeidskulturen bar også i mange tilfeller preg av likhetstenkning, rettferdighetstenkning og en kollektiv orientering blant de ansatte hvor det var begrenset rom for differensiering av arbeidsoppgaver ut fra de ansattes kompetanse og utdanning.

De forandringer sykepleierne ønsket seg var samarbeid mellom flere sykepleiere (bedre fagmiljø), bedre muligheter for faglig utvikling og spesialisering og mer tid til sykepleiernes undervisende og veiledende funksjon overfor andre yrkesgrupper.

Prosjektet ”rett person på rett plass” har vært et instrument for å få til en bedre utnyttelse av sykepleiefunksjonen – både gjennom holdningsendringer, nye måter å organisere arbeidet på og gjennom kompetanseutvikling hos sykepleierne og/eller andre fag- og personellgrupper.

Totalt har de fire distriktene jobbet med i overkant av 20 tiltak. Flest tiltak har distrikt øst arbeidet med, mens de tre andre distriktene har jobbet omtrent med det samme antall tiltak. Det som gjør det til en krevende oppgave å vurdere resultatene av arbeidet på tvers av distriktene, er at de til dels er forskjellige fra distrikt til distrikt. For seks av tiltakene er det slik at bare ett distrikt har arbeidet med dem. For eksempel har bare distrikt øst jobbet med sykepleieteam på kveld, i sør har en jobbet med frikjøp av tid til faglig utvikling i turnusen, mens i distrikt nord finner vi fire tiltak som bare dette distriktet har jobbet med. Disse har vært ”spisset” mot å gi sykepleierne mer tid til veiledning, samt å kunne bidra i akutte situasjoner. For de øvrige tiltakene har to eller flere av distriktene jobbet med samme type tiltak. Det gjelder arbeidsrotasjon, kompetansebank, sykepleieturnus, sykepleie-vikarpool, servicemedarbeidermodell, tverrfaglig samarbeid med fysio- og ergoterapeut (og psykiatri), sykepleier i ekspert/faglig veilederrolle og bevisstgjøring av personalet gjennom oppslag av de seks sykepleiefunksjonene. Når tiltakene varierer fra distrikt til distrikt er det også nærliggende å tro at resultatene varierer noe.

Tiltakene kan også grupperes på andre måter. Tar vi utgangspunkt i en inndeling av tiltakene i holdningsskapende tiltak, organisatoriske tiltak og kompetanseutviklende tiltak, så finner vi flest tiltak av organisatorisk karakter, dernest kompetanseutviklende tiltak og færrest tiltak finner vi i forhold til holdningspåvirkning. Ganske mange tiltak har dermed rettet seg mot å finne nye måter å organisere arbeidet på.

En annen måte å gruppere tiltakene på er å ta utgangspunkt i de forhold som sykepleierne ønsket en forandring på. Ett av disse var *færre praktiske gjøremål*. I alt synes fire tiltak å rette seg direkte mot dette hensynet (oppslag av de seks sykepleiefunksjonene, servicemedarbeidermodellen, frigjøre sykepleierne fra oppgaver andre kan gjøre, oppgavebeskrivelse for ansvarshavende sykepleier). Mindre tid til praktiske gjøremål kan bety mer tid til brukerne og til faglig utvikling/veiledning av andre. Et annet ønske om forandring var *samarbeid* mellom flere sykepleiere. To av tiltakene kan sies å rette seg mot dette hensynet: Egen sykepleieturnus har gått ut på å få til en jevnere fordeling av sykepleierressursene, særlig på kveld, natt og i helgene. Etablering av sykepleieteam kan også sies å høre hjemme her. Et tredje ønske har vært å få til mer *fleksibel bruk* av sykepleierressursene. Minst tre av tiltakene kan sies å rette seg mot dette ønsket (jobbrotasjon/hospitering, sykepleievikarpool, kompetansebank). Et fjerde ønske har vært *kompetanseutvikling* av sykepleierne og andre grupper. Tre av tiltakene synes direkte å rette seg mot sykepleierne (frikjøp av tid i turnusen til faglig utvikling, jobbrotasjon/hospitering og faglige avansementstillinger). Ett tiltak retter seg mot opplæring av andre grupper (delegering/opplæring av oppgaver til andre yrkesgrupper). Ellers er det tiltak som retter seg mot tverrfaglig samarbeid (ergo/fysio/psykiatri) og for å bedre rekrutteringen av sykepleiere (turnus hver fjerde helg for sykepleiere på natt).

