



# Forsvarlig bemanning?

Forvaltningsrevisjon

12.02.2020

## SAMMENDRAG

Kontrollutvalget vedtok å gjennomføre en forvaltningsrevisjon for å få vurdert om bemanningen ved bo- og behandlingssentrene i Bærum er forsvarlig.

Bemanningen ved bo- og behandlingssentrene er i all hovedsak tilstrekkelig til å dekke beboernes basale eller medisinske behov (behandling, stell, hygiene, ernæring mv.). Bemanningen er imidlertid ikke alltid tilstrekkelig til å dekke beboernes fysiske, sosiale og mentale behov (aktivisering, få frisk luft, hjelp til egenmestring mv.). Dette gjelder spesielt i vinterhalvåret, og særlig beboere som ikke kan eller klarer å delta på fellesaktiviteter.

Bærum kommune har mye data på dette tjenestefeltet, både for bemanning og kompetanse. Bærum har utviklet overordnede normer for bemannings-/pleiefaktor ved ulike typer sykehjemsavdelinger og for kompetansesammensetningen. Dette har vært viktige revisjonskriterier for å vurdere om bemanningen og kompetansen er tilstrekkelig. Administrasjonen har gitt svært god bistand og oppfølging underveis i undersøkelsen.

Datagrunnlaget for denne rapporten består av fire hovedkilder: 1) En omfattende bemannings- og kompetansekartlegging ved bo- og behandlingssentrene i Bærum, første halvår 2019. 2) En spørreundersøkelse til tjenesteledere og avdelingssykepleiere ved bo- og behandlingssentrene, der hele 96 prosent svarte. 3) Intervjuer med 35 ledere og ansatte innenfor tjenesteområdet. 4) I tillegg har vi sammenlignet bemannings- og kompetansesituasjonen med Sandnes kommune.

## Hovedutfordringer

- Store kompetanseforskjeller mellom bo- og behandlingssentrene.
- Vanskelig å sikre vikarer med ønsket kompetanse.

### Store kompetanseforskjeller

Kompetansesituasjonen første halvår 2019 er preget av en lavere andel sykepleiere enn planlagt, der lavere andel dekkes med en større andel helsefagarbeidere eller ufaglærte. Størst avvik finner vi ved de ekstra skjermede dementavdelingene og ved ordinære korttidsplasser.

Bo- og behandlingssentrene har lyktes i ulik grad mht. å skaffe til veie nødvendig sykepleierkompetanse til langtidsplassene. Ved flere senter er det betydelige avvik mellom planlagt og faktisk kompetanse. Enkelte senter har både få sykepleiere og mange ufaglærte. Kombinasjonen av disse to faktorene byr på kompetanseutfordringer.

Det planlagte kompetansenivået i Bærum er gjennomgående lavere enn det planlagte nivået i Sandnes, noe som resulterer i at den planlagte andelen ufaglærte ansatte er langt høyere i Bærum (23%) enn i Sandnes (6%).

Vi vet ikke hvordan den faktiske kompetansefordelingen har vært i Sandnes (måles ikke), men de betydelige forskjellene i planlagt bemanning gir grunn til å tro at også den faktiske kompetansen er høyere ved sykehjemmene i Sandnes. En faktor som styrker en slik hypotese er at Sandnes bruker

mer penger per institusjonsplass enn Bærum, men har en lavere bemanningsfaktor. Det er altså høyere kompetanse i Sandnes som kan forklare dette tilsynelatende paradokset.

**Vanskelig å sikre vikarer med ønsket kompetanse**

Det er hovedsakelig samsvar mellom planlagt og faktisk bemanning og kompetanse i en normalsituasjon, på dag- og kveldsvakter. Det er først og fremst ved ferieavvikling, sykdom og permisjoner det blir vanskelig å følge normene. Det er generelt vanskelig å rekruttere sykepleiere, og spesielt til nattevakter, helgevakter og ferier.

En mer utførlig drøfting av hovedfunnene finnes i [Konklusjoner og anbefalinger](#).

**Anbefalinger**

Revisjonen foreslår at de folkevalgte vedtar følgende anbefalinger til kommunedirektøren:

1. Kommunedirektøren bør vurdere tiltak for å bli en mer attraktiv arbeidsgiver overfor sykepleiere og helsefagarbeidere.
2. Kommunedirektøren bør vurdere tiltak for å sikre seg vikarer med ønsket kompetanse.

Forvaltningsrevisjonen er utført av Ståle Opedal og Svein Kvalvåg, Rogaland Revisjon IKS.

## INNHold

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 Vurderingskriterier .....	1
1.2 Avgrensinger.....	2
1.3 Problemstillinger .....	2
1.4 Metode og gjennomføring .....	2
<b>2. ORGANISERING OG ANTALL SYKEHJEMSPLASSE</b> .....	<b>4</b>
<b>3. RESSURSSITUASJON</b> .....	<b>6</b>
3.1 Utgiftsbildet - sammenlignet med andre kommuner .....	6
3.2 Utvikling i institusjonsutgifter .....	7
3.3 Oppsummering.....	9
<b>4. BEMANNING</b> .....	<b>10</b>
4.1 Innledning.....	10
4.2 Sammenligninger med andre kommuner .....	10
4.3 Forholdet mellom planlagt og faktisk bemanning i Bærum.....	12
4.4 Vurdering.....	18
<b>5. KOMPETANSE</b> .....	<b>19</b>
5.1 Planlagt og faktisk kompetanse – hele kommunen .....	19
5.2 Planlagt kompetanse i Bærum og Sandnes .....	20
5.3 Sykepleierandel ved langtidsavdelingene .....	20
5.4 Andel ufaglærte ved langtidsavdelingene.....	21
5.5 Kompetansefordeling – langtidsavdelinger.....	22
5.6 Planlagt og faktisk kompetanse - korttidsplassene.....	23
5.7 Hvorfor er det vanskelig å følge kompetansenormene?.....	24
5.8 Gullhaugs grep for å håndtere kompetanseutfordringene .....	27
5.9 Strengere krav til kompetansesammensetning?.....	28
5.10 Vurdering.....	29
<b>6. VIKARBRUK OG SYKEFRAVÆR</b> .....	<b>31</b>
<b>7. KVALITET</b> .....	<b>35</b>
<b>8. FORSVARLIG OG TILSTREKkelig BEMANNING?</b> .....	<b>39</b>
8.1 Hva er en faglig forsvarlig bemanning?.....	39
8.2 Er bemanningen tilstrekkelig/forsvarlig? .....	39
<b>9. KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER</b> .....	<b>42</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>1</b>

## 1. INNLEDNING

Kontrollutvalget vedtok 26.08.2019 sak 45/19 å gjennomføre en forvaltningsrevisjon for å få vurdert om bemanningen ved bo- og behandlingssentrene i Bærum er forsvarlig. Saken kom opp etter innspill fra Hovedutvalg bistand og omsorg.

En vurdering av bemannings- og kompetansesituasjonen ved bo- og behandlingssentrene krever kartlegging av årsverk, kompetanse og sykehjemsplasser. Til forskjell fra oppveksttjenester som skoler og barnehager, er ikke slike tall offentlig tilgjengelige. Det er heller ikke fastsatt statlige normer for bemanning i sykehjem slik det er gjort for flere av oppveksttjenestene. Det betyr at det i større grad er opp til kommunene selv å avgjøre bemanning og kompetansesammensetning innenfor rammen av lover og forskrifter.

Denne forvaltningsrevisjonen tar dermed for seg en del av sykehjemstjenesten der kunnskapen om bemanning og kompetanse er nokså begrenset, og der vi har vært avhengige av et godt samarbeid for å få tilgang til tall og annen informasjon om bo- og behandlingssentrene. Her har Bærum kommune innfridd på alle punkter.

Generelt står pleie- og omsorgstjenesten i Bærum overfor flere utfordringer skapt av demografiske endringer. Flere brukere med endrede behov for tjenester kombinert med knappere ressurser skaper behov for omstilling av disse tjenestene. Utvikling og satsning på tjenester som forebygger og øker mestring av helseplager, skal over tid redusere presset på bo- og behandlingssentrene. Handlings- og økonomiplanen for 2020-2023 viser at andelen innbyggere 80+ som er beboere i bolig med heldøgns bemanning eller på institusjon, går ned, mens andel innbyggere 80+ som ikke mottar tjenester, øker.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført i 2019. Dette året var det planlagt en reduksjon i pleie- og omsorgstjenesten med 5,1 årsverk, tilsvarende et kutt på 3,6 mill. kr. Dette tiltaket er utsatt til 2022 og har dermed ikke hatt konsekvenser for kartleggingen av bemanning og kompetanse ved bo- og behandlingssentrene.<sup>1</sup> Flere medieoppslag de siste årene, viser at det er stor oppmerksomhet om ressursfordeling, bemanning og kompetanse ved disse sentrene.

### 1.1 Vurderingskriterier

Helse- og omsorgstjenesteloven krever at kommunen skal sørge for nødvendig helsehjelp til personer som oppholder seg i kommunen og at behovet dekkes på forsvarlig måte. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at det sikres tilstrekkelig fagkompetanse.

Bærum kommune har utviklet bemannings- og kompetansenormer som legges til grunn for planlagt bemanning ved årets begynnelse. Sammenligning mellom plantall for 2019 og faktisk bemannings- og kompetansesituasjon første halvår i 2019, har vært et sentralt vurderingskriterium i rapporten.

Bemanningsnormene viser såkalt *bemanningsfaktor/pleiefaktor* (årsverk per sykehjemsplass). Denne varierer med type sykehjemsplass; mellom korttid og langtidssykehjemsplasser og mellom langtidsplasser for somatiske pasienter, skjermet dement og ekstra skjermet dement.

---

<sup>1</sup> I handlings- og økonomiplanen for 2020-2023 peker rådmannen på manglende effektivering av tidligere handlingsprogramtiltak, og dermed for høyt aktivitetsnivå i tjenestene, og at det er det behov for å finne kompenserende tiltak. Derfor anbefalte rådmannen å utsette gjennomføring av dette tiltaket til 2022.

Kompetansenormene viser i prosent ønsket fordeling mellom sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte. Et absolutt krav er at det skal være minst en sykepleier på hver vakt. På sykehjemmene skal det i gjennomsnitt være 80 prosent faglærte og 20 prosent ufaglærte.

Et neste sentralt vurderingskriterium er sammenligninger. Det er gjort sammenligninger på kommunenivå (Bærum sammenlignet med alle eller utvalgte ASSS-kommuner). Videre er det gjort sammenligninger mellom bo- og behandlingssentrene på avdelingsnivå.

## 1.2 Avgrensinger

I antall sykehjemsplasser inngår enerom og dobbeltrom (ti stykker)<sup>2</sup> og eventuelle reserverom. I beregning av antall korttids-/langtidssykehjemsplasser er ikke kjøp av plasser i andre kommuner tatt med fordi det blir misforhold mellom sykehjemsplasser og årsverk. De 30 rehabiliteringsplassene i Altea er ikke tatt med siden årsverksinnsatsen er ukjent.

Bemanningstall omfatter på *sykehjemsnivå* pleiepersonell, ledelse/merkantilt, diverse støttetjenester (vaskeri, renhold, vaktmester, kjøkken ol.), dagaktivitetssenter, eventuelle faste vikarer og lærlinger, mens fysio/ergo, sykehjemslege, frisør, fotpleie ikke er tatt med.

På *avdelingsnivå* inngår personell i pasientrelatert arbeid ved sykehjemsavdelingene inkl. avdelingsleder. Årsverk tilknyttet dagaktivitetssenter eller omsorgsboliger er ikke med.

## 1.3 Problemstillinger

- Har kommunen tilstrekkelig bemanning?
- Har kommunen tilstrekkelig kompetanse?
- Er fordelingen rimelig mellom de ulike bo- og behandlingssentrene?

I framstillingen under hver av problemstillingene vil vi først presentere relevante kriterier, så fakta vi har samlet inn og så vurdere fakta opp mot kriteriene. Til slutt i rapporten er det foretatt en oppsummering og gitt en samlet konklusjon i forhold til problemstillingene.

## 1.4 Metode og gjennomføring

Prosjektet er gjennomført og rapportert i samsvar med *Standard for forvaltningsrevisjon*.<sup>3</sup>

Datagrunnlaget består av fire hovedkilder:

- En omfattende *bemannings- og kompetansekartlegging* ved bo- og behandlingssentrene i Bærum både på kommunenivå og for det enkelte bo- og behandlingssenter. Både ledelse/økonomikonsulent på seksjonsnivå og tjenestelederne har bidratt i kartleggingen. Kartleggingen viser antall sykehjemsplasser fordelt på ulike typer plasser og antall pasienter per første halvår 2019. Videre viser den årsverk samlet for bo- og behandlingssentrene og årsverk fordelt på senter og avdelinger. Tilsvarende er gjort for kompetansesituasjonen.
- En *spørreundersøkelse* rettet mot tjenesteledere og avdelingssykepleiere ved bo- og behandlingssentrene. 47 av totalt 49 mottakere svarte, dvs. en svarprosent på 96.
- *Intervjuer* med i alt 35 informanter, fordelt på 23 tjenesteledere, avdelingssykepleiere, ansatte ved fire utvalgte sykehjem i Bærum (Gullhaug, Nordraaksvei, Stabekk, Solbakken).

<sup>2</sup> Fem av disse er på somatiske langtidsplasser, og brukes kun til ektepar. De øvrige er på KAD/mottaksplasser.

<sup>3</sup> Standard for forvaltningsrevisjon organisert som prosjekt ([RSK 001](#)), fastsatt av styret i Norges Kommunerevisorforbund 01.02.11.

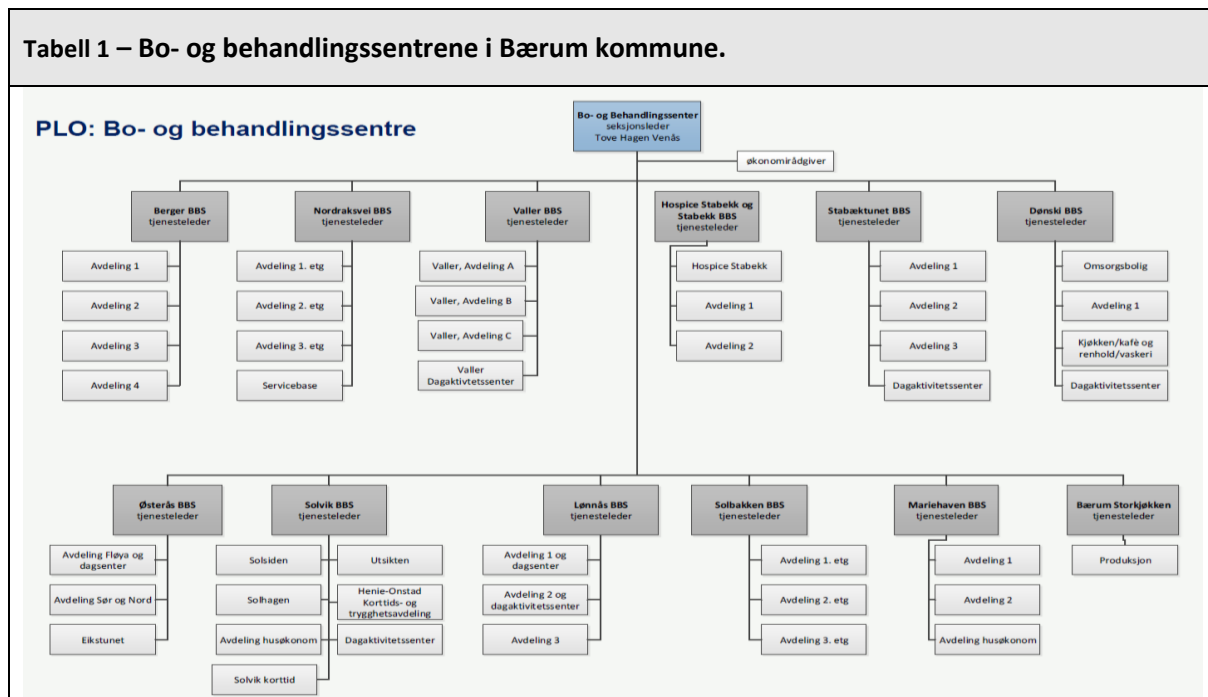
Dessuten har vi hatt samtaler/intervjuer med 4 brukerrådsrepresentanter, kommunalsjef pleie og omsorg og seksjonsleder for bo- og behandlingssentrene i Bærum og 6 ledere for pleie og omsorg i Kristiansand, Stavanger og Sandnes.

- I utgangspunktet var det ønskelig å sammenligne bemannings- og kompetansetall for Bærum med tilsvarende tall for Kristiansand, Stavanger og Sandnes. Førstnevnte valgte etter flere henvendelser fra oss og Bærum kommune, å avstå fra å delta grunnet stort arbeidspress med Nye Kristiansand og kommunesammenslåing. Stavanger ønsket å delta, og bidrog med tall over sykehjems plasser, men hadde ikke tilgjengelige tall for bemanning og kompetanse ved byens sykehjem. Sandnes ønsket også å delta, og har bidratt med tall over sykehjems plasser og planlagt bemanning og kompetanse ved sykehjemmene. Det har ført til at sammenligningsgrunnlaget ikke har vært fullstendig, men vi har benyttet de tall vi har mottatt, og supplert med relevante KOSTRA-tall/tall fra ASSS-samarbeidet.

## 2. ORGANISERING OG ANTALL SYKEHJEMSPLASSE

Bærum har i 11 kommunale bo- og behandlingssentre (bbs), jf. organisasjonskart. Tre av disse, Stabekk BBS, Solvik BBS og Østerås BBS, har underavdelinger, henholdsvis Eikstunet, Henie-Onstad korttids- og trygghetsavdeling og Hospice Stabekk. Det 12. senteret er Gullhaug bo- og behandlingssenter, som eies av Bærum kommune, men som driftes av Norlandia (privat).

Tabell 1 – Bo- og behandlingssentrene i Bærum kommune.



Fem av bo- og behandlingssentrene har korttidsplasser inklusive trygghets- og rulleringsplasser; Dønski BBS med Kommunal akutt døgnenhet (KAD), Lønnås BBS, Solvik BBS (Henie-Onstad), Stabekk BBS (Hospice Stabekk) og Valler BBS (rulleringsplasser). De øvrige bo- og behandlingssentrene, inklusive Gullhaug BBS, har kun langtidsplasser.

Antallet korttids- og langtidsplasser framgår av neste tabell, der det også gjøres sammenligning med antall sykehjemsplasser i Stavanger og Sandnes.