Slik sett har de fire distriktene ”skutt på flere blinker samtidig”, samtidig som ”blinkene” har vært noe forskjellige i de fire distriktene. Tiltakene i det enkelte distrikt kan også være avgrenset til bestemte avdelinger eller soner. Men selv om tiltakene varierer, og effektene har ulik retning og styrke, er det ikke vanskelig å si at tiltakene i en eller annen forstand har å gjøre med ønsket om å få ”rett person på rett plass”. Først og fremst sier dette noe om prinsippets generelle karakter. Svært mye er relevant under en slik vid overbygning. Dette har ført til at informantene er blitt stilt på en krevende oppgave når vi har etterlyst effekter av utviklingsarbeidet.

Lytter vi til informantene er det enkelte resultater av arbeidet som kan oppsummeres på tvers av distriktene:

- *Større bevissthet om behovet for arbeidsdeling.* Mange av informantene mener den viktigste effekten av utviklingsarbeidet er at det nå er lov å snakke om hvilken kompetanse de ansatte har og at forskjellig kompetanse også betyr at de ansatte bør gjøre forskjellige ting. Det er en nokså bred forståelse for at det kreves en viss arbeidsdeling om en skal oppnå god utnyttelse av de ulike fag- og personalgruppens kompetanse. En bedring av rekrutteringssituasjonen de fleste stedene har lagt bedre til rette for å få til en reell arbeidsdeling. Flere sykepleiere på jobb gjør det lettere å skape et godt faglig miljø, det blir flere å dele erfaringer med og mulighetene for å spesialisere seg blir bedre. De fleste viser til servicemedarbeider-modellen som et konkret eksempel på en endret arbeidsfordeling mellom ulike personellgrupper som har bidratt til å frigjøre tid for sykepleierne. Denne tiden kan så brukes til mer tid sammen med brukerne, til faglig veiledning/undervisning av andre (ansatte/pårørende) eller til egen faglige utvikling. Ressursbruken blir mer effektiv når riktig kompetanse kan brukes på riktig sted. Kulturelt er det skapt et bedre klima for å differensiere mer mellom ulike typer kompetanser og oppgaver (rom for mer spesialisering og profesjonalisering). På den måten er sykepleierrollen blitt synliggjort. Det er blitt ”lov” til å bruke personalet forskjellig. Det er også eksempler på at sykepleierne tar et tydeligere ansvar for fordeling av arbeidsoppgavene. For brukerne kan dette bety at de får en mer gjennomført tjeneste som i mindre grad er preget av hastverk og tilfældigheter.
- *Større fleksibilitet.* Mange av informantene peker på økt fleksibilitet som en effekt av prosjektet ”rett person på rett plass”. De mener de har blitt flinkere til å hjelpe hverandre, særlig internt mellom sykehjemsavdelingene. Er det behov for en sykepleier på naboavdelingen, og situasjonen tilsier det, mener flere av informantene at det nå er blitt lettere å få til samarbeid. Det er også eksempler på økt fleksibilitet mellom sykehjemsavdelingene og hjemmetjenesten, særlig fra hjemmetjenestens side. En større fleksibilitet opplever informantene som et viktig bidrag til å få rett person på rett plass. Samtidig har opprettelse av bo- og aktivitetssentre med samlokaliserte tjenester, ført til større nærhet og bedre vilkår for fleksibel bruk av ressursene. Fokuset på fleksibilitet kan også tyde på at den økte bevisstheten om behovet for arbeidsdeling, ikke har tippet over i en kultur preget av ”mitt bord-tenkning” og ansvarsfraskrivelse. I mange situasjoner kan fleksibilitet

likevel være vanskelig å få til. Enten fordi det mangler folk på vakt, eller fordi folk har mer enn nok å gjøre der de er.

Disse resultatene gir holdepunkter for at det er tatt noen skritt i retning bedre utnyttelse av sykepleiefunksjonen. Det er skapt et bedre klima for arbeidsdeling ut fra de ansattes kompetanse. En har beveget seg noen skritt mot en sterkere oppgave- og arbeidsfordeling ut fra den kompetanse ulike fag- og personalgrupper besitter. Samtidig er mange av de ansatte fleksible i forhold til hvor de løser oppgavene. Behovet er i stor grad avgjørende. Det er viktig å understreke at prosjektet ”rett person på rett plass” ikke har ført til radikale endringer, det er mer snakk om en forsiktig kursdreining. For brukerne og sykepleierkretsens attraktivitet har neppe utviklingsarbeidet hatt noen avgjørende betydning. Økt bevissthet blant de ansatte om behovet for arbeidsdeling er imidlertid en viktig betingelse for å gå videre i den retningen som er staket ut.

En klarere grenseoppgang mellom sykepleierne og de øvrige yrkesgruppenes arbeidsoppgaver har imidlertid konsekvenser for forholdet mellom de sistnevnte gruppene. Flere av informantene er opptatt av at det har blitt mer uklare grenser mellom for eksempel servicemedarbeiderne og assistentene. Når de tidligere rengjørerne får flere oppgaver kan det føre til at rengjøring i større grad må ivaretas av andre grupper.

Når det gjelder effekter av utviklingsarbeidet på sykepleiernes kompetanse er bildet sammensatt. Få av tiltakene har rettet seg direkte mot dette formålet. Og tilbudet om arbeidsrotasjon og hospitering er ikke benyttet i noe stort omfang. Opprettelse av faglige avansementstillinger (sykepleier 1 stillinger) kan imidlertid ha bedret vilkårene for kompetanseheving – både for de som innehar slik stilling og for den avdeling eller sone stillingen inngår i. Den bedre rekrutteringen av sykepleiere mange steder i omsorgsavdelingen kan også ha ført til bedre muligheter for kompetanseheving ved at flere velger å spesialisere seg gjennom kurs og etterutdanning.

4.3 Hvorfor så langt, men ikke lenger?

Et vellykket utviklingsarbeid, og ikke minst iverksetting av gode ideer, er gjerne betinget av flere forhold. Ut fra de forhold vi trakk fram i innledningskapitlet synes følgende forhold å ha virket positivt inn på framdriften i utviklingsarbeidet:

- *Enighet om hva som var problemet.* Både spørreskjemaundersøkelsen og intervjuene viser at mange av sykepleiere hadde de samme problemene og frustrasjonene. Stort arbeidspress, en vanskelig rekrutteringssituasjon og mange praktiske gjøremål i hverdagen, er forhold mange har trukket fram. Slik sett tok prosjektet ”rett person på rett plass” tak i problemer som mange delte. Dette har trolig medvirket til å gi prosjektet legitimitet og framdrift, særlig i den første tiden av prosjektet. Det var aksept blant mange av de ansatte om at noe måtte gjøres.
- *Lokal forankring og involvering.* Et annet forhold som har virket positivt på eierskapet og framdriften i utviklingsarbeidet er den desentraliserte arbeidsformen. Arbeidsformen har gjort det mulig for distriktene å påvirke utvelgelsen av tiltakene og gi dem en lokal tilpasning. Arbeidsformen har

også gjort det mulig å sikre lokal involvering og medbestemmelse. Dette forholdet har vært positivt, men som vi skal se, har det også gjort det til en krevende oppgave å holde en overordnet og samlende hånd på utviklingsarbeidet.

- *Bedret rekrutteringssituasjon og samlokalisering av tjenestene.* Både rett forut og i løpet av utviklingsarbeidet har det skjedd endringer i rammevilkårene for prosjektet. På den ene siden er rekrutteringen av sykepleiere mange steder blitt langt bedre. Dette har trolig gjort det lettere å tenke arbeidsdeling ut fra de ansattes kompetanse. På den annen side har nok denne utviklingen tatt noe av ”trykket” bort fra prosjektet. Problemene er ikke lenger like akutte. Også etableringen av bo- og aktivitetssentra og en samlokalisering av omsorgstjenestene i det enkelte distrikt, kan sies å ha bedret vilkårene for prosjektet. Større nærhet har gjort det mulig å tenke samarbeid på tvers av avdelinger og tjenestesteder.

Enkelte andre forhold synes også å ha påvirket framdriften og resultatene av utviklingsarbeidet.