Tabell 2 – Antall sykehjemsplasser – og prosentandel av det totale antallet plasser<sup>4</sup>

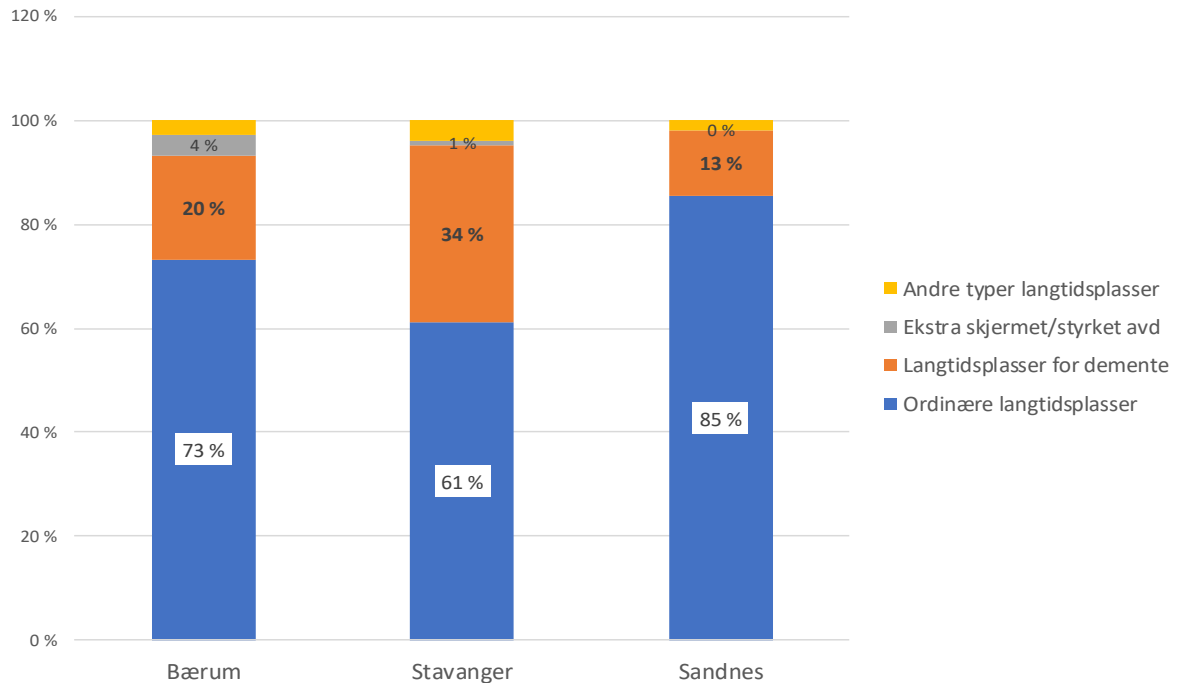
	Bærum	Stavanger	Sandnes
Antall langtidsplasser	713	765	393
	77 %	79 %	85 %
Antall korttidsplasser	219	198	72
	23 %	21 %	15 %
<b>Sum sykehjemsplasser</b>	<b>932</b>	<b>963</b>	<b>465</b>

I figuren under viser vi hvordan langtidsplassene er fordelt i de tre kommunene. Vi har vært i kontakt med kommunene flere ganger for å sikre oss mest mulig sammenlignbare tall.

<sup>4</sup> Tall mottatt fra de tre kommunene høsten 2019.

Etter vår vurdering gir tallene et brukbart bilde av forskjellene mellom kommunene, men som kommentarene under illustrerer, er virkeligheten litt mer «flytende» enn tallene i figuren. Denne figuren viser plassfordelingen av ulike typer langtidsplasser.

**Figur 1 – Plassfordeling - langtidsplasser**



**Kommentarer:**

- 64 prosent av langtidsplassene i Sandnes er tilrettelagt for demente og 13 prosent er i avlåste avdelinger.<sup>5</sup> Det betyr at mange av langtidsplassene i Sandnes kan bebos av demente.
- I Bærum er alle langtidsplassene tilrettelagt for demente, også de ordinære langtidsplassene. 24 prosent er i avlåste avdelinger. I august i 2020 blir alle pasienter på skjermet avdeling flyttet over til Carpe Diem demenslandsby. Her skal beboerne kunne fortsette å leve sine liv likest mulig det de er vant til, innenfor et trygt og avgrenset område, som er bygget som en trivelig landsby. Det betyr at avdelingene med låste dører da blir lagt ned, med unntak av de ekstra styrkede avdelingene.
- I Stavanger er ikke alle langtidsplassene tilrettelagt for demente. Flere av avdelingene er store og har mange pasienter, selv om noen avdelinger er delt inn i mindre grupper, spesielt ved de nyeste sykehjemmene<sup>6</sup>. Demensavdelingene er delt inn i mindre grupper, men har ikke nødvendigvis låst dør. Hvis avdelingen låser døren må det være mulig å åpne den for dem som ikke har et tvangsvedtak. Stavanger har også 16 korttidsplasser for demente.<sup>7</sup>

Enkelte langtidsplasser er verken for somatiske pasienter eller demente. I kategorien «andre langtidsplasser» finner vi i Bærum 19 psykiogeriatriske plasser (avdeling ved Berger BBS), Stavanger 17 langtids rusplasser, 8 langtidsplasser for yngre demente og 4 palliasjonsplasser, mens Sandnes har 7 lindrende langtidsplasser. Mangfoldet er m.a.o. ganske stort.

<sup>5</sup> Dette gjelder for utagerende pasienter som vil ut.

<sup>6</sup> Jf. tilbakemelding fra pleie- og omsorgssjef i Stavanger, 02.01.20.

<sup>7</sup> Disse utgjør 2 prosent av det totale antallet langtidsplasser.

### 3. RESSURSSITUASJON

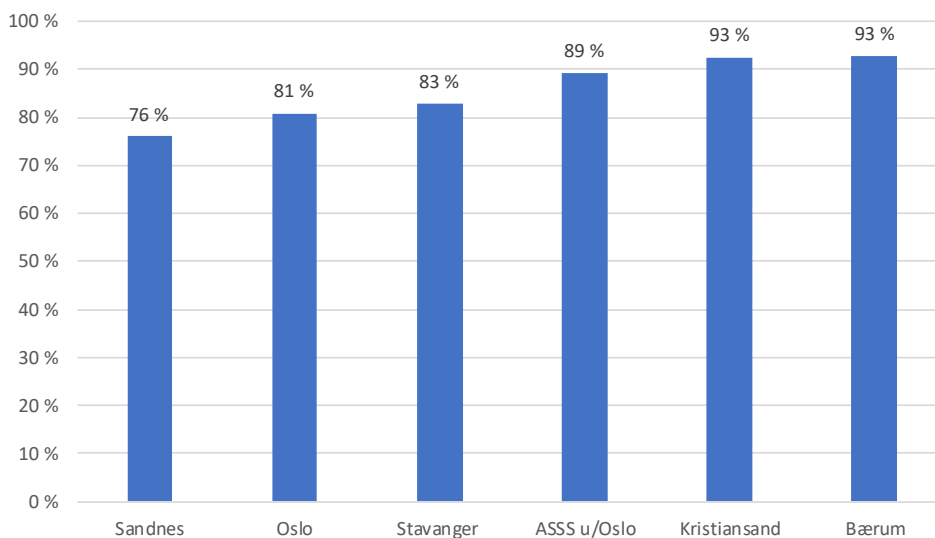
I denne delen ønsker vi å løfte blikket, og se på Bærum kommunes utgifter forbundet med pleie- og omsorg generelt og sykehjem spesielt, sammenlignet med andre kommuner.

For å gjøre sammenligningen mest mulig rettferdig, ser vi på utgifter per innbygger, korrigert for objektive utgiftsbehov. «Utgiftsbehov» er et begrep hentet fra inntektssystemet for kommunene i statsbudsjettet. Hver kommune får her beregnet et utgiftsbehov på grunnlag av demografi (f.eks. andel eldre), geografi (f.eks. reiseavstander i kommunen) og ulike sosiale forhold (inntekts- og utdanningsnivå, uføre, enslige eldre, innvandrere/flyktninger osv.).

I figuren under sammenligner vi utgiftsbehovet innen pleie og omsorg i Bærum og et utvalg andre storbykommuner. Behovsvariablene er de samme som brukes i Grønt hefte i statsbudsjettet og regnes som objektive behovsvariabler, dvs. variabler kommunene ikke kan påvirke. Variablene med den høyeste vektningen innen pleie og omsorg er andelen eldre innbyggere, ikke-gifte over 67 år og andelen innbyggere over 16 år med psykisk utviklingshemming. Landssnittet er på 100 prosent.

Figuren viser at det objektive behovet for pleie- og omsorgstjenester er lavere i storbykommunene enn landsgjennomsnittet. Samtidig viser den at utgiftsbehovet i Bærum er større enn i de andre storbykommunene. Lavest er behovet i Sandnes kommune.

**Figur 2 – Kommunenes objektive utgiftsbehov innenfor pleie og omsorg.**

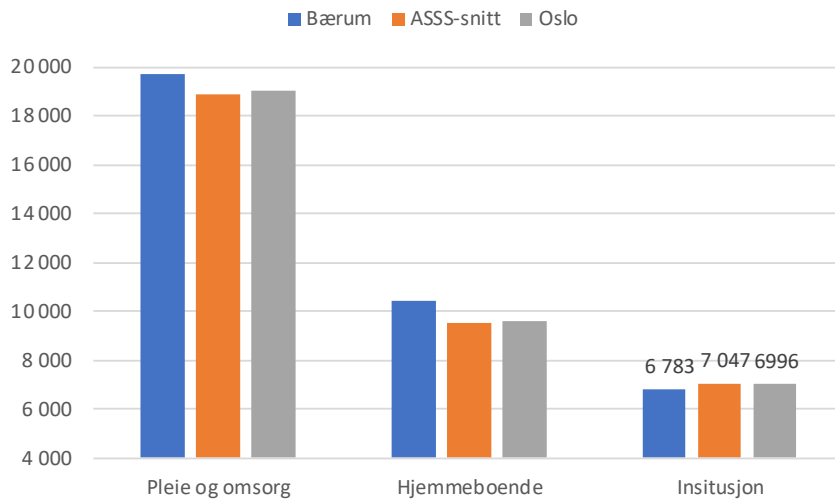


#### 3.1 Utgiftsbildet - sammenlignet med andre kommuner

Figuren viser det vi pekte på i rapporten om hjemmetjenester (forvaltningsrevisjon datert 12.09.2017), at Bærum kommune bruker relativt mye penger knyttet til pleie og omsorgstjenestene. I likhet med Stavanger, er de behovskorrigerede utgiftene høye i Bærum (kr. 20 200,-). Kristiansand brukte kr. 16 400,- per innbygger og Sandnes kr. 18 400,-.

Bærum kommune bruker imidlertid mindre til institusjonstjenester, sammenlignet med Oslo og storbysnittet (ASSS-kommunene unntatt Oslo).

**Figur 3 – Netto driftsutgifter til pleie og omsorg per innbygger fordelt på tjenester for hjemmeboende og institusjonstjenester (korrigert for utgiftsbehov).<sup>8</sup>**

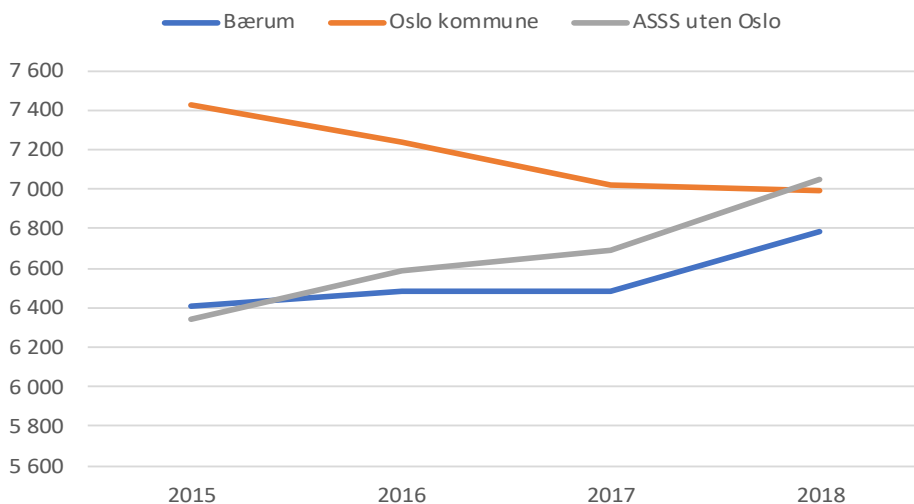


I figuren under undersøker vi hvordan institusjonsutgiftene har utviklet seg fra 2015 til 2018.

### 3.2 Utvikling i institusjonsutgifter

Fra 2015 til 2018 har de behovskorrigerede institusjonsutgiftene i Bærum økt med 6 prosent. Til sammenligning har institusjonsutgiftene i de øvrige ASSS-kommunene uten Oslo økt med 11 prosent. Oslo kommune beveger seg i motsatt retning, dvs. en utgiftsreduksjon på 6 prosent. Men Oslo lå mye høyere enn Bærum og de øvrige ASSS-kommunene i 2015.

**Figur 4 – Netto driftsutgifter til institusjon per innbygger (korrigert for utgiftsbehov).<sup>9</sup>**



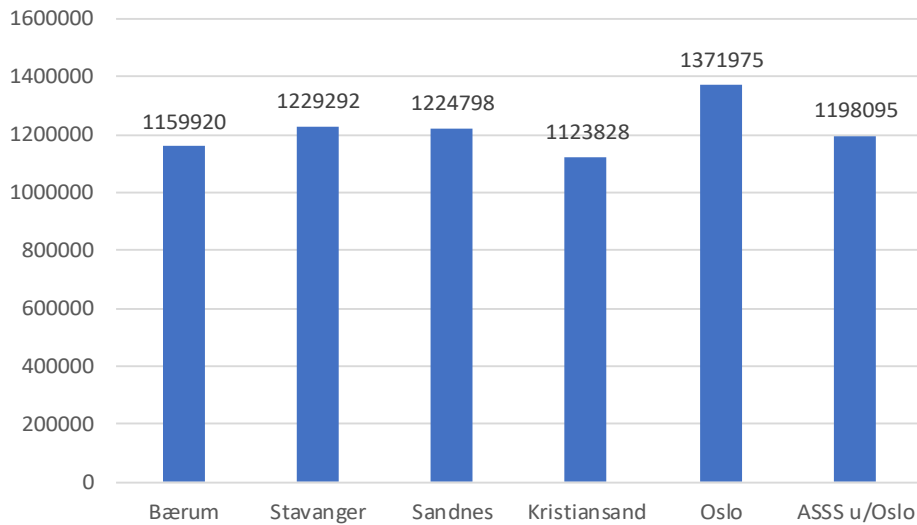
I figuren under ser vi på institusjonsutgiftene per plass, og inkluderer også Kristiansand, Sandnes og Stavanger. Også utgiftene per institusjonsplass er relativt lave i Bærum – kun Kristiansand har lavere utgifter per plass. Dette er overraskende – ettersom både Bærum og Kristiansand har en relativt lav

<sup>8</sup> Kilde: Framsikt.

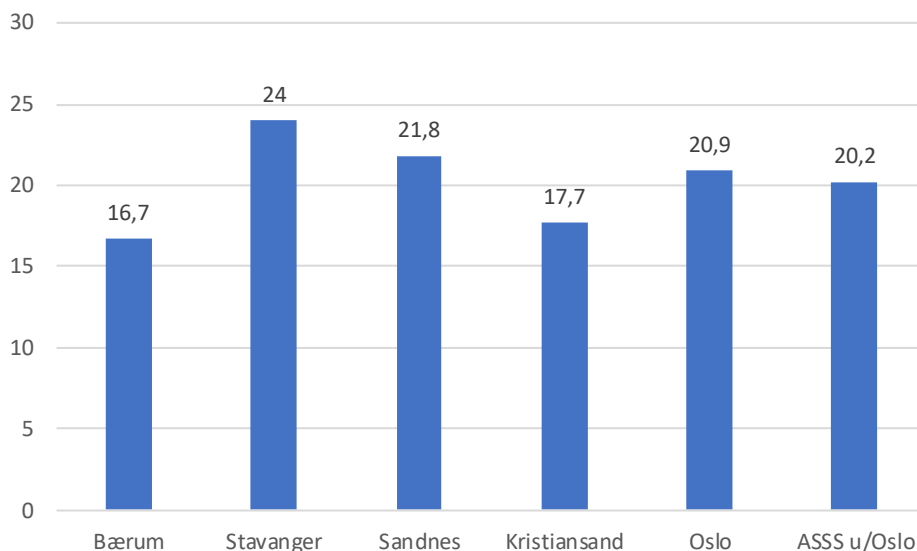
<sup>9</sup> Kilde: Framsikt.

dekning av institusjonsplasser (se figuren på neste side).

**Figur 5 – Utgifter per institusjonsplass i 2018 (KOSTRA).<sup>10</sup>**



**Figur 6 – Plasser i institusjon i prosent av innbygger 80 år og over (KOSTRA).**



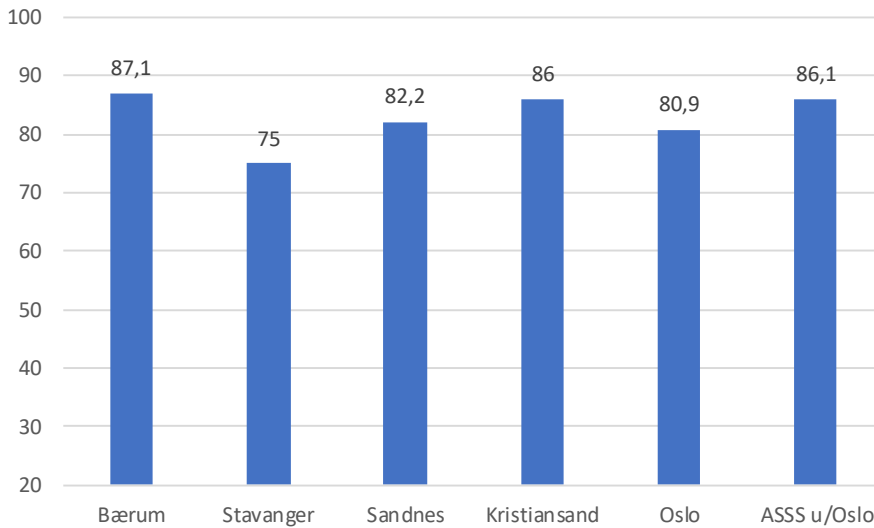
**Kommentar: Vi vil også understreke at Bærum har 500 omsorgsboliger for eldre (932 sykehjemsplasser). Dette betyr at den samlede dekkningen av sykehjemsplasser og omsorgsboliger (24,9 %) er langt høyere enn det som vises i figuren.**

Normalt vil utgiftene per plass øke dersom dekkningen reduseres. Grunnen til det er at de mest pleie- og ressurskrevende beboerne da vil utgjøre en større del av pasientgrunnlaget. Dette reflekteres også tydelig i KOSTRA-tallene (se figur under). Til tross for dette, er bildet motsatt: De tre kommunene med høyest institusjonsdekning og færrest brukere med omfattende bistandsbehov, dvs. Stavanger, Sandnes og Oslo, har de høyeste utgiftene per plass. Bærum, som har relativt lav sykehjemsdekning (om vi holder omsorgsboligene utenfor) og flest brukere med

<sup>10</sup> Indikatorens navn er *korrigerede utgifter per institusjonsplass*. Merk: Denne variabelen har ingenting med utgiftskorrigeringsgjøring å gjøre.

omfattende bistandsbehov, har også de laveste utgiftene per plass, sammen med Kristiansand.<sup>11</sup>

**Figur 7 – Andel brukere i institusjon med omfattende bistandsbehov – langtidsopphold.**



### 3.3 Oppsummering

Bærum har høyere netto driftsutgifter per innbygger til pleie og omsorg enn sammenlignbare kommuner, men bruker mindre til institusjonstjenester per innbygger. Dette til tross for at Bærum er den av kommunene som har det høyeste objektive utgiftsbehovet og den høyeste andelen langtidsbeboere på institusjon med et omfattende bistandsbehov.

På korttidsopphold i institusjon, er andelen med omfattende bistandsbehov relativt lav i Bærum (39,3 prosent). Kun Sandnes har en lavere andel, her har 26 prosent av beboere på korttidsopphold omfattende bistandsbehov.

Institusjonsutgiftene i Bærum har økt de siste årene, men er fortsatt mindre enn i de andre ASSS-kommunene.

<sup>11</sup> Det bør legges til at andelen med omfattende bistandsbehov i korttidsopphold er relativt lav i Bærum. Kun Sandnes er lavere. Men korttidsplassene utgjør en mindre del av det totale antallet institusjonsplasser.

## 4. BEMANNING

### 4.1 Innledning

Revisjonskriteriene i denne delen er kommunens generelle bemanningsnormer og planlagt bemanning for 2019 ved det enkelte bo- og behandlingssenter.