- *Sykepleiekulturen som barriere mot endring.* Er den grunnleggende kulturen preget av likhetstenkning, rettferdighetstenkning og en kollektiv orientering uavhengig av utdanning og kompetanse, kan det være vanskelig å få gjennomslag for et prosjekt som ”rett person på rett plass”. Som vi har sett synes prosjektet å ha påvirket slike trekk ved arbeidskulturen, men fortsatt synes det å være grenser for hvor langt mange av de ansatte er villige til å gå i retning mer utstrakt arbeidsdeling ut fra kompetanse. Er de ansatte opptatt av til en hver tid å være tilgjengelige for andre (brukere/ansatte) vil det være grenser for hvor langt det er mulig å få til klar og forutsigbar arbeidsdeling. Slik arbeidsdeling krever gjerne planlegging og en bevisst koordinering av ressursbruken. Sykepleierne kan også se klare fordeler i en kultur preget av at alle gjør alt. Det kan gi mangfold og varierte arbeidsoppgaver og det kan gi gode vilkår for å utvikle sosiale fellesskap eller praksisfellesskap hvor alle står likt og alle yter likt. Mer hierarki, sterkere arbeids- og oppgavefordeling mellom yrkesgruppene og mer vekt på fag og spesialisering, kan gå på tvers av de verdier som slike fellesskap er fundert på.
- *Sykepleiernes generalistutdanning.* Sykepleiekompetansen kan best beskrives som en svært sammensatt kompetanse. På mange måter er det snakk om en generalistkompetanse. Dette har gitt opphav til en ”vid” sykepleierrolle i den forstand at den spenner over mange ulike funksjoner og arbeidsoppgaver. Resultatet kan bli at arbeidsdagen stykkes opp der de ansatte tar unna arbeidsoppgavene etter hvert som de oppstår uten å reflektere så mye over hvilken kompetanse som trengs. Også dette forholdet synes å ha satt visse grenser for hvor langt det har vært mulig å tenke seg klarhet i arbeidsdeling og roller mellom sykepleierne og andre grupper.
- *Bedre tilrettelegging fra sentralt hold.* Et utviklingsarbeid krever både sentral styring og lokal handlefrihet for de som deltar om det skal være vellykket. Som vi har sett tidligere har utviklingsarbeidet vært preget av

ganske stor frihet for distriktene i forhold til utvelgelse, utvikling og iverksetting av tiltak. En slik framgangsmåte har avgjort fordelene for å sikre godt samsvar mellom tiltakene og de problemer det enkelte distrikt sliter med, slik vi har poengtert over. Men det er også stort behov for overordnet styring og koordinering av utviklingsarbeidet med tanke på å stake ut kursen, holde fast ved kursen, sikre framdrift, samt vurdere resultatoppnåelsen. Ikke minst er det viktig å sikre *erfaringsoverføring* på tvers av distriktene. Dukker det opp gode ideer nedenfra er det viktig at disse blir tatt hånd om og blir formidlet til andre distrikt, både ledere og ansatte, slik at en kan lære av hverandre. Ellers kan en stå i fare for at det gode tiltaket ikke kommer andre til gode enn det distriktet der det er utviklet og satt ut i livet. I følge enkelte av informantene kunne det vært lagt bedre tilrette for erfaringsoverføring og læring mellom distriktene - særlig da utviklingsarbeidet gled over i en iverksettingsfase (overgangen fra å være et prosjekt til iverksetting). Det er først da en får en kritisk test på om den gode ideen virkelig er en god ide, eller om den mister glansen og blekner i møtet med virkeligheten. Det kan også stilles et spørsmål ved om iverksettingen av tiltakene hadde vært mer effektiv om det fortsatt hadde vært en *prosjektkoordinator* sentralt som kunne gitt råd og hjelp til de tiltaksansvarlige i distriktene. Når gode ideer skal omsettes i en virkelighet preget av stort arbeidspress, små tidsmarginer, lite penger og for få folk, står en uavlatelig i fare for at utviklingsarbeidet blir skjøvet til side til fordel for de mer akutte arbeidsoppgavene. Da kan det være en fordel å ha noen som mer kontinuerlig holder arbeidet i tømmene.

Oppsummert er det ikke uvanlig at et utviklingsarbeid slik som det Sandnes kommune har gjennomført, er gjenstand for en rekke forskjellige drivkrefter som til slutt avgjør hvor langt en kommer. Endring skjer gjerne gjennom en gradvis omlegging av kursen. Slik sett har prosjektet "rett person på rett plass" spilt en viktig rolle, selv om en del av de involverte i prosjektet nok kunne tenkt seg at en hadde kommet enda lengre.

4.4 Utviklingsarbeidets overføringsverdi

Med støtte fra det tidligere Sosial- og helsedepartementet er det et viktig premiss at utviklingsarbeidet i Sandnes kommune kan tilby oppskrifter og løsninger som har relevans for andre enn de som har deltatt i prosjektet. Spørsmålet er om prosjektet "rett person på rett plass" tilbyr noe som andre kommuner kan lære av?

Prosjektets store fortrinn når det gjelder overføringsverdi er at det serverer en bred meny av modeller og tiltak som andre kommuner kan velge blant – alt avhengig av hvilke problem og ønsker en har for eget utviklings- og forbedringsarbeid. Det gir andre kommuner en mulighet til å velge de tiltak som virker mest interessante og relevante ut fra egen situasjon og virkelighet.

For å bedømme overføringsverdien er det nødvendig å ta utgangspunkt i noen kriterier. Ett slikt kriterium er at prosjektet har tatt tak i et problem som også har relevans for andre. Her må svaret bli et ubetinget ja, mange kommuner har på dagsorden en best

mulig utnyttelse av sykepleiefunksjonen. Mange sliter med å finne gode modeller og tiltak som kan sikre en bedre kopling mellom ansattes kompetanse og arbeidsinnholdet.