Tabell 3 – Bemanningsnormer i Bærum kommune	
Kategori	Snitt
Ordinær langtid	0,75
Langtid skjermet-plasser	0,94
Langtid ekstra skjermede plasser	0,99
Ordinær korttid	1,00
Rehabilitering	1,14
KAD/mottak	1,08
Hospice	1,23
<b>Snitt institusjoner</b>	<b>0,86</b>

Vi anvender også sammenligninger mellom sykehjemmene i Bærum og sammenligninger mellom Bærum kommune og andre kommuner for å vurdere om bemanningen er forsvarlig.

For å beregne og sammenligne bemanning anvender vi begrepet **pleiefaktor eller bemanningsfaktor**. Pleiefaktor beregnes ved å dividere antallet årsverk med antallet sykehjems plasser. På kommunenivå skiller vi mellom det totale antallet årsverk, antallet pleieårsverk og antallet avdelingspsykepleiere:

- *Det totale antallet årsverk* ved bo- og behandlingssenteret omfatter pleiepersonell, ledelse/merkantil, diverse støttetjenester (vaskeri, renhold, vaktmester, kjøkken ol.), dagaktivitetssenter og eventuelle faste vikarer og lærlinger.
- I begrepet *pleieårsverk* inngår personell i direkte pasientrelatert arbeid ved sykehjemsavdelingene inklusive avdelingspsykepleiere.

På sykehjems- eller avdelingsnivå tar vi bare med pleieårsverk samt avdelingspsykepleierårsverk når vi beregner pleie- eller bemanningsfaktoren.

### 4.2 Sammenligninger med andre kommuner

I dette prosjektet har vi hatt en ambisjon om å sammenligne pleiefaktoren i Bærum med andre storbykommuner. Som nevnt i innledningen har vi kun tall for Sandnes.<sup>12</sup>

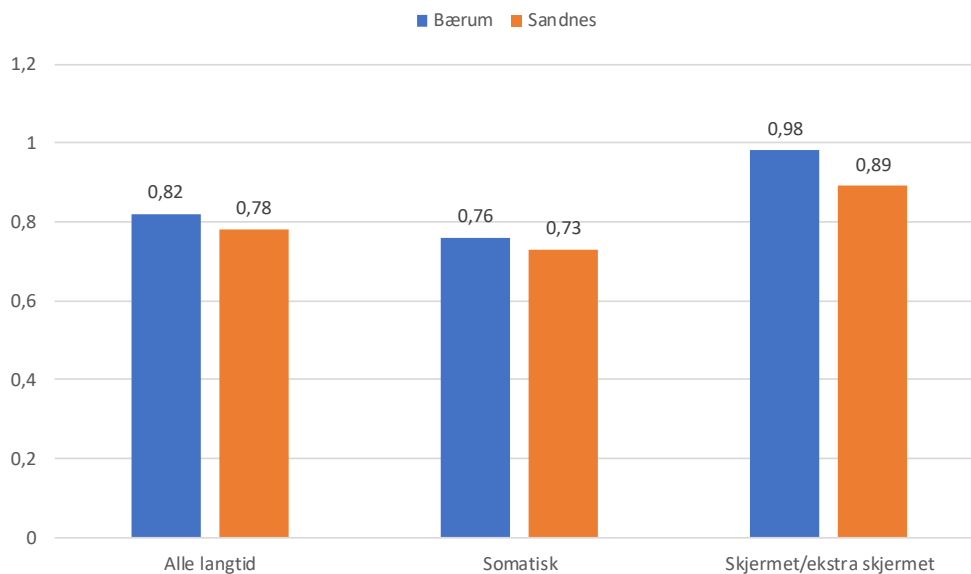
I figurene under sammenligner vil planlagt bemanning i Bærum og Sandnes. Først langtids plasser, deretter korttids plasser.

<sup>12</sup> Til tross for flere forespørsler fra oss, ønsket ikke Kristiansand å delta. Stavanger ønsket i utgangspunktet å bli med på prosjektet, og forsøkte også å få det til. Men det viste seg etter hvert at de måtte foreta omfattende manuelle tellinger for å skaffe til veie et godt datagrunnlag. Dette ble så tidkrevende for kommunen at de så seg nødt til å prioritere det bort. Både Kristiansand og Stavanger har vært og er, opptatt med kommunesammenslåinger. For Sandnes har vi plantall for 2019.

Hovedbildet er at den planlagte bemanningen er ca. 5 prosent høyere i Bærum enn i Sandnes. Vi ser at pleiefaktoren i Bærum er betydelig høyere hvis vi kun ser på skjermede/ekstra skjermede avdelinger. Dette kan være et uttrykk for forskjeller i prioritering, men det kan også ha med organisatoriske forskjeller å gjøre. I Sandnes finnes det per dato ikke ekstra skjermede (styrkede) avdelinger for demente, kun skjermede avdelinger. I Bærum finnes begge deler, og det er de ekstra skjermede avdelingene som trekker opp pleiefaktoren.

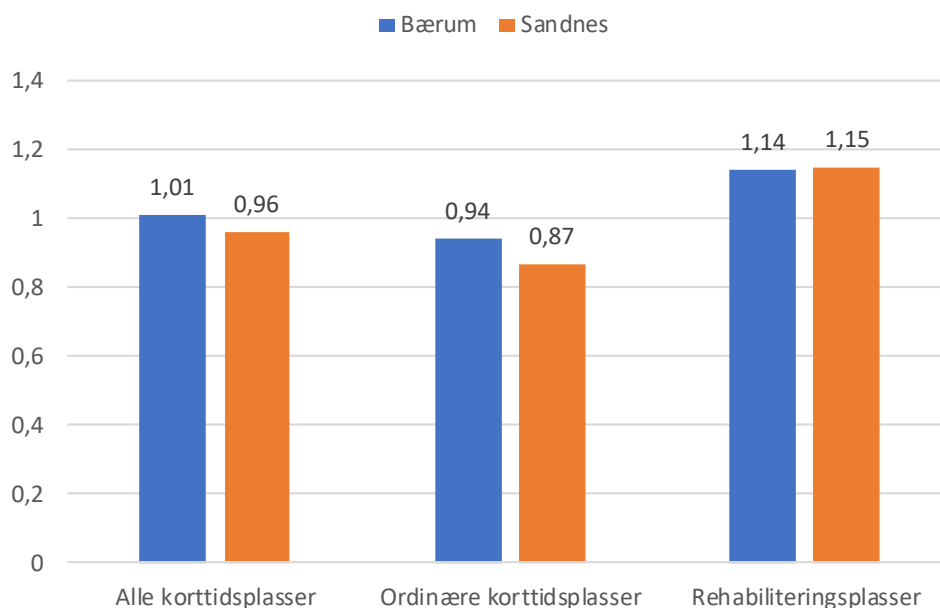
Dersom vi tar bort de styrkede avdelingene for demente i Bærum, er pleiefaktoren 0,75 ved de skjermede avdelingene i Bærum. Samtidig er det slik at plassene for demente i Sandnes rommer alle typer demente pasienter, også de mest urolige.

**Figur 8 – Planlagt bemanning langtids sykehjemsplasser, 1. halvår 2019.**



I tillegg til disse langtids sykehjemsplassene har Bærum 19 psykiatriske plasser. Der er planlagt pleiefaktor 1,08. Sandnes har 7 langtids lindrende plasser med en faktor på 1,25.

I figuren under sammenligner vi planlagt bemanning ved korttidsplassene. Et nokså likt bilde avtegner seg: Bemanningsfaktoren er 5 prosent høyere i Bærum enn i Sandnes. Forskjellen er størst for bemanningen ved de ordinære korttidsplassene. For rehabiliteringsplassene er pleiefaktoren ørlite høyere i Sandnes enn i Bærum.

**Figur 9 – Planlagt bemanning korttids sykehjemsplasser, 1. halvår 2019.**

#### 4.2.1 Oppsummering

Hovedbildet er at den planlagte bemanningen på sykehjem er ca. 5 prosent høyere i Bærum enn i Sandnes. Dette gjelder både korttids- og langtids plasser. Samtidig finner vi at Bærum bruker 6 prosent mindre per institusjons plass enn Sandnes kommune. Dette er overraskende, ettersom lønnsutgifter utgjør den største delen av en kommunes sykehjemsutgifter.

Det blir ikke mindre overraskende når både det objektive utgiftsbehovet forbundet med pleie og omsorg og andelen institusjonsbeboere med et omfattende bistandsbehov er høyere i Bærum enn i Sandnes.

Det er vanskelig å si noe sikkert om hva som er årsakene til mismatchen mellom pleiefaktor og institusjonsutgifter. En mulig forklaring er at de ansatte ved sykehjemmene i Sandnes har høyere kompetanse. Som vi skal se under er den planlagte kompetansen ved sykehjemmene i Sandnes gjennomgående høyere enn i Bærum.

### 4.3 Forholdet mellom planlagt og faktisk bemanning i Bærum

I tabellen under ser vi nærmere på forholdet mellom planlagt og faktisk årsverksinnsats ved bo- og behandlingssentrene i Bærum kommune. Den planlagte bemanningen for 2019 var 899,3 årsverk inklusive Gullhaug BBS, mens den faktiske bemanningen første halvår 2019 var 869,1 årsverk. Det vil si et avvik på drøyt 30 årsverk (4 prosent).<sup>13</sup>

Det største avviket finner vi blant avdelingssykepleierne der planlagte årsverk for 2019 var 37 årsverk inklusive Gullhaug BBS, mens det faktiske antallet første halvår 2019 var 28,9. Den faktiske bemanningen var dermed 22 prosent lavere enn den planlagte.

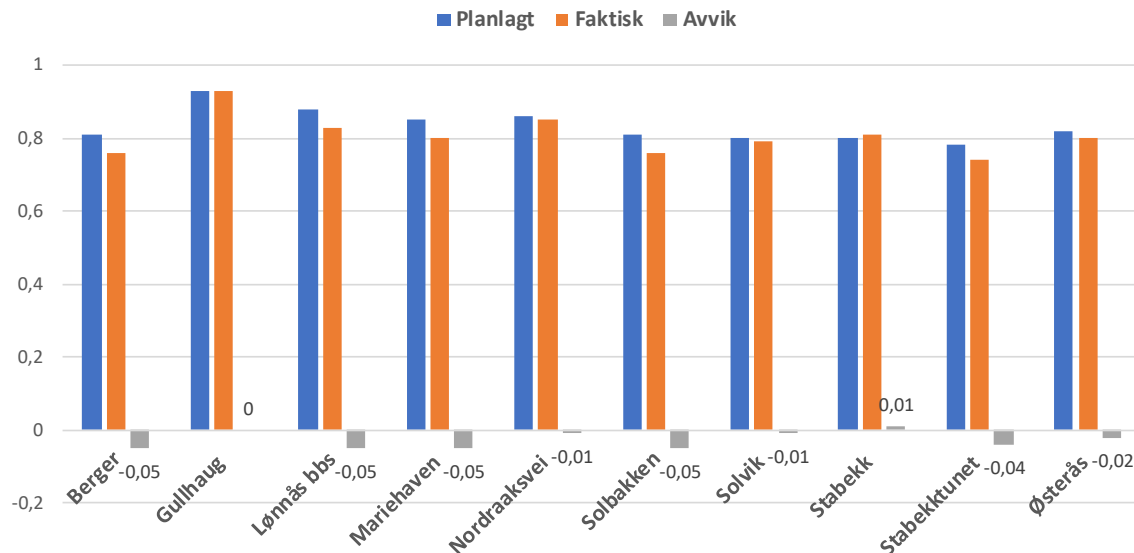
<sup>13</sup> Vi har fått opplyst i et av intervjuene at dette avviket sannsynligvis ville vært større om hele sommeren hadde vært inkludert. Ferietiden blir fremholdt som særlig krevende med tanke på å overholde planlagt bemanning.

**Tabell 4 – Planlagt årsverksinnsats ved bo- og behandlingssentrene inklusive Gullhaug BBS i Bærum for 2019 og faktisk årsverksinnsats per 1. halvår 2019. Kilde: Kommunen.**

	Planlagt	Faktisk	Avvik	Avvik i %
Totalt antall årsverk ved BBSene	899,3	869,1	30,2	4 %
Pleieårsverk minus avdelingssykepleiere	742,7	727,9	14,8	2 %
Årsverk avdelingssykepleiere	37	28,9	8,1	22 %

### 4.3.1 Langtidsplasser

I figuren under ser vi nærmere på forholdet mellom planlagt og faktisk bemanning ved langtidsplassene på det enkelte sykehjem. Pleiefaktor er for hvert BBS beregnet ved å dele årsverk ved langtidsavdeling(ene) med antall pleieårsverk ved disse avdelingene inklusive avdelingssykepleiere. Det er beregnet både planlagt og faktisk pleiefaktor.

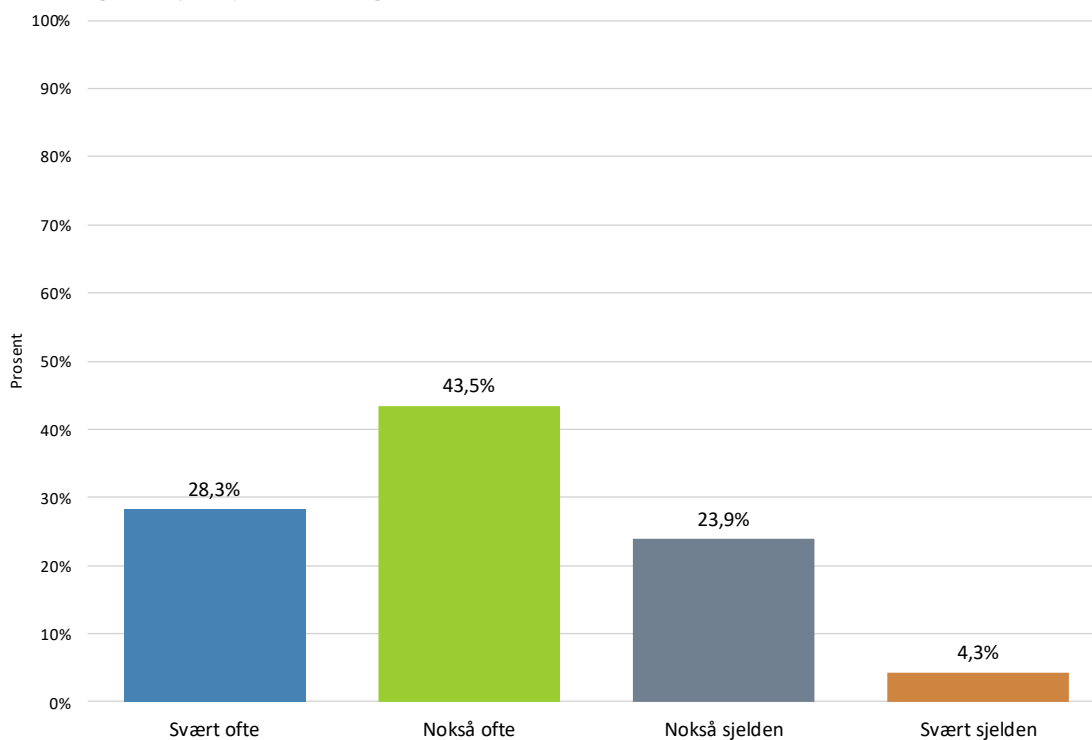
**Figur 10 – Forholdet mellom planlagt og faktisk bemanning – langtidsplasser (1. halvår 2019).**

**Kommentar:** Den faktiske bemanningen er stort sett lavere enn den planlagte, selv om avvikene ikke er så store. De største avvikene finner vi ved Berger, Lønnås, Mariehaven og Solbakken. Ved Stabekk har den faktiske bemanningen vært ørlite høyere enn den planlagte, mens det ikke er avvik ved Gullhaug. Der oppgir de at alle vakanser dekkes inn med vikarer.

Disse pleiefaktorene er beregnet samlet for alle typer langtidsavdelinger ved bo- og behandlingssentrene. Vi ser av figuren at det er noe variasjon i pleiefaktor mellom sentrene. Det har bl.a. sammenheng med hvilke typer sykehjemsavdelinger som finnes ved sentrene.

Illustrasjonen i figuren viser situasjonen ved sykehjemmene i en gitt periode, dvs. første halvår 2019. I spørreundersøkelsen spurte vi hvor ofte det oppstår avvik mellom planlagt og faktisk bemanning. Tilbakemeldingene tyder på at dette skjer relativt ofte.

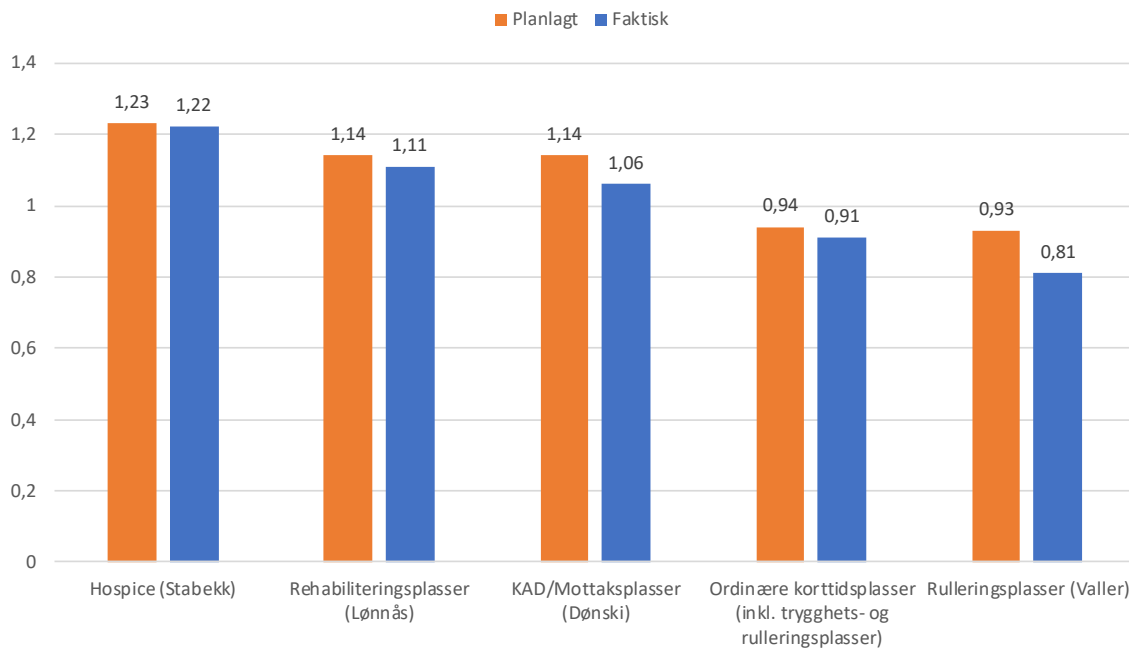
**Figur 11 – Hvor ofte eller sjelden vil du si at det oppstår avvik mellom planlagt og faktisk bemanning ved sykehjemsavdelingen(e)? (N=46).**



Intervjuene og svarene i spørreundersøkelsen tyder på at fravær er den viktigste grunnen til avvik mellom planlagt og faktisk bemanning, og at det er vanskelig å få tak i folk på kort varsel (93%). I noen tilfeller skyldes det også at det ikke blir meldt fra om fravær tidsnok (39 %). Intervjuene tyder på at årsaken til dette er at ansatte blir syke for et kortere tidsrom (influensa, omgangssyke etc.) – noe som er vanskelig å planlegge. Ifølge intervjuene skyldes det bare unntaksvis at de ansatte har manglende kjennskap til meldingsrutinene og er trege med å melde fra om sykdom til nærmeste leder. Flere av de intervjuede peker også på budsjettet til variabel lønn som en årsak til avviket. Budsjettet strekker ikke alltid til mht. innleie av vikarer, overtid ved fravær og til ekstrahjelp i krevende pasientsituasjoner.

### **4.3.2 Korttidsplasser**

Ulike typer korttidsplasser har naturlig nok ulike bemanningsnormer. I figuren under viser vi en oversikt over planlagt bemanning og den faktiske bemanningen for første halvår 2019.

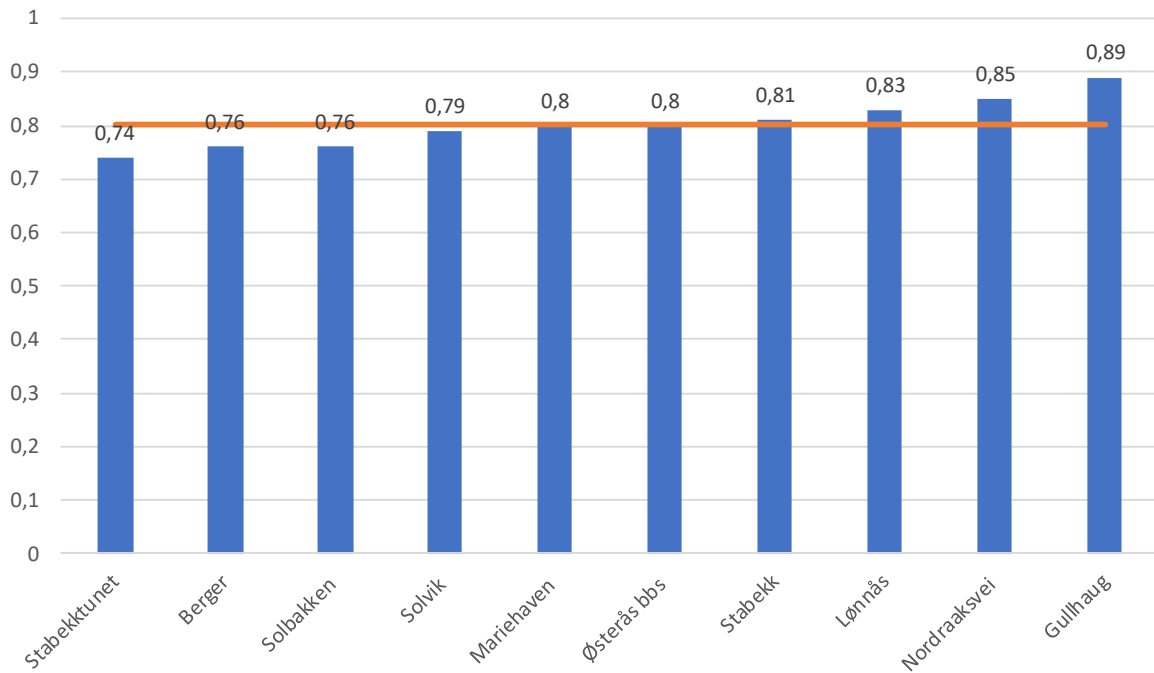
**Figur 12 – Forholdet mellom planlagt og faktisk bemanning – korttidsplasser (1. halvår 2019).**

Også for korttidsplassene er den faktiske bemanningen litt lavere enn den planlagte. Det minste bemanningsavviket finner vi ved Hospice Stabekk, lindrende enhet. Det største avviket finner vi for rulleringsplassene og KAD-/mottaksplassene. Pleiefaktorene for Hospice, KAD/mottaksplasser og rehabiliteringsplassene er i tråd med bemanningsnormen. For ordinære korttidsplasser er normen 1,00, mens faktisk pleiefaktor er 0,91.

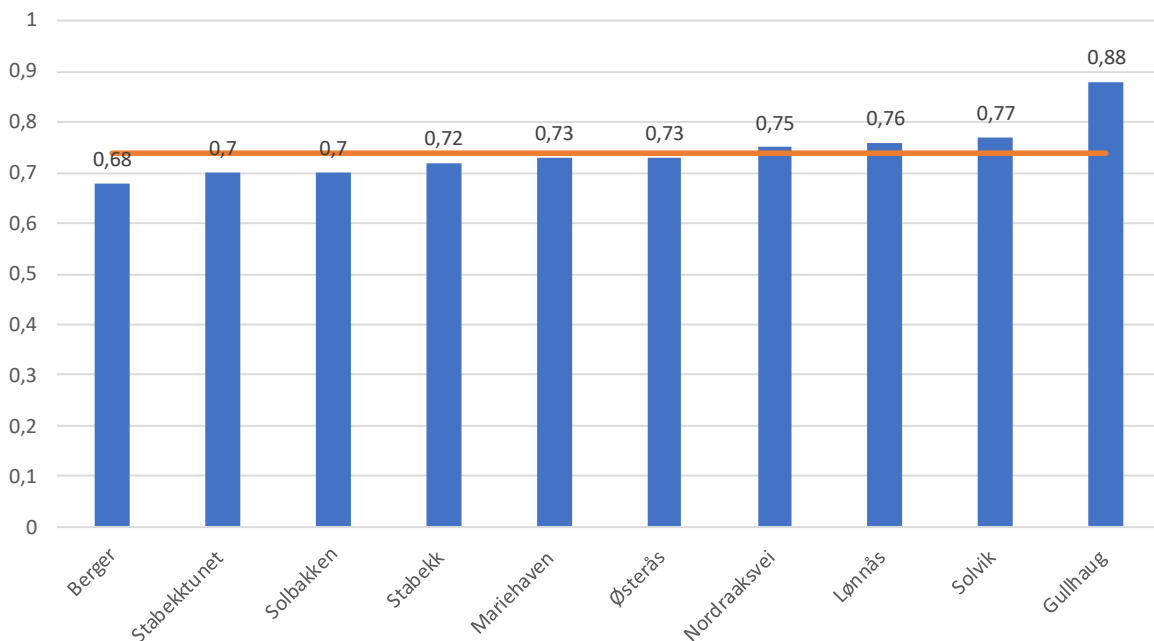
### 4.3.3 Faktisk pleiefaktor

I de tre neste figurene presenterer vi de faktiske pleiefaktorene ved langtidsplassene ved bo- og behandlingssentrene. I den første figuren presenteres den totale pleiefaktoren, og i de to neste presenterer vi de avdelingsvise pleiefaktorene, dvs. pleiefaktoren ved hhv. somatiske og skjermede langtidsavdelinger. Den røde linjen er snittet for alle sykehjemmene.

**Kommentar:** Den første figuren, som viser faktisk pleiefaktor ved alle langtidsplassene, gir et oversiktsbilde, men tar ikke høyde for at sykehjemmene har ulik sammensetning av somatiske, demente og ekstra skjermede plasser. De to neste figurene, som viser bemanning ved samme type plasser, er en mer rettferdig sammenligning, selv om Gullhaugs fleksible organisering vanskeliggjør en helt korrekt sammenligning. Dette er kommentert under figur 7.

**Figur 13 – Faktisk pleiefaktor – alle langtidsplasser (1. halvår 2019)**

I figuren under ser vi på faktisk pleiefaktor ved de somatiske langtidsplassene. Snittet er på 0,74, dvs. 0,01 lavere enn bemanningsnormen for denne typen plasser. **Hovedbildet er at den faktiske pleiefaktoren er nokså lik ved de ulike somatiske avdelingene, med noen få unntak.**

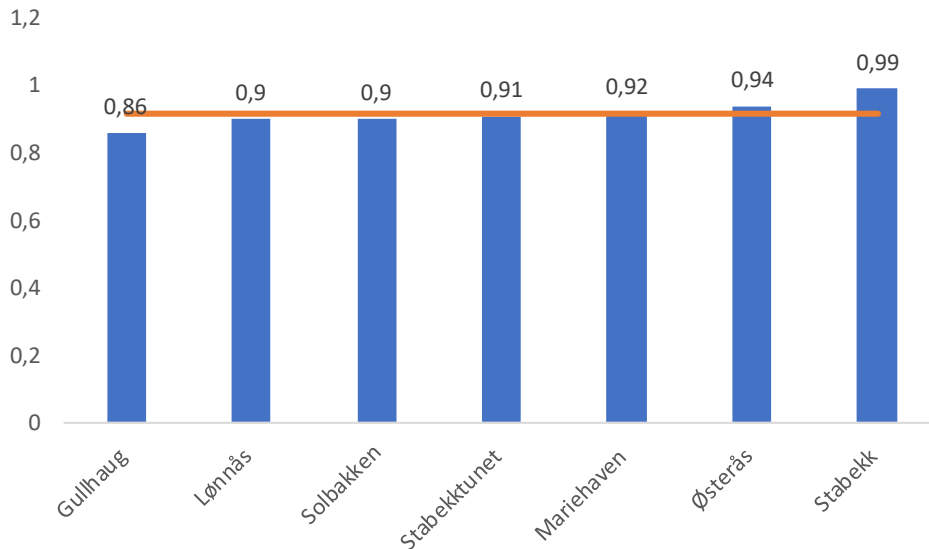
**Figur 14 – Faktisk pleiefaktor – ordinære langtidsplasser somatisk (1. halvår 2019)**

**Gullhaug** har høyest pleiefaktor ved de somatiske langtidsplassene, men er samtidig det sykehjemmet som har lavest pleiefaktor ved skjermet avdeling. Bemanningsfaktoren er dessuten nokså lik ved somatiske plasser og plasser for demente ved Gullhaug. Årsaken til dette er at Gullhaug har valgt en organisering som innebærer en fleksibel bruk av ressursene mellom avdelingene. Derfor blir det også vanskeligere for sykehjemmet å operere med skarpe skiller

mellom bemanningsfaktoren på de ulike avdelingene. Dette svekker sammenligningen og er hovedårsaken til at bemanningsfaktoren på Gullhaug gir denne type utslag.

I figuren under ser vi på pleiefaktoren ved skjermet avdeling demente. Det faktiske snittet her er på 0,92, mot 0,94 som er kommunens bemanningsnorm, det vil si et avvik på 0,02.

**Figur 15 – Faktisk pleiefaktor – langtidsplasser skjermet demente (1. halvår 2019)<sup>14</sup>.**



Hovedbildet også her er at forskjellene mellom sykehjemmene er små. Stabekk har litt høyere pleiefaktor ved demensavdelingene enn de andre bo- og behandlingssentrene.

Virksomhetsleder ved Stabekk BBS forklarer pleiefaktoren på demensavdelingen med at avdelingen er fordelt på to separate boenheter med ni beboere hver, og det er låste dører mellom enhetene. Dette medfører at fleksibiliteten i bruken av de ansatte er nokså begrenset: *«Jeg tror ikke vi kan gjøre det på noen annen måte.»*

De ansatte forteller også at bygningsutformingen gjør at det blir relativt store avstander og mye gåing hver dag.

Fra demensavdelingen forteller de at det ikke er uvanlig at de har enkelte urolige beboere som burde vært på en forsterket enhet, men som roer seg ned etter hvert. Sentrale faktorer her er at miljøet på hver avdeling er lite og at det er høy stabilitet av ansatte, hevdes det.

De ansatte ved de somatiske avdelingene ved Stabekk BBS gir uttrykk for at bemannings situasjonen er spesielt krevende i helgene, ved nattevakter og i feriene. Hovedårsaken til det er at man ikke klarer å dekke opp med fast ansatte, og at det ikke er andre sykepleiere *«å lene seg på»*. *«Ingen» ønsker å være alene som fagperson med masse vikarer.»* I en del tilfeller går avdelings sykepleier inn som sykepleier i det daglige stellet, men opplever ofte å stå i spagat mellom kontor- og papirarbeid og pleien.

Intervjuene med avdelingsledere og ansatte ved somatisk avdeling og demensavdeling ved Solbakken, viser at bemanningen til tider er trang: *«De er slitne – men klarer likevel å gjøre en god*

<sup>14</sup> I denne figuren anvender vi tallene for planlagt bemanning ved Mariehaven, ettersom sykehjemmet ikke splittet den faktiske bemanningen på skjermet og ekstra skjermet avdeling.

*nok jobb*». Det kommer også fram en bekymring om at bemanningen er «*skjevt fordelt mellom avdelingene*». Senteret har hatt en sak i Budstikka der det manglet sykepleier på en vakt. Ifølge intervjuene er ikke noe lignende skjedd siden ved senteret.

**Det er også tre ekstra skjermede avdelinger i kommunen.** Dette er Mariehaven (10 plasser), Nordraaksvei (17 plasser) og Solvik (3 plasser). Bemanningsfaktoren ved disse bo- og behandlingssentrene er på hhv. 0,99, 1,17 og 1,32. Vi får opplyst at disse variasjonene skyldes ulikheter mht. utageringer og bistandsbehov, samt antall plasser ved hver enhet. I intervjuene med avdelingsleder og ansatte ved Nordraaksvei vises det til flere episoder hvor ansatte har havnet i krevende pasientsituasjoner. De intervjuede mener dagens bemanning er nødvendig for å kunne håndtere pasienter med spesielt høyt bistandsbehov.

## 4.4 Vurdering

Det totale bildet for bo- og behandlingssentrene i Bærum er at den faktiske bemanningen var litt lavere enn den planlagte første halvår 2019. Den planlagte bemanningen for 2019 var 899,3 årsverk inklusive Gullhaug BBS, mens den faktiske bemanningen første halvår 2019 var 869,1 årsverk. Det vil si et avvik på drøyt 30 årsverk (4 prosent).

Det største avviket finner vi blant avdelingssykepleierne der planlagte årsverk for 2019 var 37 årsverk inklusive Gullhaug BBS, mens det faktiske antallet første halvår 2019 var 28,9. Den faktiske bemanningen var dermed 22 prosent lavere enn den planlagte.

Både ved langtidsavdelingene samlet og ved korttidsavdelingene var avviket ca. 3 prosent.

Det ble foretatt en gjennomgang av bemanningen i 2018, og den gjeldende budsjettmodellen skal i stor grad sikre lik pleiefaktor for samme type sykehjemsplass. Et stort flertall av de spurte i spørreundersøkelsen gir også uttrykk for at det bør være samme bemanningsnorm for samme sykehjemsavdeling.

Gjennomgangen vår viser at den faktiske pleiefaktoren er nokså lik ved de ulike bo- og behandlingssentrene, både når vi sammenligner somatiske avdelinger og når vi sammenligner demensavdelinger. Men vi registrer enkelte mindre forskjeller, noe som kan skyldes ulikheter i beboersammensetningen, ulikheter i bygningsmasse eller tilfeldigheter.

Også for korttids plassene er den faktiske bemanningen litt lavere enn den planlagte. Det minste bemanningsavviket finner vi ved Hospice Stabekk, lindrende enhet. Det største avviket finner vi for rulleringsplassene og KAD-/mottaksplassene. Pleiefaktorene for Hospice, KAD/mottaksplasser og rehabiliteringsplassene er i tråd med bemanningsnormen. For ordinære korttids plasser er normen 1,00, mens faktisk pleiefaktor er 0,91.

## 5. KOMPETANSE

### 5.1 Planlagt og faktisk kompetanse – hele kommunen

Revisjonskriteriene i denne delen er Bærum kommunes kompetansenormer for de ulike plasstypene. Disse framgår av tabellen under.

<b>Tabell 5 - Kompetansesammensetning basert på planlagt bemanning 2019. Kilde: Kommunen</b>			
	<i>Sykepleiere</i>	<i>Helsefagarbeidere</i>	<i>Ufaglærte</i>
<i>Ordinær langtid</i>	30 %	45 %	25 %
<i>Langtid skjermet</i>	30 %	45 %	25 %
<i>Langtid ekstra skjermet</i>	30 %	45 %	25 %
<i>Ordinær korttid</i>	45 %	35 %	20 %
<i>Rehabilitering</i>	50 %	35 %	15 %
<i>Hospice</i>	75 %	20 %	5 %
<i>KAD/mottak</i>	50 %	40 %	10 %

I spørreundersøkelsen vår svarer de aller fleste virksomhetsledere og avdelingsledere at den faktiske kompetansesammensetningen jevnt over er i samsvar med normen.<sup>15</sup> Dette svaret nyanseres i våre intervjuer: Grunnbemanningen er i samsvar med normen, men avviket oppstår ved fravær, fordi det er vanskelig å skaffe seg den nødvendige kompetansen, i særdeleshet sykepleiere. Dessuten viser flere av de intervjuede til at det er penger å spare i forhold til variabel lønn om det brukes ufaglærte eller ansatte med kort ansiennitet.

Tabellen under viser den faktiske bemanningen første halvår 2019. Hovedbildet er at det er færre sykepleiere på vakt enn planlagt, og at dette kompenseres med en større andel helsefagarbeidere eller ufaglærte, eller begge deler.

<b>Tabell 6 - Kompetansesammensetning basert på faktisk bemanning våren 2019. Samme kilde</b>			
	<i>Sykepleiere</i>	<i>Helsefagarbeidere</i>	<i>Ufaglærte</i>
<i>Ordinær langtid</i>	24 %	48 %	27 %
<i>Langtid skjermet</i>	23 %	50 %	27 %
<i>Langtid ekstra skjermet</i>	17 %	49 %	34 %
<i>Ordinær korttid</i>	35 %	44 %	21 %
<i>Rehabilitering</i>	49 %	27 %	25 %
<i>Hospice</i>	71 %	28 %	1 %
<i>KAD/mottak</i>	43 %	37 %	20 %

Minst avvik finner vi ved rehabiliteringsplassene. Der er den faktiske sykepleierdekningen omtrent den samme som den planlagte bemanningen. Størst avvik finner vi ved de ekstra skjermede dementavdelingene og ved de ordinære korttidsavdelingene.<sup>16</sup>

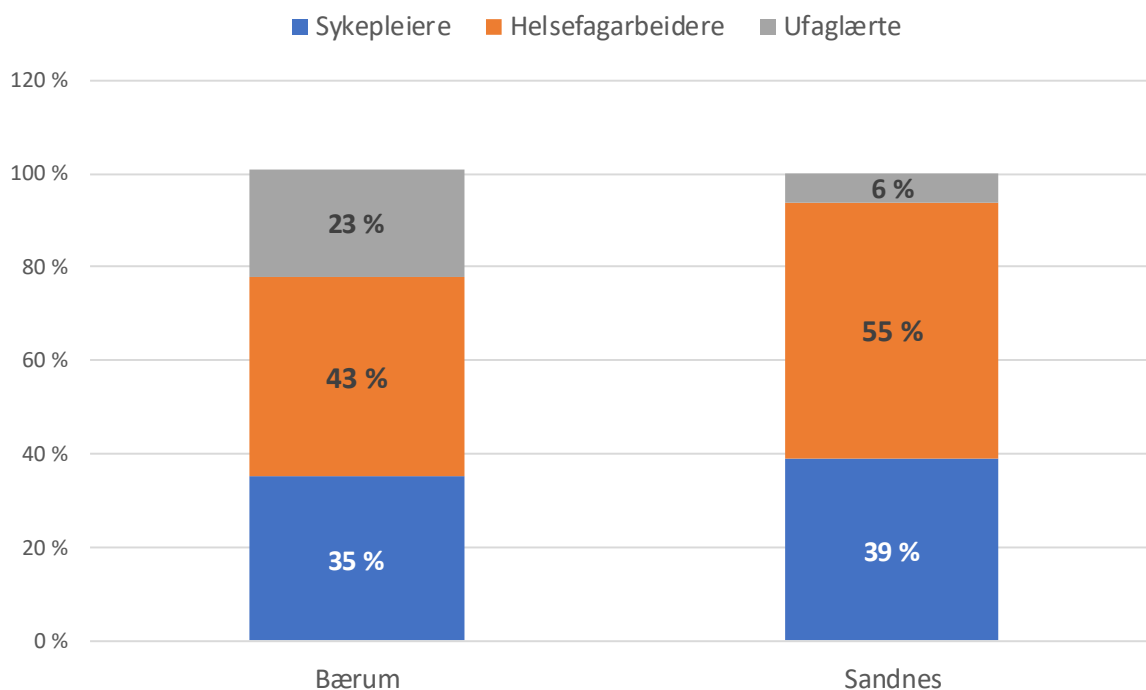
<sup>15</sup> 83 prosent svarer i svært stor grad eller i noen grad.