Et annet kriterium er i hvilken grad prosjektet har vært *innovativt* og frembrakt løsninger som ikke tidligere har vært utprøvd. Med andre ord: Har prosjektet brakt Sandnes kommune i front når det gjelder tiltak for å sikre rett person på rett plass i kommunehelsetjenesten? Også her er bredden av tiltak viktig. Få kommuner kan sies å ha utprøvd tilsvarende mange tiltak som Sandnes kommune har gjort i denne forbindelse. Hvorvidt det har brakt kommunen helt i front kan nok diskuteres. Ikke alle tiltak kan sies å representere noe originalt og nytenkende. Men om andre kommuner selv har prøvd lignede tiltak i egen organisasjon, er bredden i Sandnes så stor at det burde være noe for en hver smak. Hvis vi skal plukke ut ett tiltak som vi antar har stor overføringsverdi må det bli servicemedarbeidermodellen. Den griper rett til kjernen av det som har vært utfordringen i utviklingsarbeidet, og det tilbyr en løsning som har effekter både på ressursbruken, for brukerne og for ulike yrkers attraktivitet. Vi kunne også nevnt flere, men det vil i stor grad være opp til andre kommuner hvilke som er interessante for dem.

Et tredje kriterium er at de ideer og tiltak prosjektet har frembrakt ikke er så *lokale* i sin karakter at de ikke kan overføres og brukes av andre. Heller ikke dette synes å by på noe problem for overførbarheten. De aller fleste tiltakene har en generell karakter selv om de har fått sin lokale utforming. Enten det er snakk om ordninger for jobbotasjon, kompetansebank, tverrfaglig samarbeid, delegering av oppgaver, sykepleieteam mv, er det snakk om tiltak som kan benyttes i kommunehelsetjenesten i andre kommuner.

Et siste kriterium er at utviklingsarbeidet er *tilgjengelig* for andre. Også her må svaret langt på vei bli ja. Prosjektet er dokumentert i en egen sluttrapport, som sammen med herværende evalueringsrapport, gir et innblikk i tiltakene og arbeidsformen som er benyttet i utviklingsarbeidet. Både omsorgsledere og andre nøkkelinformanter i de fire distriktene sitter også inne med nærmere detaljkunnskap om det enkelte tiltak. Den skriftlige dokumentasjonen av tiltakene underveis i utviklingsarbeidet kunne imidlertid helt klart vært bedre. Andre steder er dette blitt vektlagt i langt sterkere grad (jf utviklingsarbeid omtalt i Gundersen m fl 2001).

Alt i alt synes kriteriene for at utviklingsarbeidet har overføringsverdi å være oppfylt. Primært har dette med at prosjektet serverer en bred meny av tiltak som andre kommuner kan velge blant ut fra eget ståsted og behov.

4.5 Videreutvikling av prosjektet ”rett person på rett plass”

I rapporten har vi så langt vært opptatt av det som har foregått i prosjektet ”rett person på rett plass” og hvor langt en har kommet i arbeidet. Etter at tiltakene er utviklet og utprøvd i det enkelte distrikt er det nærliggende å stille spørsmålet HVA NÅ? Skal en jobbe videre med prosjektet? Og i så fall på hvilken måte?

Vi har nedenfor skissert noen *handlingsalternativer* som mulige svar på spørsmålet over. Hva som til sjuende og sist velges må være opp til Sandnes kommune selv. Det er

her en eventuell oppfølging må skje videre. Dermed er det viktig at eierskapet til en eventuelt videreutvikling av prosjektet ligger her. Vi ser for oss disse alternativene:

- *Si stopp, nok er nok.* Et alternativ er å avslutte prosjektet helt og holdent. Det er nedlagt betydelig innsats i å dokumentere status i de fire distriktene, det er jobbet med en rekke tiltak, mange av disse er iverksatt og lever videre i det enkelte distrikt. Sammen med sluttrapporten fra Sandnes kommune kan den eksterne evalueringen sette endelig punktum for et arbeid som nå har pågått helt fra begynnelsen av 1999. De av tiltakene som har vist seg å ha livets rett, de vil bestå, mens andre av tiltakene kan bli lagt i skuffen. Med prosjektet har bevisstheten økt i forhold til å stadig å tenke ”rett person på rett plass”. Denne bevisstheten vil sannsynligvis sette sitt preg på organisasjonsutviklingsarbeid i avdelingen i lang tid framover. Slik sett vil selv en avslutning av prosjektet bety at det lever videre i andre og nye sammenhenger. Et argument for dette alternativet er at mange av informantene så smått har begynt å ”kvittere” ut prosjektet. Mentalt er det for mange blitt noe som er fortid. Da blir forsøk på å videreutvikle prosjektet stort sett oppfattet som mas. Det kan tale for å avrunde prosjektet nå.
- *Fra tiltak i ett eller noen distrikt til reform i alle distriktene.* Et annet alternativ er å videreutvikle prosjektet på den måten at utvalgte tiltak iverksettes i *alle* distriktene – ikke bare i det/de distriktene det er utviklet. Som vi har sett er seks av tiltakene kun utprøvd i ett distrikt. De andre tiltakene er utprøvd i to eller flere av distriktene. Da kan tiden være inne til en åpen og kritisk debatt om hvilke tiltak som en bør bygge videre på. Erfaringsseminar og andre arenaer kan benyttes i en diskusjon om hvilke tiltak som skal iverksettes i hele omsorgsavdelingen. De utvalgte tiltakene ville da inngå i en felles reform for alle de fire distriktene. På den måten kan det oppnås resultater i alle distriktene, ikke bare i det distriktet hvor tiltaket er utviklet. Hvilke tiltak reformen bør omfatte er ikke gitt på forhånd. Men flere av tiltakene bør ha overføringsverdi til alle de fire distriktene. Her kan nevnes servicemedarbeidermodellen, tverrfaglig samarbeid med ergo- og fysioterapeut (og psykiatri), frikjøp av tid i turnusen til faglig utvikling, delegasjon av oppgaver fra sykepleierne til andre yrkesgrupper, sykepleieteam på kveld og (utvidet) vikarpool for sykepleiere mv.
- *Gå videre med nye tiltak.* Et tredje alternativ er å videreutvikle prosjektet i form av nye tiltak. Nå er de og de tiltakene blitt prøvd ut – nå er det på tide å prøve ut nye ting. For eksempel foreslo distrikt nord på et tidligere tidspunkt å organisere alle sykepleierne i distriktet i en arbeidsgruppe med en leder. Denne gruppa kunne så utføre tjenester i hele distriktet, alt avhengig av behov. Tiden var ikke den gang moden for et slikt tiltak. Kanskje er tiden moden nå. Muligens kunne en også gått nærmere inn på en bestiller-utførerorganisering av flere av de personalressursene som det enkelte distrikt besitter. En annen vri kunne være å sette sterkere fokus på arbeidsdelingen mellom de øvrige fag- og personalgruppene utenom sykepleierne. Gjennom prosjektet ”rett person på rett plass” er det tatt skritt for å klargjøre kompetanse- og arbeidsfordelingen mellom sykepleierne og de øvrige

personalgruppene. Men enkelte av tiltakene, slik som servicemedarbeidermodellen og delegasjon av oppgaver fra sykepleierne, kan ha gjort arbeidsdelingen mellom de øvrige fag- og personalgruppene mer uklar. En videreutvikling kunne dermed bestå i å rette et sterkere fokus på disse gruppene, det vil si hjelpepleierne, omsorgsarbeiderne, assistentene og rengjørerne. En slik gjennomgang ville kanskje kunne si noe om hvor stort behovet er for disse gruppene, samt hvor stort behovet er for sykepleiere.

- *Videreutvikle tiltak som ikke fungerer fullgodt per i dag.* Et siste alternativ er å blinke ut de tiltak som man fortsatt ikke er helt i mål med og forsøke å videreutvikle disse. Basert på kartleggingen i de fire distriktene synes det være flere tiltak som kan kreve en ny gjennomtenking. Det gjelder for eksempel etablering av en egen sykepleieturnus for å sikre en jevnere fordeling av sykepleierressursene, særlig på kveld og helg. Hvorfor har dette vist seg vanskelig i praksis? Skal en nå i stedet heller satse på å utvikle ønsketurnus på bakgrunn av en bedret rekrutteringssituasjon mange steder? Også tilbudet om arbeidsrotasjon og/eller hospitering kan ha behov for en ny vurdering. Tilbudet synes i nokså beskjeden grad å bli brukt av personalet. Hva trengs for å gjøre tilbudet mer attraktivt? Hva trengs av kompetanse? Hvor mye tid skal settes av til et slikt formål? Heller ikke ordningen med kompetansebank synes å ha oppnådd den funksjon den opprinnelig var tiltenkt. Hvorfor er det slik? Hva kan gjøres for at ordningen blir et mer effektivt verktøy for å identifisere opplæringsbehov og sikre riktig bruk av tilgjengelig kompetanse? Til sist synes ordningen med sykepleier som ekspert/faglig veileder å ha støtt på problemer. Hvorfor er det slik? Er ikke behovet til stede? Er det organiseringen av denne type stilling som har vært feil? Kan andre stillinger dekke funksjonene til en slik stilling? Hvilke personlige kvalifikasjoner trengs i en slik stilling? Erfaringene med de nevnte tiltakene kan tyde på et behov for en ny gjennomtenking og vurdering med tanke på å gjøre de bedre og mer effektive.