<sup>16</sup> Rulleringsplassene inngår i korttidsplassene, men det er ikke mulig å skille ut disse i forhold til årsverk. Unntaket er Valler BBS der vi kan beregne pleiefaktor for de 21 rulleringsplassene, henholdsvis en planlagt faktor på 0,93 og en faktisk

## 5.2 Planlagt kompetanse i Bærum og Sandnes

Vi har også sammenlignet den planlagte kompetansen ved sykehjemmene i Bærum og Sandnes. Vi ser at Sandnes planlegger med en høyere kompetanse enn Bærum. Den planlagte andelen ufaglærte er langt høyere i Bærum enn i Sandnes.

**Figur 16 - Planlagt kompetanse ved det totale antallet sykehjemsplasser i Bærum og Sandnes, 1. halvår 2019<sup>17</sup>**



Vi vet imidlertid lite om hvordan den *faktiske* kompetansefordelingen har vært i Sandnes første halvår 2019, ettersom kommunen ikke hadde disse tallene tilgjengelige.

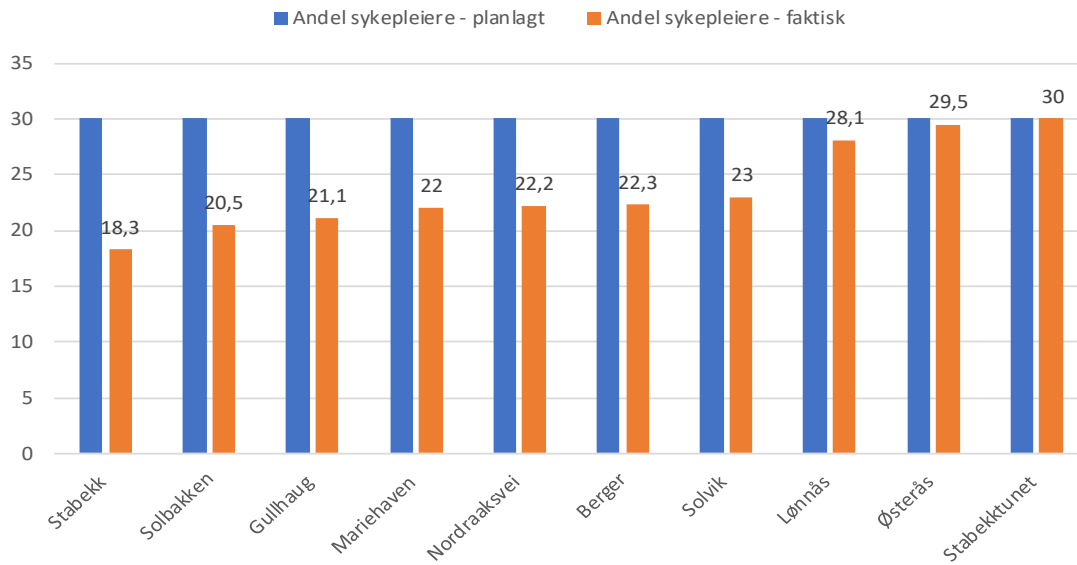
## 5.3 Sykepleierandel ved langtidsavdelingene

Figurene under tyder på at de ulike bo- og behandlingssentrene lykkes i ulik grad mht. å skaffe nødvendig sykepleierkompetanse til langtidsavdelingene.

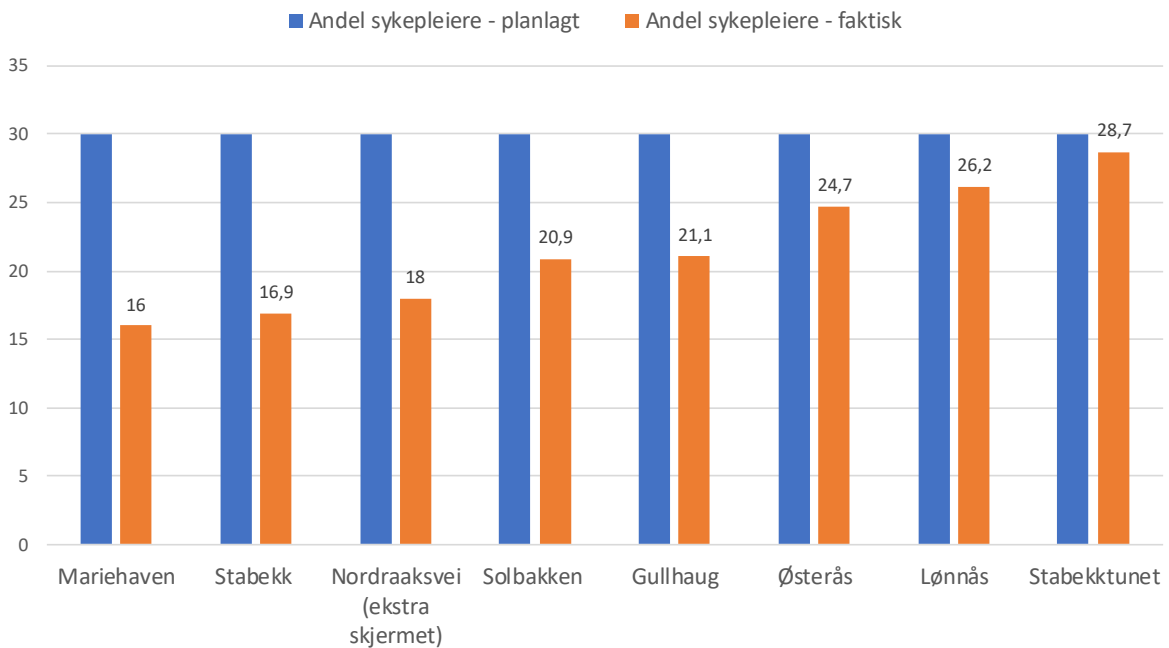
pleiefaktor på 0,81 første halvår 2019. Rulleringsplassene har en planlagt sykepleierdekning på 30 prosent. Dette gjør at avviket mellom planlagt og faktisk bemanning for summen av disse er noe mindre enn det som illustreres i figuren.

<sup>17</sup> Sandnes klarte ikke å skille bemanningen på ulike typer plasser. I Bærum har vi derfor gjort en beregning av den samlede planlagt kompetanse ved alle sykehjemsplasser, både for langtid og korttid. Da har vi lagt til grunn en samlet planlagt bemanning for korttidsplassene 50, 35 og 15 prosent for hhv. sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. For langtidsavdelingene har vi lagt til grunn den planlagte kompetansefordelingen, dvs. 30, 45, 25. Dette gir et relativt presist sammenligningsgrunnlag.

**Figur 17 – Forholdet mellom den planlagte og faktiske sykepleierandelen ved ordinære langtidsavdelinger somatisk, 1. halvår 2019 - i % (Kilde: kommunen).**



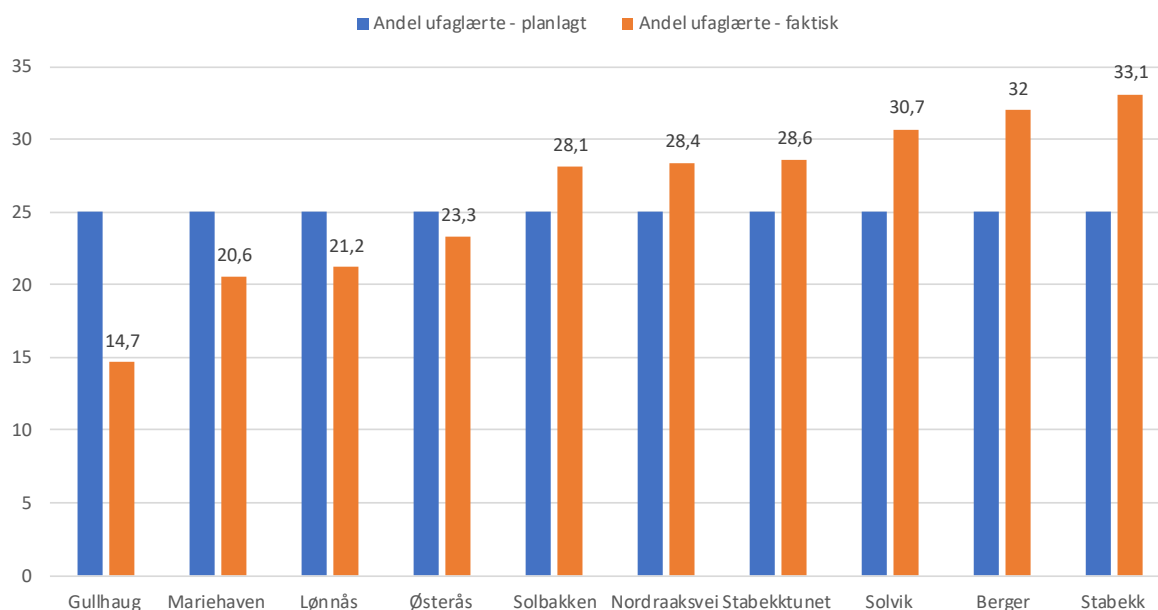
**Figur 18 – Forholdet mellom den planlagte og faktiske sykepleierandelen ved skjermede langtidsavdelinger for demente, 1. halvår 2019 - i % (Kilde: Kommunen).**



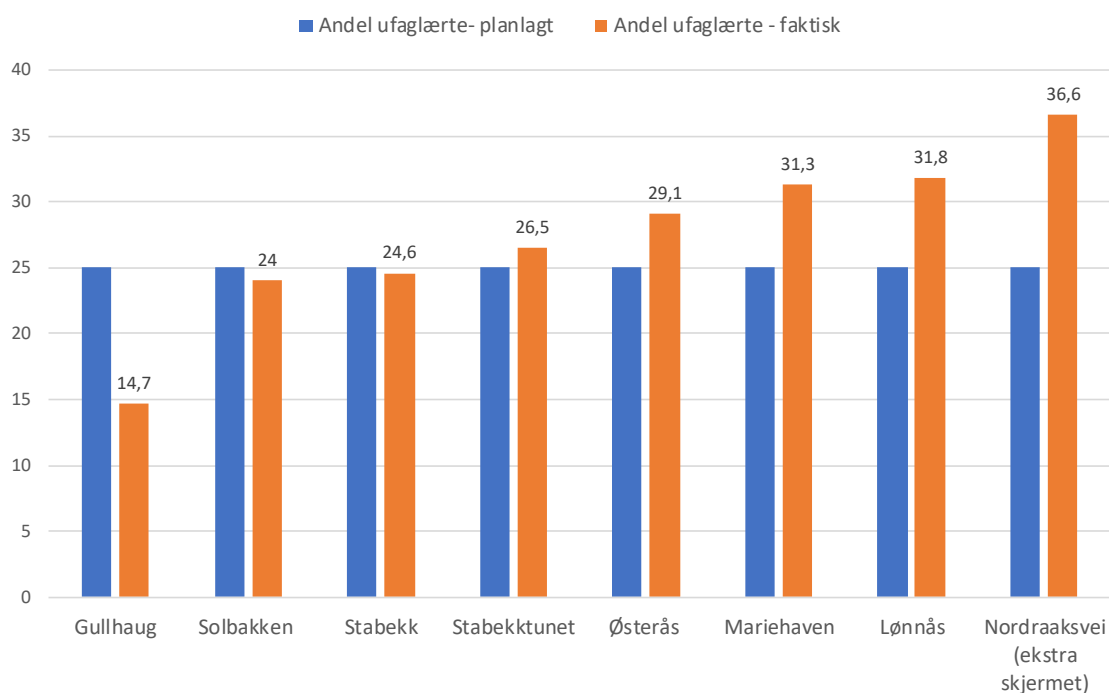
## 5.4 Andel ufaglærte ved langtidsavdelingene

Figurene under tyder på at sentrene lykkes i ulik grad mht. andelen ufaglærte.

**Figur 19 – Forholdet mellom den planlagte og faktiske andelen ufaglærte ved ordinære langtidsavdelinger, 1. halvår 2019 - i % (Kilde: Kommunen).**



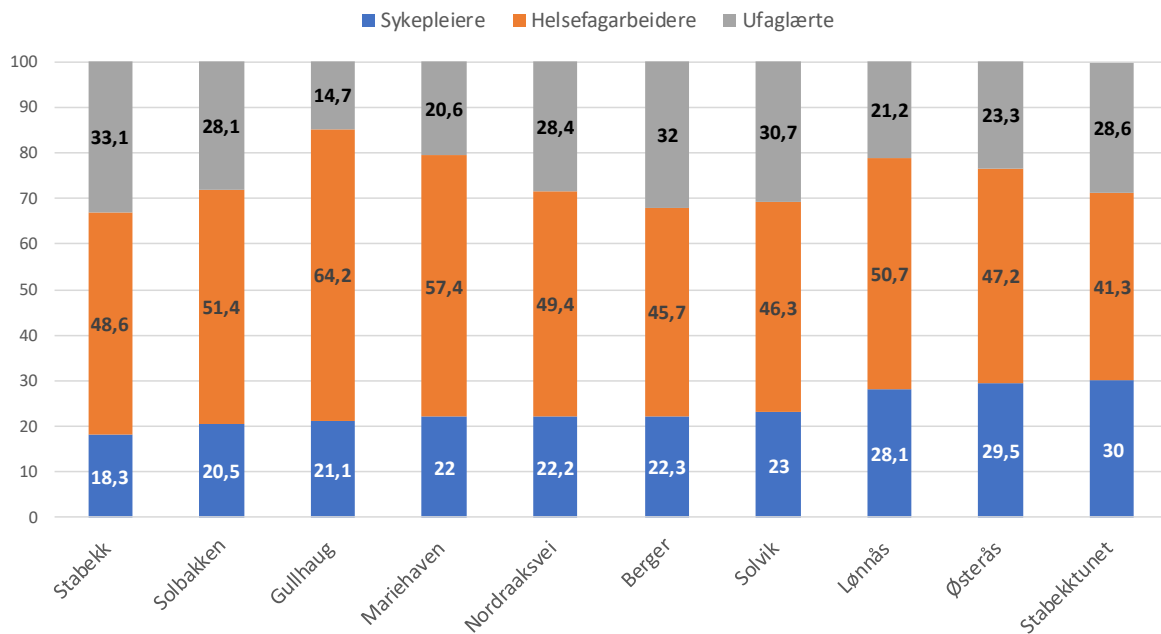
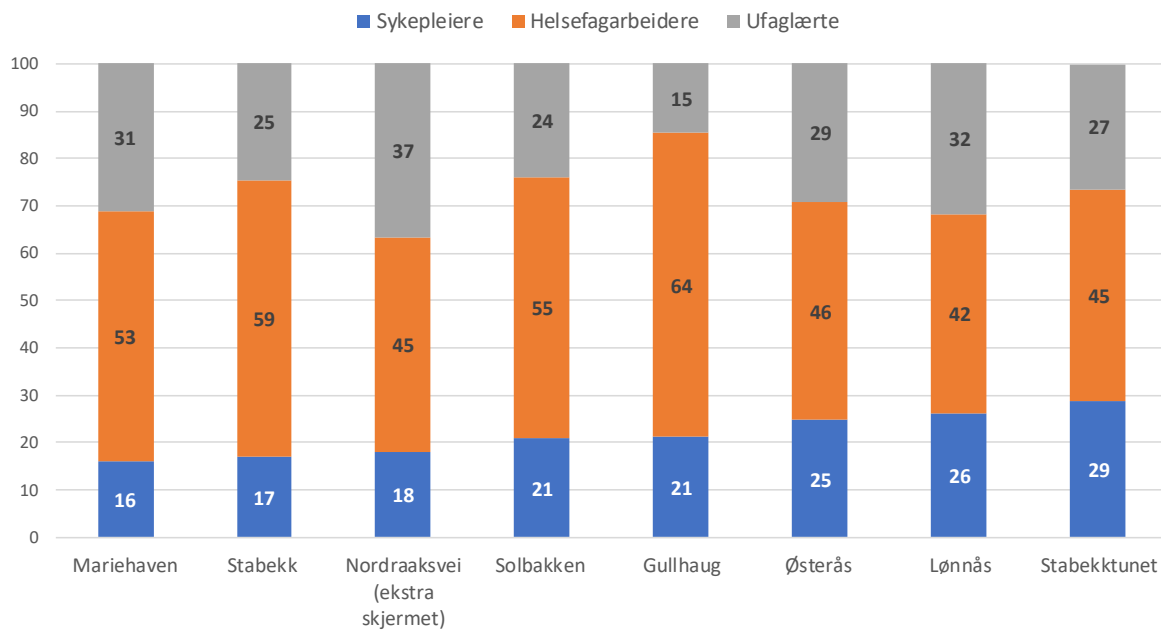
**Figur 20 – Forholdet mellom den planlagte og faktiske andelen ufaglærte ved skjermede langtidsavdelinger for demente, 1. halvår 2019 - i % (Kilde: Kommunen).**



Merk at ekstra skjermet avdeling ved Nordraaksvei har den høyeste andelen ufaglærte og er blant bo- og behandlingssentrene med lavest andel sykepleiere.

## 5.5 Kompetansefordeling – langtidsavdelinger

I figurene under viser vi den totale kompetansesammensetning ved hvert av de kartlagte bo- og behandlingssentrene, første halvår 2019.

**Figur 21 – Kompetansefordeling – faktisk bemanning – ordinær langtid, 1. halvår 2019 (i %).****Figur 22 – Kompetansefordeling – faktisk bemanning – skjermet demens, 1. halvår 2019 (i %).**

## 5.6 Planlagt og faktisk kompetanse - korttids plassene

Ettersom korttidsavdelingen er ulike, har de også ulike kompetansenorm, jf. tabellen nedenfor. Det er derfor ikke hensiktsmessig å sammenligne faktisk kompetansefordeling slik vi har gjort ifm. langtids plassene. Det vi i stedet gjør er å presentere alle prosentandelene for både planlagt kompetanse og faktisk kompetanse, ved de ulike korttids plassene.

**Tabell 7 - Forholdet mellom planlagt og faktisk bemanning på ulike korttidsplasser, 1. halvår 2019 (i %)**

	Stabekk (lindrende)	Dønski (KAD)	Lønnås (rehab)	Valler (vanlig) <sup>18</sup>	Solvik (vanlig)	Berger (psyk-ger) <sup>19</sup>
Sykepleiere - planlagt	75	50	50	45	45	30
Sykepleiere - faktisk	70,7	42,5	48,5	34	36,5	22,8
Helsefagarb - planlagt	20	40	35	35	35	45
Helsefagarb - faktisk	28,1	37,3	26,9	48,2	39,5	49,7
Ufaglærte - planlagt	5	10	15	20	20	25
Ufaglærte faktisk	1,2	20,2	24,6	17,8	24	27,5

Også her er hovedbildet at det er en lavere andel sykepleiere på jobb enn hva som er planlagt. Ved Stabekk Hospice er dette kompensert gjennom en økt bruk av helsefagarbeidere og en lavere bruk av ufaglærte, enn det som ligger i kompetansenormen. Ved KAD-/mottaks-plassene (Dønski BBS) har det vært dobbelt så mange ufaglærte på jobb første halvår 2019 enn det som var planlagt. Også ved rehabiliteringsavdelingen ved Lønnås BBS har andelen ufaglærte vært høy første halvår 2019. Valler BBS derimot ligger lavere enn planlagt andel.

## 5.7 Hvorfor er det vanskelig å følge kompetansenormene?

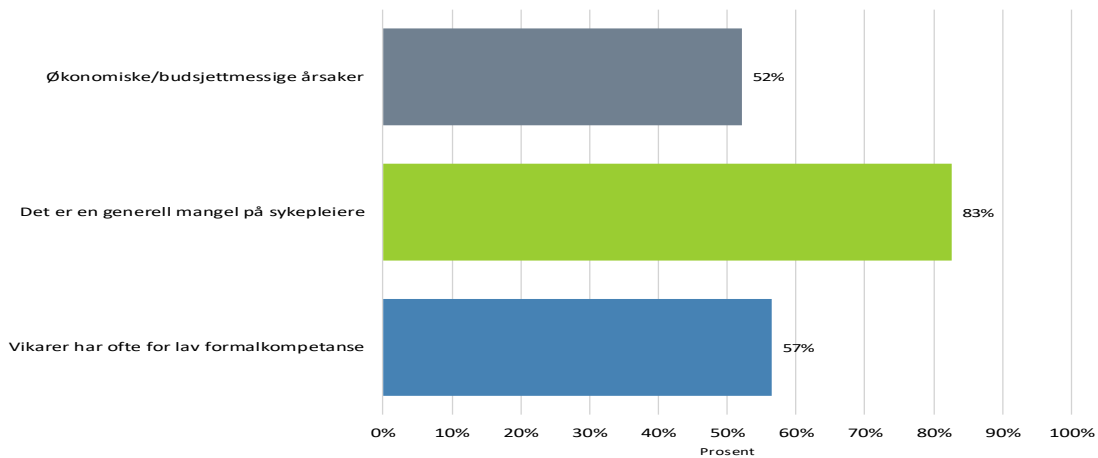
I undersøkelsen spurte vi om hvorfor det er utfordrende å følge kompetansenormene. De tre viktigste årsakene presenteres i figuren under. Både svarene i spørreundersøkelsen og svarene i kommentarfeltet tyder på at sykehjemmene sliter med å dekke inn sykepleiere ved fravær. Dette gjelder i første rekke ifm. nattevakt, helger og ferier.

Det er verdt å merke seg at over halvparten av de spurte gir uttrykk for at det er økonomiske eller budsjettmessige årsaker til at de ikke klarer å oppfylle planlagt kompetansesammensetning. Dette er også nevnt i flere av intervjuene. Noen av de intervjuede har pekt på at tildelt budsjett til variabel lønn er for lite til å dekke sykefravær som er høyere enn måltall for fraværet. For å unngå budsjettoverskridelser tas det inn «billige» ufaglærte i stedet for helsefaglig kompetanse som gjerne koster mer.

<sup>18</sup> Valler BBS inkluderer både ordinære korttidsplasser og rulleringsplasser. Kompetansenormen gjelder for begge typer.

<sup>19</sup> De psykogeriatriske sykehjemsplassene ved Berger BBS er langtidsplasser, men er vist her, siden det er spesialplasser.

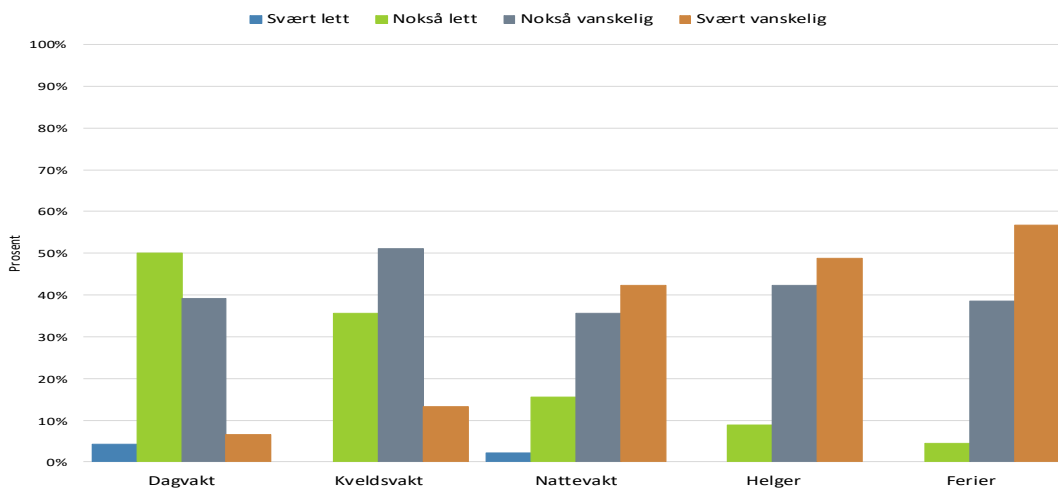
**Figur 23 – Dersom det i noen situasjoner er utfordrende å oppfylle planlagt kompetansesammensetning ved sykehjemsavdelingen(e) – hva skyldes dette? (N =46. Flere kryss er mulig).<sup>20</sup>**



Figuren over er nokså illustrerende for når det er vanskelig å sikre tilstrekkelig sykepleierkompetanse. Flere opplever det som «*nesten umulig*» å rekruttere sykepleiere til vikariater. Det blir påstått i flere av intervjuene at Bærum har et rykte på seg at kommunen mangler sykepleiere, og at dette kan virke negativt inn på rekrutteringen av nye sykepleiere.

Figuren under er nokså illustrerende mht. *når* det er vanskelig å sikre tilstrekkelig sykepleierkompetanse. Flere opplever det som «*nesten umulig*» å rekruttere sykepleiere til vikariater. Det er også blitt vanskelig å rekruttere sykepleiere til faste stillinger.

**Figur 24 – Hvor lett eller vanskelig er det å sikre tilstrekkelig sykepleiekompetanse i følgende situasjoner? (N= 45).**



Det blir pekt på at man må jobbe hardt for å skaffe vikarer og at det kan være vanskelig å få napp via stillingsannonser. Enkelte bruker nettverk for å sikre kvalifisert arbeidskraft.

Fra Gullhaug pekes det på at det som regel går greit dersom noen er syke på dagtid. Da trenger «*vi sjelden å finne erstatter. Vi klarer å dekke det innenfor gjeldende organisering.*»

<sup>20</sup> Annet – med beskrivelse var også et alternativ. Under 10 prosent svarte annet.

Vi får også opplyst at det er blitt vanskeligere å rekruttere helsefagarbeidere som vikarer: «Det er kun assistenter som går greit.»

### 5.7.1 Kompetanseutfordringer

Både i spørreundersøkelsens kommentarfelt og i intervjuene gav flere uttrykk for at kommunen har betydelige kompetanseutfordringer i forhold til sentrene. Vi har oppsummert de momentene som gikk mest igjen, og supplert hovedpunktene med et utvalg kommentarer.

#### De aller fleste opplever det som veldig utfordrende å få tak i nok sykepleiere:

- *Problemet er at de økonomiske rammene er knappe. Det er vanskelig å få dekket inn særlig sykepleier ved fravær, det være seg sykdom eller annet fravær. Dette blir ofte dekket inn av ufaglærte vikarer.*
- *Tilnærmet umulig å rekruttere sykepleiere fra Oslo pga. at 40 % kvelds- og nattlegg er fjernet. Samt at "alle vet" at det er mangel på sykepleiere i Bærum og at jobben derfor blir ekstra tøff. "Det er ikke verdt det" Høyere sykepl. bemanning hadde gitt høyere status. Sykehjemmene er også altfor dysfunksjonelle å arbeide i. Oppdelte avdelinger og 70 meter lange korridorer. Liten kontakt med alle beboerne. Rommene er unødvendig store. Beboere vil helst ha trygghet. De vil "se" ansatte hele tiden. Nå ser de knapt 2 ansatte en hel kveld.*
- *Som leder anser jeg kompetanseplan og sammensetning på nåværende tidspunkt som tilstrekkelig. Utfordringene oppstår ved fravær av eksempelvis sykepleier og eller andre sentrale fagpersoner med spesialiserte arbeidsoppgaver. Vi har eksempelvis ikke nok sykepleiere som venter på at det skal være ledige vakter som de kan jobbe. Ved fravær av avgjørende fagkompetanse blir vi derfor ofte nødt til å leie inn ansatte som allerede går i faste stillinger. Dette utløser ofte overtid/ forskyving av vakter som igjen påvirker den økonomiske rammen.*

#### Flere mener at Bærum kommune må gjøre seg mer attraktive overfor sykepleierne:

- *Det handler om lønn samt å ha nok fagfolk og grunnbemanning slik at sykepleierne opplever å ha nok tid og kollegaer å dele ansvaret med.*
- *Det bør jobbes mer sentralt med strategiske virkemidler for å rekruttere flere sykepleiere.*
- *Bærum kommune må gjøre seg mer attraktiv for å rekruttere spesielt sykepleiere. Dette handler om lønn samt å ha nok fagfolk og grunnbemanning slik at sykepleierne opplever å ha nok tid og kollegaer å dele ansvaret med.*

Et annet moment som flere mener svekker kommunens attraktivitet overfor sykepleiere, og som også er et problem i seg selv: Pleierne får jobbe for lite med rene sykepleiefaglige oppgaver fordi de har for mange ikke-pleiefaglige oppgaver som tar for mye av arbeidstiden. Flere mener dette er et stort problem:

- *Pleierne har for mange roller/hatter, viktige støttefunksjoner er tatt vekk eller og/redusert på opp gjennom årene. Pleiere har ansvar for kjøkken med rydding/ dekking, servering av mat og tilrettelegge i spisesituasjon. Pleiere har ansvar for aktiviteter, mobilisering og oppfølging av hjelpemidler pga. få aktivtører og ingen fysioterapeut eller ergoterapeut.*
- *La sykepleierne få tid til å gjøre sykepleieroppgaver. Dvs. fritas fra oppgaver som kan utføres av helsefagarbeidere eller annet personale. (...) Avdelingsleder kan fritas for flere merkantile oppgaver, og heller bruke tid på faglig veiledning, pårørendesamtaler og sykefraværsoppfølging. I dag bruker jeg ca. 1-3 timer hver dag til å ringe rundt til ekstravakter for å sørge for forsvarlig bemanning. Jeg vil heller være ute i miljøet og jobbe med å få ned sykefraværet.»*

- *Bærum kommune har fjernet så og si alle støttestillinger i institusjonstjenesten. Oppgaver som andre ivaretok før, er overflyttet til lederne eller pleiepersonalet. Avdelingssykepleierne regnes med i grunnbemanningen (pleieindikatoren), slik at den reelle grunnbemanningen er lavere enn det som fremkommer av oversikter for BK. Avdelingslederne og tjenesteleder henger fast i driftsoppgaver og har ikke nok tid til strategisk ledelse, kvalitetsforbedringer og faglige mål.*
- I intervjuene pekes det også på mange ikke-pleiefaglige ekstraoppgaver: *Vi skulle ønske oss mer tid med beboerne og mer tid til aktiviteter.*
- En av avdelingssykepleierne vi intervjuet sa det slik: *«jeg blir spist opp av kontorarbeid».* Relativt mange av de intervjuede peker på at det blir feil å regne avdelingssykepleier med i pleiefaktoren i og med at de mest av alt gjør personalarbeid og administrative oppgaver.

En del viser også til oppgaver som rydding av varelager, beboerrom, fellesareal, fordeling av klær, og arbeid på skyllerom.

Noen mener at grunnbemanningen for sykepleiere er for lav, og at sykehjem har lav status blant sykepleierne på grunn av lite fagmiljø. Det pekes på at sykepleierne er for mye alene på avdelingen og dermed i noen tilfeller blir en «flaskehals» som alle leter etter. Det pekes også på at det er mer krevende å være på jobb med bare vikarer eller mange ufaglærte: *Stort ansvar, men ingen å spørre.* Dette mener de svekker kommunens evne til å rekruttere sykepleiere, fordi mangel på fagmiljø gjør at mange foretrekker å arbeide på sykehus.

I intervjuene og i kommentarfeltet tas det til orde for at kommunen bør øke antallet sykepleiere i grunnbemanningen: *«Kanskje vi skal tørre å legge grunnbemanningen noe høyere for å redusere fraværet?».* Det pekes på at dette vil kunne gi en helt marginal ekstrakostnad for kommunen, ettersom man da i større grad vil kunne dekke fravær (sykdom, permisjon eller annet) innenfor gjeldende bemanning.

Det bør legges til at de aller fleste som har vært med i spørreundersøkelsen, er sykepleiere. Det kan tenkes at andre profesjoner hadde vurdert kompetansesituasjonen noe annerledes.

Enkelte gir også uttrykk for at fagforeningene preges av et konservativt og lite fleksibelt tankesett, noe som gjør det vanskelig å prøve ut nye turnusløsninger/vaktordninger, i tråd med det flere ansatte ønsker. Også fleksible løsninger der (noen) ansatte beveger seg over avdelingsgrensene - alt etter hvor behovet er størst – har vært vanskelig å prøve ut.

## 5.8 Gullhaugs grep for å håndtere kompetanseutfordringene

Gullhaug BBS har valgt en litt annen tilnærming til kompetanseutfordringen.

Ved Gullhaug er det fire beboerteam som utgjør grunnbemanningen. I tillegg er det et fagteam på topp, som server beboerteamene. Dette er illustrert i figuren under. Vi får opplyst at dette er en mer fleksibel bruk av ressursene som blant annet innebærer et større fagmiljø for sykepleierne og at de brukes på en annen måte. Det pekes på at dette er en mer attraktiv organisering for sykepleierne, noe som *«er viktig i en tid det er sykepleiermangel»*<sup>21</sup>. Det pekes på at det før var vanskeligere å bruke ressursene fleksibelt, fordi sykepleiernes lojalitet var knyttet opp mot det teamet de jobbet i. Virksomhetsleder peker videre på at denne organiseringen fordrer kreativitet og fleksibilitet, noe som styrker kvaliteten på tjenesten.

<sup>21</sup> Det er alltid minst en sykepleier på fagteamet. På dagtid i ukene er det 3-4 sykepleiere og 2 på kveldsvakten (krav fra kommunen i anbud) og mens det er 1 sykepleier på nattskiftet.

Figur 25 – Organisering Gullhaug bo og behandlingssenter.<sup>22</sup>

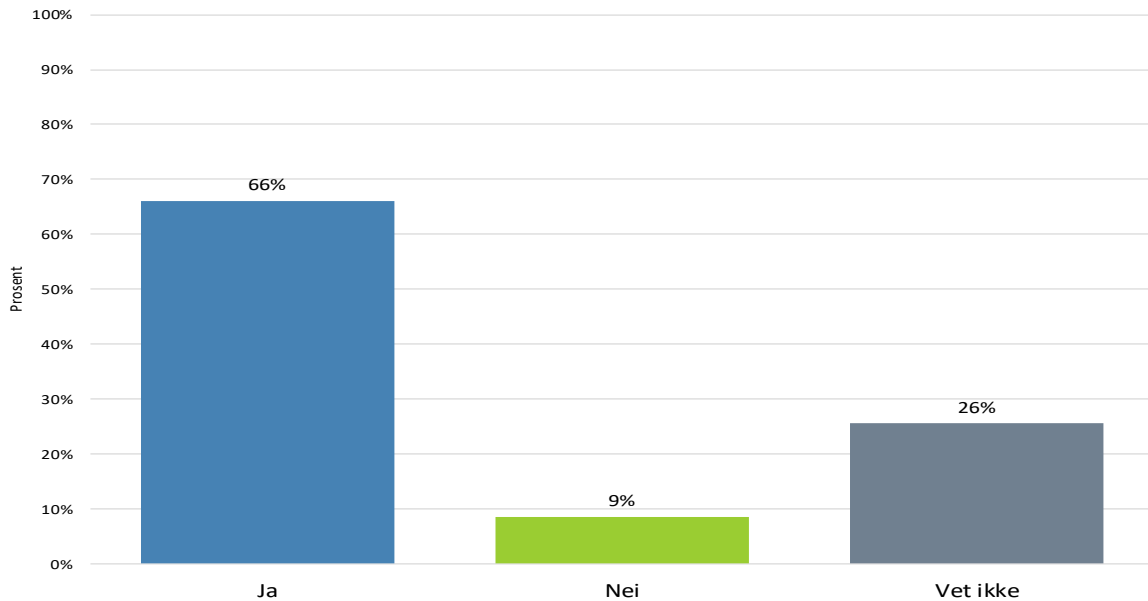
Hovedbildet er at behovene dekkes fortløpende av fagteamet og at det ikke er rift om disse blant beboerteamene. Men enkelte peker på at organiseringen kan være krevende når den ikke fungerer etter hensikten, og at det tidvis kan være utfordrende for demente pasienter, som gjerne ønsker en mest mulig stabil personalgruppe.

## 5.9 Strengere krav til kompetansesammensetning?

I undersøkelsen stilte vi også spørsmål om det burde stilles strengere krav til kompetansesammensetning på de ulike sykehjemmene. Figuren under viser at to tredjedeler av respondentene mener at det bør det.

<sup>22</sup> Mottatt av virksomhetsleder 20.12.19.

**Figur 26 – Bør det stilles strengere krav til at faktisk kompetansesammensetning er i tråd med planlagt kompetansesammensetning? (N=47).<sup>23</sup>**



Det er både forståelig og overraskende at så mange av respondentene mener at det bør stilles strengere krav til kompetansesammensetningen. Forståelig - fordi vi finner en del avvik fra normen ved flere av sentrene. Overraskende – fordi de fleste gir uttrykk for at det er svært vanskelig å få tak i nødvendig kompetanse ved fravær.

## 5.10 Vurdering

Den planlagte kompetansen i Bærum er gjennomgående lavere enn den planlagte kompetansen i Sandnes, noe som resulterer i at den planlagte andelen ufaglærte medarbeidere er høyere i Bærum enn i Sandnes.

Vi vet ikke hvordan den faktiske kompetansefordelingen har vært i Sandnes (måles ikke), men de betydelige forskjellene i planlagt bemanning gir grunn til å tro at også den faktiske kompetansen er høyere ved sykehjemmene i Sandnes. En faktor som styrker en slik hypotese er at Sandnes bruker mer penger på institusjonsplass, men har en lavere pleiefaktor. Det er altså høyere kompetanse i Sandnes som kan forklare dette tilsynelatende paradokset.

Hovedbildet første halvår 2019 er at det i kommunen er færre sykepleiere enn planlagt og dette kompenseres med en større andel helsefagarbeidere eller ufaglærte, eller begge deler. Minst avvik finner vi ved rehabiliteringsplassene. Der er den faktiske sykepleierdekningen omtrent den samme som den planlagte. Størst avvik finner vi ved de ekstra skjermede dementavdelingene og ved ordinære korttidsavdelinger.

Sykehjemmene lykkes i ulik grad mht. å skaffe nødvendig sykepleierkompetanse til langtidsplassene. Ved flere sykehjem er det et betydelig avvik mellom planlagt og faktisk sykepleierandel, mens ved andre er forskjellene små. Stabæktunet bo- og behandlingssenter har lykkes godt med dette. Her var den faktiske og planlagte sykepleierdekningen omtrent lik.

<sup>23</sup> Vi stilte det samme spørsmålet knyttet til planlagt vs. faktisk bemanning. Det gav en relativt lik svarfordeling, dvs. 73 prosent ja og 4 prosent nei. Vi stilte også spørsmål om det bør stilles strengere krav til formalkompetanse ved bruk av vikarer – 71 % ja, 4 % nei.

Også bruken av ufaglærte varierer mye. Stabekk bo- og behandlingssenter og ekstra skjermet avdeling i Nordraaksvei er blant de som har den høyeste andelen ufaglærte. Disse to er også blant de som har den laveste sykepleierandelen. Kombinasjonen av disse to faktorene må mest sannsynlig by på kompetansemessige utfordringer.

Gullhaug bo- og behandlingssenter har også et klart avvik mellom planlagt og faktisk sykepleierdekning, men her er avviket kompensert med en høy andel helsefagarbeidere. Gullhaug er senteret som har lavest andel ufaglærte, klart under den kommunale normen.

Spørreundersøkelsen og intervjuene tyder på at det i all hovedsak er samsvar mellom faktisk og planlagt bemanning på dag- og kveldsvaktene, i en normalsituasjon. Ferie- og helgeavvikling, kombinert med mye sykdom og permisjon, gjør at det blir vanskelig å nå disse målene. Men vanskeligere for noen enn for andre, ifølge tallene våre. Mange rapporterer også at det er svært vanskelig å rekruttere sykepleiere til nattvakter.