De tre siste strekpunktene utelukker ikke hverandre. Videreutviklingen kan godt tenkes å skje gjennom å velge alle sammen, både ved å sette i gang en reform basert på de beste tiltakene, jobbe videre med nye tiltak, samt å videreutvikle tiltak man ikke er helt i mål med. Hva som velges bør være opp til Sandnes kommune selv.

Referanser

Dahl, T. og B. Gullikstad (2002): *"Sykehjem i drift – privat versus kommunal organisering av tjenestene"*. SINTEF rapport STF 38 A02504.

Gundersen, M., T Lie og S. Opedal (2001): *"Bedre samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste"*. RF-rapport 2001/152.

Havn, V og Vedi, C. (1997): *"På dypt vann – om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møtet med en somatisk sengepost"*. SINTEF rapport STF 38 A97516.

Norvoll, R. (1994): *"Sykepleiekulturen – en barriere for bedre arbeidsforhold?"* Hovedoppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi. Oslo: Universitetet i Oslo.

Sandnes kommune (1999): *"Rett person på rett plass - sykepleierens rolle i kommunehelsetjenesten"*. Sluttrapport fra prosjektet, Sandnes kommune.

Sosial- og helsedepartementet (2001): *"Rett person på rett plass. Handlingsplan for helse- og sosialpersonell"*. Rapport nr 2.

Sosial- og helsedepartementet (2000): *"Rett person på rett plass. Handlingsplan for helse- og sosialpersonell"*. Rapport nr 1.

Vareide, P, K m fl (2001): *"Stykkevis og helt – sykepleiernes arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus"*. SINTEF rapport STF 78 A013506.

Vedlegg - 1

Intervjuguide til informantsamtaler i evalueringen av: ”Rett person på rett plass - sykepleierens rolle i kommunehelsetjenesten”.

Tidspunkt:.....

Informantens stilling:.....

Formell deltakelse i prosjektet ”Rett person.....”:

1) Prosjektstart og gjennomføring av prosjektet.

- a) Hva var utgangspunkt for/*bakgrunn* for utarbeiding og iverksetting av de ulike tiltakene i deres distrikt? (”Før situasjonen”)
- dårlig utnyttelse av sykepleiefunksjonen, ”frustrasjonsmoment”, påtrykk fra sykepleierne, andre profesjonsgrupper (trykk nedenfra)
 - ingen spesiell grunn, ble involvert i prosjektet fordi ledelsen av avdelingen bestemte det (trykk ovenfra)
- b) Kan du si noe om *arbeidsformen* knyttet til utarbeidingen av tiltakene?
- I hvilken grad har ulike profesjonsgrupper vært involvert?
 - Hvem har vært pådrivere? Hvem har vært bremseklosser?
 - Har prosessen vært preget av bred eller smal deltaking?

2) Erfaringer med gjennomføring av prosjektarbeidet.

a) Hvilke *erfaringer* har dere gjort i forbindelse med gjennomføringen av prosjektet?

- opplevd mest positive eller mest negative holdninger
- samarbeidsklimaet godt eller dårlig
- konflikter? Hva slags? Eller likegyldighet?

b) Hva vil du si var de største *utfordringene* i gjennomføringsfasen?

- mangel på ressurser
- negative holdninger/kultur
- manglende interesse hos lederne

3) Nærmere beskrivelse av iverksatte tiltak.

a) Hva går *tiltakene* i ditt distrikt i korte trekk ut på (hvilke kjenner du til)?

- Type tiltak (holdningspåvirkning, kompetanseutvikling, organisatoriske)?
- Berører hvem i bo- og aktivitetssenteret? Tjeneste/profesjoner
- På hvilken måte angår tiltaket ”Rett person på rett plass”?

b) Når ble tiltakene *iverksatt* i deres distrikt?

- Er alle tiltakene iverksatt? Hvorfor er eventuelt noen lagt på is?
- Er tiltakene blitt en del av driften eller pågår det bestemte prosjekter ennå?
- Hva gjenstår med tanke på iverksetting?