Hovedutfordringen er at det er vanskelig å skaffe vikarer med god nok kompetanse, og spesielt vanskelig å skaffe vikarer med sykepleierkompetanse. Mange gir også uttrykk for at det er økonomiske eller budsjettmessige årsaker til at de ikke klarer å oppfylle planlagt kompetansesammensetning. En mulig tolkning her er at sykehjemmene opplever at de ikke har tilstrekkelige økonomiske virkemidler for å tiltrekke seg vikarer med ønsket kompetanse.

Intervjuene tyder på at det også er vanskelig å få tak i sykepleiere til faste stillinger og flere tar til orde for at Bærum må gjøre seg mer attraktive for sykepleierne.

Det er flere forhold i kommunen som gjør Bærum mindre attraktiv for sykepleierne, ifølge respondentene: Både de ordinære sykepleierne og avdelingssykepleierne får jobbe for lite med sykepleiefaglige oppgaver fordi ikke-pleiefaglige oppgaver tar for mye tid. Fagmiljøet er for lite og spredt, og det kan være krevende å være på jobb med mange vikarer eller mange ufaglærte, ettersom det innebærer et stort ansvar, men få å samrå seg med. Dermed taper ofte kommunen(e) i konkurransen med sykehusene, hevdes det.

Ifølge SSBs framskrivninger vil det frem mot 2035 bli en kraftig vekst i behovet for årsverk både innen pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i Norge. Den sterkeste behovsøkningen kommer i kommunene. Det vil også bli et stadig større gap mellom tilbud og etterspørsel etter sykepleiere og helsefagarbeidere ettersom utdanningene sliter med å følge etterspørselen. Dette er den konteksten Bærum kommune vil operere i fremover.

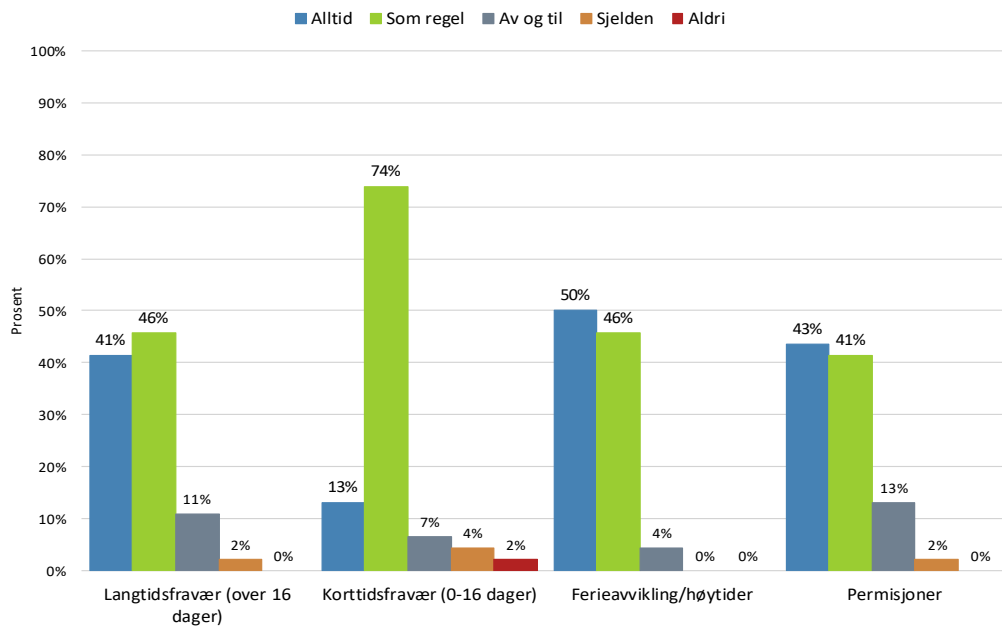
Gapet mellom tilbud og etterspørsel er strukturelle nasjonale helse- og omsorgsutfordringer som naturligvis ikke Bærum kommune kan løse alene. Men Bærum har ansvaret for å sikre innbyggerne gode helse- og omsorgstjenester. Det betyr at Bærum må prøve å finne lokale løsninger på de utfordringene kommunen står overfor. Derfor er vi enige med våre respondenter i at Bærum kommune må gjøre det de kan for å være å bli en attraktiv arbeidsgiver spesielt for sykepleiere, men også helsefagarbeidere. Da kan organisatoriske grep, slik Gullhaug har gjort, være ett grep for å styrke fagmiljøene. Kommunen bør også se nærmere på hvordan man i større grad kan spisse sykepleierne kompetanse inn mot de rene sykepleierfaglige oppgavene, og overlate andre oppgaver til andre ansatte.

## 6. VIKARBRUK OG SYKEFRAVÆR

Fravær og vikarbruk er den viktigste årsaken til at det er avvik mellom planlagt og faktisk bemanning. Dette har vi allerede vært kort inne på, i kapitlene over. I denne delen ser vi nærmere på praksis knyttet til sykefravær og rekruttering av vikarer.

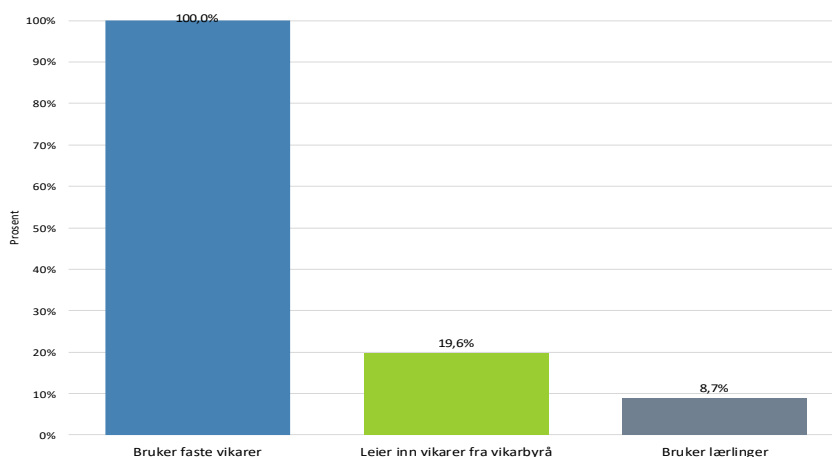
Figuren under tyder på at det som regel settes inn vikarer i alle disse situasjonene som er beskrevet under. Men det ser ut til at korttidsfraværet unntaksvis ikke blir dekket inn.

**Figur 27 – Settes det inn vikarer i følgende situasjoner? (N=46).**



Bo- og behandlingssentrene bruker faste vikarer tilknyttet senteret, se figur under.

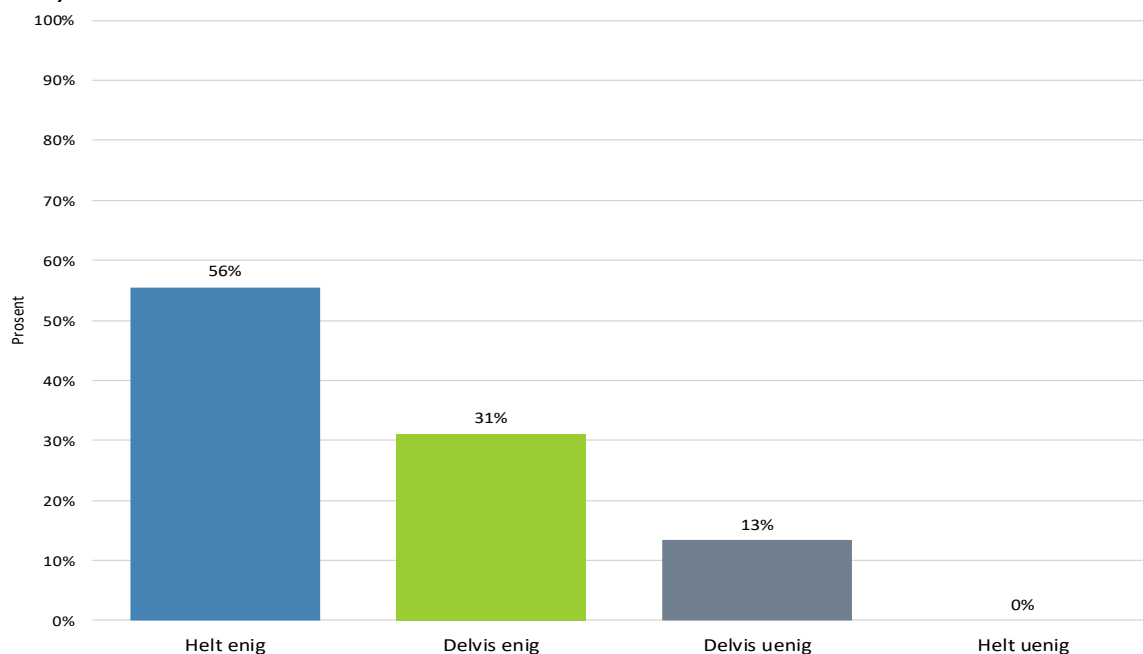
**Figur 18 – Hvilken praksis har dere for vikarer? (N=46).**



Om lag 80 prosent i undersøkelsen svarer at de stiller krav til formalkompetanse ved bruk av vikarer, enten i svært stor grad (18 %) eller i noen grad (60 %). At såpass få svarer *i svært stor grad*, har nok sammenheng med at det er vanskelig å skaffe til veie ønsket kompetanse, noe som fører til at man må redusere på kompetansekravene.

Figuren under viser at de aller fleste respondentene mener fravær og manglende kontinuitet er en utfordring mht. faglig forsvarlighet.

**Figur 29 – Mye fravær og manglende kontinuitet er en utfordring mht. til faglig forsvarlighet (N=45).**



Over 70 prosent mener at det bør stilles strengere krav til formalkompetanse ved bruk av vikarer (bare 4,4 prosent mener at det ikke bør stilles strengere krav).

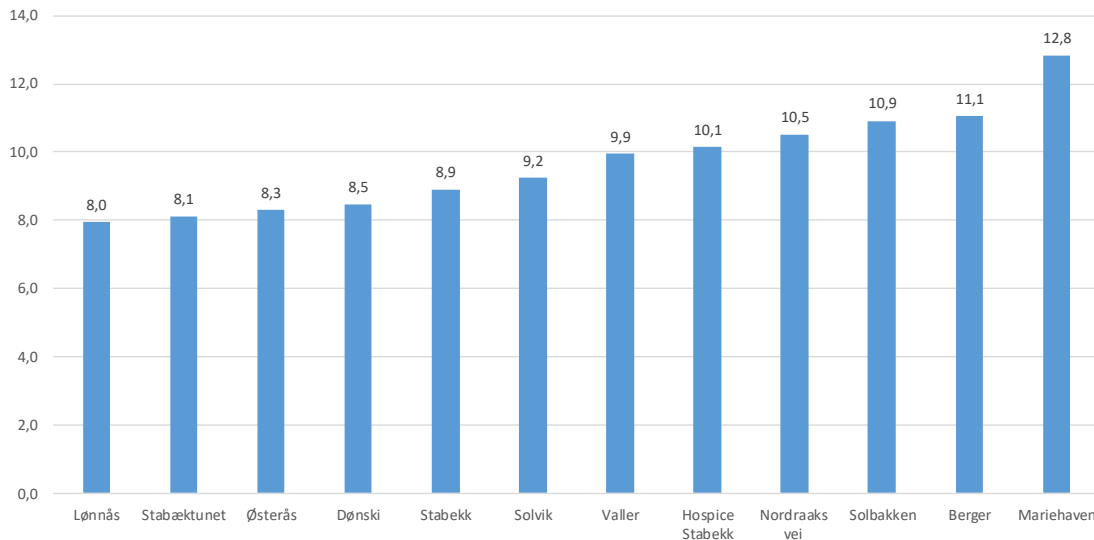
### 6.1.1 Sykefravær

Det er betydelige forskjeller i sykefravær ved de ulike sykehjemmene hvis vi kun ser på 2019. Dønski og Stabæktunet har lavest med hhv. 6 og 6,5 prosent, mens Nordraaksvei har høyest med nesten 15 prosent. Vi får opplyst at det er enkelte langtidssyke som drar opp snittet ved Nordraaksvei.

Forskjellene er mindre dersom vi ser sykefraværet over en treårsperiode<sup>24</sup>. Fraværet varierer mellom 8 og 12,8 prosent og gjennomsnittet for alle sykehjemmene er 9,7 prosent.

**Figur 30 – Gjennomsnittlig sykefravær fra 2017 til 31.10.2019 (Kilde: Kommunen).**

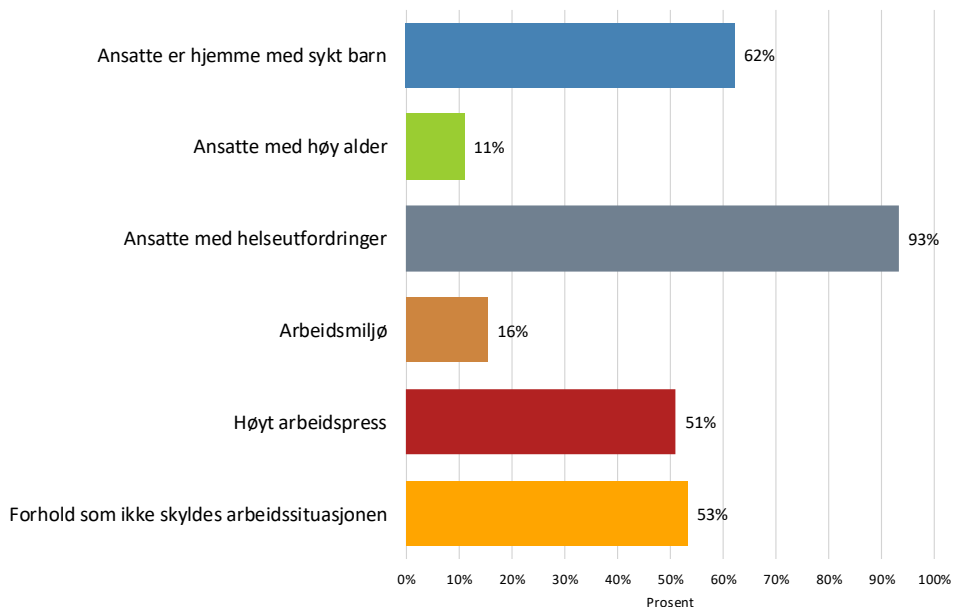
<sup>24</sup> <https://www.ks.no/contentassets/883f25a888d744a79af9fbc1b7fca353/diagram-f---utvikling-innen-sektorer.pdf>



Ved de fleste sykehjemmene er trenden at sykefraværet går ned. Det gjennomsnittlige sykefraværet for alle sykehjemmene var i 2017 11 prosent.<sup>25</sup> De to påfølgende årene har sykefraværet vært på hhv. 9,1 og 9 prosent.. I 2018 hadde de fleste sykehjemmene i Bærum lavere sykefravær enn landssnittet innenfor sektoren, dvs. om lag 11 prosent.

I undersøkelsen spurte vi respondentene om hva som var de viktigste årsakene til sykefraværet. Svarene illustreres i figuren under<sup>26</sup>.

**Figur 31 – Årsaker til sykefravær (Spørreundersøkelse. Flere kryss er mulig).**



Svarene tyder på at de fleste årsakene er utenfor arbeidsgivers kontroll, med ett unntak: Høyt arbeidspress. En av avdelingssykepleierne kommenterte dette slik: «Jeg som avdelingsleder skulle ønske at jeg hadde mulighet til å være like romslig ovenfor ansatte. Jeg synes de er så romslige ovenfor pasientene - men får svært lite igjen av det samme.»

<sup>25</sup> Her beregnet ut fra snittet ved hvert sykehjem.

<sup>26</sup> Vi hadde også tre andre svaralternativer: 1) ansatte med høy alder, 2) arbeidsmiljø og 3) annet. Mellom 11 og 16 prosent som krysset av for disse alternativene.

### 6.1.2 Oppsummering

Spørreundersøkelsen tyder på at vikarer som hovedregel settes inn ved fravær og at hvert enkelt bo- og behandlingssenter bruker faste vikarer som er tilknyttet sykehjemmet.

Fravær og manglende kontinuitet oppleves som en utfordring mht. til faglig forsvarlighet.

Dette betyr at et godt sykefraværsarbeid er et (av flere) viktig virkemiddel for å sikre nødvendig bemanning og kompetanse, i tillegg til at det er positivt for tjenestekvalitet og arbeidsmiljø.

De tre siste årene er det gjennomsnittlige sykefraværet ved sentrene 9,7 prosent. Fraværet har gått ned det siste året, fra 11 til 9 prosent. Dette er positivt, men fraværet er likevel såpass høyt at det burde kunne være muligheter for å redusere fraværet ytterligere.

Selv om mange av sykefraværsårsakene ser ut til å være utenfor arbeidsgivers kontroll, er det likevel en del ting kommunen kan gjøre. I den forbindelse kan det være verdt å se nærmere på Fafo-rapporten [Fra fravær til nærvær](#)<sup>27</sup>. Rapporten omhandler hvordan noen sykehjem klarer å holde sykefraværet nede. Fafo har sett nærmere på hvordan disse lykkes. De finner blant annet at 13 prosent av sykehjemmene har hatt lavere sykefravær enn snittet over en fireårsperiode, og at disse sykehjemmene har tatt en rekke grep for å holde fraværet nede.

Fafo-rapporten viser at sykehjem med lavt sykefravær jobber bedre med oppfølging av sykefravær og sykemeldte enn gjennomsnittet. Disse sykehjemmene har et helhetlig syn på fravær og nærvær, og ser det i sammenheng med arbeidsmiljø og tiltak som øker mestringsfølelse. Kunnskap om årsaker til sykefravær gir grunnlag for egnede tiltak, og gjør det mulig å følge opp ansatte på en aktiv og strukturert måte.

---

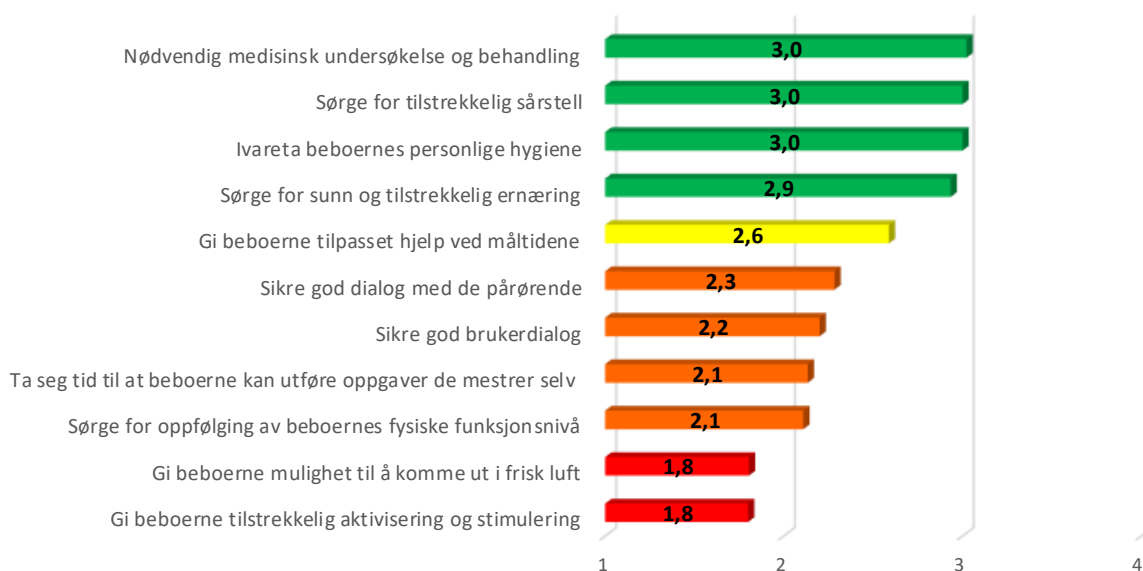
<sup>27</sup> Fafo-rapport 2015:12.