4) Konkrete effekter som følge av gjennomførte tiltak

- a) Har tiltakene påvirket *holdninger* blant personalet i forhold til;
- ”hvem” som skal gjøre hva?
 - samarbeidsklimaet mellom de ulike profesjonsgruppene?
 - større bevissthet knyttet til bruk av folks kompetanse?
 - fått gjennomslag for at ikke alle skal gjøre alle typer oppgaver
- b) Har tiltakene hatt noen *effekt* i forhold til;
- organisering av arbeidsoppgavene? Gi eksempler
 - å løfte kompetansen hos sykepleierne, men og hos andre profesjoner? Eksempler
 - påvirket ressursbruken (økonomi, personell) på en positiv måte? Gi eksempler
- c) Opplever du at tiltakene er og har vært *hensiktsmessige* i forhold til intensjonen om å skape;
- bedre samsvar mellom kompetanse og arbeidsoppgaver
 - bedre kvalitet for brukerne
 - bedre trivsel for de ansatte
 - mer attraktivt å være sykepleier? Hva med de andre yrkesgruppene?
- d) Generelt inntrykk – hva vil dere *satse videre* på?
- Er det tiltak andre kan lære mer av, ”et godt eksempel til etterfølgelse”
 - Har tiltakene hatt noen betydning i forhold til å skape bedre samsvar mellom kompetanse og arbeidsoppgaver?
 - Representerer tiltakene noe nytt og konstruktivt?

Vedlegg – 2

Oversikt over tiltak for hvert av de fire omsorgsdistriktene i Sandnes kommune

SØR Aktivitet/tiltak	Begrunnelse
1. Frikjøpe tid til hverandre på tvers av de ulike enhetene, innarbeide tid i turnus til faglig utvikling	Styrke den ansattes faglige identitet
2. Tverrfaglig samarbeid med ergoterapeut og fysioterapeut	Distriktet ønsker å få tettere samarbeid med disse gruppene
3. Tiltrettelegging for bytting av arbeidsplass, jobbrotasjon	Skal bidra til ny erfaring og inspirasjon. Den ansatte må selv ta initiativ til dette.
4. Bevisstgjøring av holdninger Arbeidsdeling og pasientrelaterte oppgaver	Brukernes behov skal i større grad prege prioriteringer og valg
5. Sykepleievikarpool. Ansette en sykepleier som kan brukes på tvers i helse distrikt sør	Sykepleiere skal bli brukt etter hvor det meldes et behov
VEST Aktivitet/tiltak	Begrunnelse
6. Dokumentasjon - pleieplaner - habiliteringsplaner	Dokumentasjon er et nyttig verktøy for kvalitetssikring og felles mål for den enkelte bruker
7. Kompetansebank. - ressurspersoner på sitt fagfelt - internundervisning - sykepleier 1	Oversikt over ressurspersoner i distriktet. Avansementmuligheter innen et fagområde
8. Stuepikemodell	Frigjøre arbeidstid for personalet. Mer tid til bruker
9. Sykepleieturnus	Jevn fordeling av sykepleiere hele døgnet
NORD Aktivitet/tiltak	Begrunnelse
10. Frigjøre sykepleiere fra oppgaver andre kan gjøre, spesielt kveld/helg	Gi sykepleiere mer tid til veiledning av annet personell og bidra i akutte situasjoner
11. Egen oppgave beskrivelse for ansvarshavende sykepleier	Som ovenfor
12. Delegering/opplæring av oppgaver til andre yrkesgrupper	Som ovenfor
13. Samarbeid på tvers av arbeidsplasser internt i distriktet - jobbrotasjon	Sykepleiere trenger større trygghet i forhold til distriktets tjenester

ØST Aktivitet/tiltak	Begrunnelse
14. Sykepleieturnus	Jevn dekning av sykepleiere. Oversikt over hvor sykepleiere er.
15. Sykepleieteam	Min. To sykepleiere på arbeid hver ettermiddag kveld. En har hovedansvar for alle avdelinger
16. Utvide vikarpool med sykepleiere	Ansette sykepleiere i vikarpool. Øke andelen ansatte sykepleiere.
17. Kompetansebank – være tilgjengelig	Oversikt over kompetanse i distriktet
18. Oppslag med sykepleiefunksjonen	Bevisstgjøre og legitimere sykepleiernes viktigste funksjoner
19. Utvikle system for hospitering og opplæring	Øke motivasjon for ansatte. Læringsmuligheter på andre arbeidsplasser.
20. Tverrfaglig samarbeid med fysio-/ergoterapeut, psykiatri, sosialkontor, lege, dagavdeling	Få til et godt tilbud til brukere med sammensatte problemer
21. Turnus hver 4. helg for sykepleiere natt	Bedre rekruttering