## 7. KVALITET

I spørreundersøkelsen ville vi vite hvordan tjenestelederne og avdelingssykepleierne vurderte kvaliteten ved bo- og behandlingssenteret med dagens bemanning. Utgangspunktet for våre kvalitetsindikatorer er forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, § 3 – oppgaver og innhold i tjenestene. Her finnes en rekke punkter som tar for seg ulike sider ved det som regnes som brukernes grunnleggende behov når de mottar pleie- og omsorgstjenester.

I undersøkelsen stilte vi følgende spørsmål: *Er det noen av beboernes behov du mener er utfordrende å ivareta med dagens bemanning ved sykehjemsavdelingen/sykehjemmet?* Vi har anvendt trafikklysfarging i figuren under, der fargeskalaen går fra grønt (går greit å ivareta) til rødt (utfordrende å ivareta).

Figur 32 – Score kvalitetsindikatorer (skala 1-4).<sup>28</sup>



Hovedbildet er at respondentene mener at det stort sett går greit å ivareta brukernes medisinske og basale behov. Men de fleste mener det er veldig utfordrende å sørge for at beboerne får mulighet til å komme seg ut i **frisk luft og gi dem tilstrekkelig aktivisering og stimulering**. I intervjuene peker enkelte på at ikke alle beboere er kapable til så mye aktivisering. Noen er veldig skrøpelige, andre har mistet gnisten og ser ikke monn i det.

Vi finner to unntak her, Gullhaug og Lønnås, der respondentene mener disse to kvalitetsdimensjonene blir relativt godt ivaretatt.<sup>29</sup>

Ledelse og ansatte ved Gullhaug BBS forteller at beboerne er mye ute i frisk luft og at man ved sykehjemmet er flinke til å prioritere både aktivisering og frisk luft. Blant annet har de fast turdag hver fredag (dans hvis det er ruskevær). Det er også turer utover dette – enten går beboerne alene, sammen med pleiere eller sammen med pårørende. Det er også frivillige som går tur med beboerne. Sykehjemmet har en stor veranda som brukes mye i sommerhalvåret. Vinterhalvåret får enkelte av brukerne anledning til å gå på ski.

<sup>28</sup> 1 = helt enig, 2 delvis = enig, 3 delvis = uenig og 4 = helt uenig.

<sup>29</sup> Lønnås best på aktivisering - 3 mot 2,6 ved Gullhaug, mens det er nokså likt når det gjelder frisk luft (2,75 og 2,8).

Sykehjemmet har en egen kulturleder og kulturmedarbeider. Eksempler på aktiviteter ved Gullhaug: Bingo, sittedans, sang, avisgruppe, quiz med vin i baren, vaffelkafe, tonetrall, gruppetrening og individuell trening. Hver torsdag er det mulig å være med i badegruppen.

Ved Lønnås BBS ordner aktiviteten med ulike typer aktiviteter for beboerne og brukerne. Aktiviteten har mange frivillige som hun samarbeider med for å lage et allsidig og varierende program for beboerne.

Intervjuene tyder på at de ansatte må være veldig bevisste mht. støy når de arrangerer aktiviteter. Dersom det blir for mye støy, kan andre beboere bli urolige.

Det kan også være praktiske grunner til at beboerne ikke får delta på fellesaktiviteter: *«Vi ønsker å få flest mulig aktivitetene, men klarer ikke å aktivisere alle. Det er ikke alltid vi rekker å bli ferdige med alle tingene vi skal gjøre, slik at vi kan følge dem ned der det skjer.»*

Flere av bo- og behandlingssentrene har sansehage, for eksempel Stabekk. En sansehage er en lukket hage i nærheten av sykehjemmet, der pasienter kan oppleve planter og natur, få frisk luft og vandre rundt i sikre, tilrettelagte omgivelser som pasientene. Noen ganger er pleierne med beboerne ut i sansehagen, andre ganger går de ut på egen hånd. Å vandre gjennom en hage full av lukter, farger, blader og blomster og grønnsaker kan for eksempel vekke til live demente beboeres minner fra tidligere naturopplevelser.

I intervjuene pekes det på at mange av aktivitetene er gruppebaserte, og at en del pasienter ikke er friske eller trygge nok til å delta. Vi får opplyst at tilbudet ikke er så bra for disse beboerne, og enkelte etterlyser individuelle aktiviteter for disse. Dette gjelder spesielt om vinteren, ettersom flere av disse bruker sansehagen i sommerhalvåret. Det hevdes at aktivitetene ikke trenger å være så avanserte - noen ganger holder det å ta seg tid til å sitte sammen med dem.

Intervjuene tyder på at de ansatte involverer beboerne i de daglige oppgavene. Eksempler: Brette kluter, håndkle, kaste søppel og pante flasker. Det de klarer. Men også dette kan være vanskelig å få til, fordi det betyr at oppgavene tar lengre tid.

Ved dementavdelingen på Stabekk BBS pekes det på at de hadde en aktivtør tidligere, men at det nå er helsefagarbeidere eller sykepleiere som arrangerer fellesaktiviteter. De forteller at det er vanskelig å få tid til fellesaktiviteter fordi det konkurrerer med en rekke helsefaglige oppgaver som sårstell, gi medisiner etc.

Ved somatisk avdeling ved Stabekk BBS forteller de at de utsatte lunsjen med 0,5 til 1 time fordi de så at de ikke klarte å bli ferdige med stellet for alle beboerne før lunsjen ble servert. Ulempen med dette er at det ikke er så mye tid igjen til å aktivisere mellom lunsj og middag. Det de i stedet gjør er å prioritere mindre aktiviteter i mindre grupper (brettspill, ut i solen sammen med andre og noe godt å drikke, går en liten tur, setter på litt musikk, slår av en liten prat). Pleierne opplever samtidig at de ikke har nok tid til å snakke med beboerne og dette oppleves som vanskelig: *«Hvor skal jeg gjøre av meg. Det er mange som vil ha litt tid til å prate. opplever at det ikke er tid til det. Vi får ivaretatt de basale behovene, men det lille ekstra får vi ikke tid til.»* medisinske og basale behov

**Egenmestring** og hjelp til selvhjelp innen helse- og omsorgssektoren har vært et satsingsområde for Bærum, i likhet med en rekke andre kommuner. Respondentene mener også at det er utfordrende å gi tilfredsstillende kvalitet på en rekke andre områder (oransje), blant annet å ta seg tid til at brukerne får utføre oppgaver de mestrer selv. Dette kan være påkledning, personlig hygiene, tilberedning av mat eller andre ting. Som oftest tar det lenger tid hvis de lar beboerne gjøre dette selv

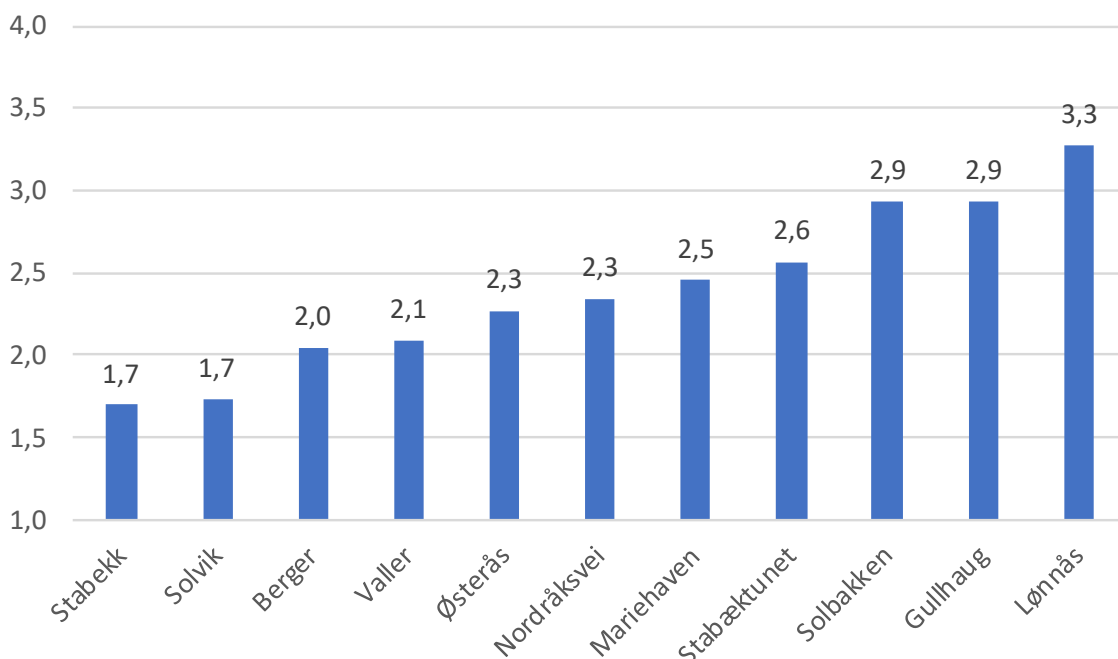
enn at pleierne overtar, og gjør det for dem. Dette ble kommentert i intervjuene og i spørreundersøkelsens kommentarfelt: «Vi jobber aktivt med hverdagsmestring og tar i bruk mange flotte hjelpemidler i så måte, men rammene slik de er i dag, med så syke pasienter, er dessverre ikke tilfredsstillende»

Ved somatisk avdeling på Stabekk bo- og behandlingssenter forteller de at de prøver å ta seg tid til at beboerne får mestre oppgavene selv, men at dette ofte er vanskelig å få til når tiden er knapp og andre beboere roper etter dem (for eksempel ifm. morgenstellet).

Figuren under viser at det er store forskjeller mellom sykehjemmene mht. hvorvidt de mener det er utfordrende å ivareta kvaliteten med dagens bemanning. Ved Lønnås BBS mener respondentene at det i all hovedsak går greit å ivareta brukernes ulike behov med dagens bemanning. Vi ser at også Gullhaug og Solbakken ligger høyt oppe. I motsatt ende finner vi Stabekk, Solvik, Berger og Valler. Her mener de som har svart at det gjennomgående er vanskelig å ivareta brukernes ulike behov med dagens bemanning.

I figuren under ser vi nærmere på forskjeller mellom bo- og behandlingssentrene. Ettersom det er få respondenter fra hvert sykehjem (fra fem til to),<sup>30</sup> presenterer vi ikke scoren på hver indikator ved hvert av sentrene. Vi presenterer heller snittet av alle indikatorene for hvert senter. Dette vil veie opp litt av svakheten med at det er få respondenter fra hvert sykehjem.

**Figur 33 – Totalscore alle kvalitetsindikatorer, fordelt på sykehjem.<sup>31</sup>**



**Kommentar: Hva betyr forskjellene?** De betyr at man ved sykehjemmene opplever bemanningssituasjonen ulikt. Dette kan være uttrykk for at de som har svart rent faktisk står i ulik bemanningssituasjon og det kan være et uttrykk for at de har ulike forventninger til den faglige kvaliteten.

<sup>30</sup> Det er naturlig nok få respondenter per sykehjem. Gullhaug, Nordråksvei, Solvik og Østerås = 5. Stabæktunet, Solbakken, Lønnås og Valler = 4. Mariehaven og Stabekk = 3. Dønski og Berger = 2. Det som presenteres er snittet av svarene på alle indikatorene.

<sup>31</sup> I figuren har vi summert gjennomsnittsscoren for alle kvalitetsindikatorene, fordelt på sykehjem.

Vi har dessuten intervjuet fire pårørenderepresentanter, blant annet de to pårørende ved Stabekk BBS.<sup>32</sup> Tilbakemeldingene fra begge er svært gode: «*Det er så perfekt på sykehjemmet, det er ingenting jeg ikke liker. Det er mye program på fritiden; gymnastikk. hver uke, musikk og sang og baking av kaker og pizza. To ganger i året er det, utflukt med buss. (...) Enkelte ganger når jeg er på besøk, blir han urolig. Jeg klarer ikke å berolige ham, men det klarer de.*»

Den andre representanten har lang erfaring som sjefslege ved et sykehus. Han forteller at pleierne viser en respekt og empati som grenser til ekte kjærlighet: «*Ved et moderne sykehus varer empatien fra 09.00 til 09.20, her finnes den 24 timer i døgnet.*» Han mener dette også gjelder personalmessig krevende perioder, og forteller at avdelingen ved sykehjemmet har en kjernetropp med lang ansettelsestid, som representerer stabilitet og trygghet. «*Stabiliteten er et sentralt poeng i driften av avdelingen. De viser stor tålmodighet og takler krevende situasjoner på en veldig god måte.*» Han gir også uttrykk for at han er imponert over hvor fort nye medarbeidere inkorporeres i den rådende kulturen på avdelingen.

Felles for de to pårørenderepresentantene er at de blir svært provoserte over sykehjem fremstilles i mediene – et bilde de ikke kjenner seg igjen i. De mener at mindre ting og enkeltepisoder forstørres, at nyansene og hovedbildet tapes av syne, og opplever at sykehjemmene blir forsvarsløse mot kritikken.

Fra Stabekk forteller både ledere og ansatt at de får mye gode tilbakemeldinger fra pårørende og brukere og at mye er bra på sykehjemmet. Men de opplever selv at det er en del ting de kunne gjort bedre med andre økonomiske rammebetingelser

Pårørenderepresentanten ved Nordraaksvei BBS er ikke like positiv i sin tilbakemelding. Han peker på at «*det virker som det er dårlig kommunikasjon mellom leder og ansatte på avdeling. Det virker som de har dårlige verktøy som sikrer at alle har riktig og oppdatert informasjon om beboere.*» Videre peker han på at det kan være språkutfordringer mellom beboere som hører dårlig og ansatte som ikke snakker norsk flytende: «*Det er dessverre en del som jobber på avdelingen som snakker dårlig norsk og kan ikke gjøre seg forstått.*» Han er også opptatt av at ansatte ikke følger godt nok opp når beboer endrer atferd. Han mener også at demente som vandrer rundt kan skape utrygghet for beboere som ikke er demente: «*demente personer har gått inn på rommet hennes sent og tidlig og sagt at hennes ting er deres etc. Avdelingen virker ikke som de tar dette alvorlig eller at de har noen løsning på det.*»

Pårørenderepresentanten ved Solbakken BBS er opptatt av at de ansatte gjør så godt de kan: «*Alle gjør alt de kan, men det er for få folk på vakt.*» Hun viser til at alle beboerne på denne avdelingen trenger hjelp til å spise. Når det er to på vakt ved avdelingen på kveld tar måltider og stell det meste av tiden. Hun er også opptatt av at det blir for få ting å gjøre for beboerne på kveld og helg og i ferier: «*Beboerne blir sittende mye, og det blir lite tid til pårørendekontakt.*» Mye koker etter hennes mening ned til bemanningen: «*Lite folk gjør folk slitne, og det er mye sykefravær og vikarer. Det er et hardt yrke.*» Dermed blir det for mye turnover og sykdom blant ansatte, etter hennes mening.

Vi har dessverre ikke intervjuet noen pårørenderepresentanter ved Gullhaug, ettersom representanten i brukerrådet sluttet pga. mannens dødsfall, og det var ingen andre som ønsket å stille til intervju. Men de ansatte forteller at enkelte pårørende ringer og fortsetter å komme på besøk etter at de har mistet sine kjære: «*De har ikke noe sted å gå til og liker å komme for å prate med oss.*»

---

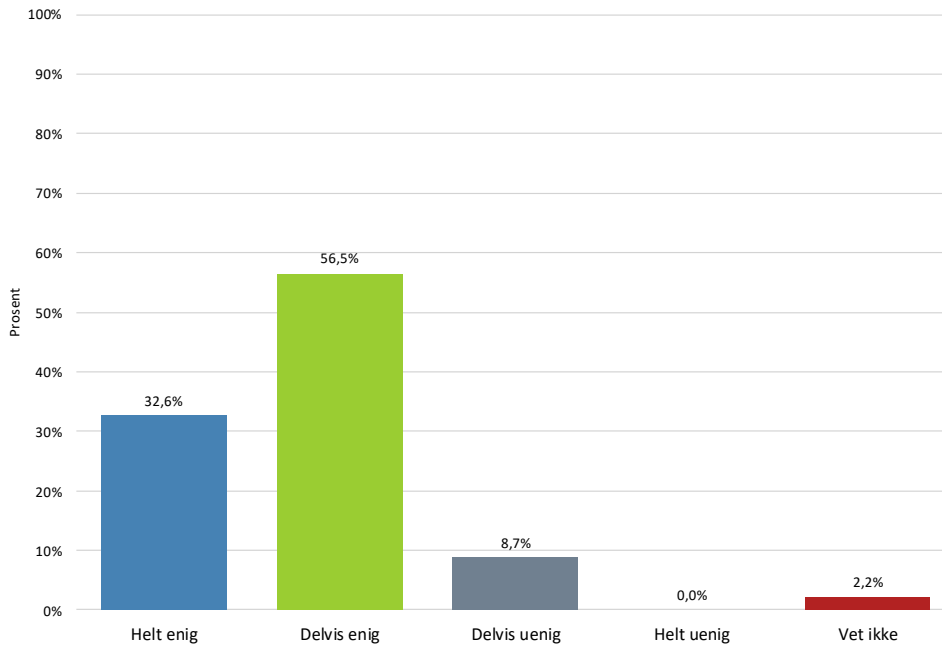
<sup>32</sup> En representant for somatiske avdelinger og en for avdelinger for demente.

## 8. FORSVARLIG OG TILSTREKkelig BEMANNING?

### 8.1 Hva er en faglig forsvarlig bemanning?

I spørreundersøkelsen spurte vi virksomhetslederne og avdelingssykepleierne om det er lett å avgjøre hva som trengs av bemanning for å sikre faglig forsvarlighet. Tilbakemeldingene kan tyde på at de har et relativt klart bilde av hva som er en faglig forsvarlig bemanning.

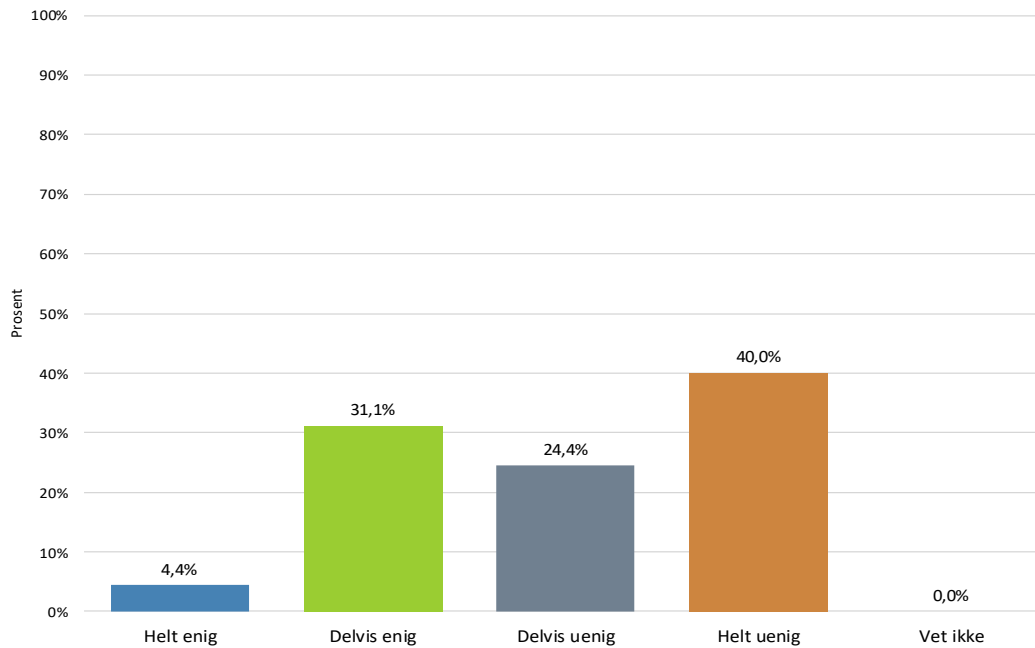
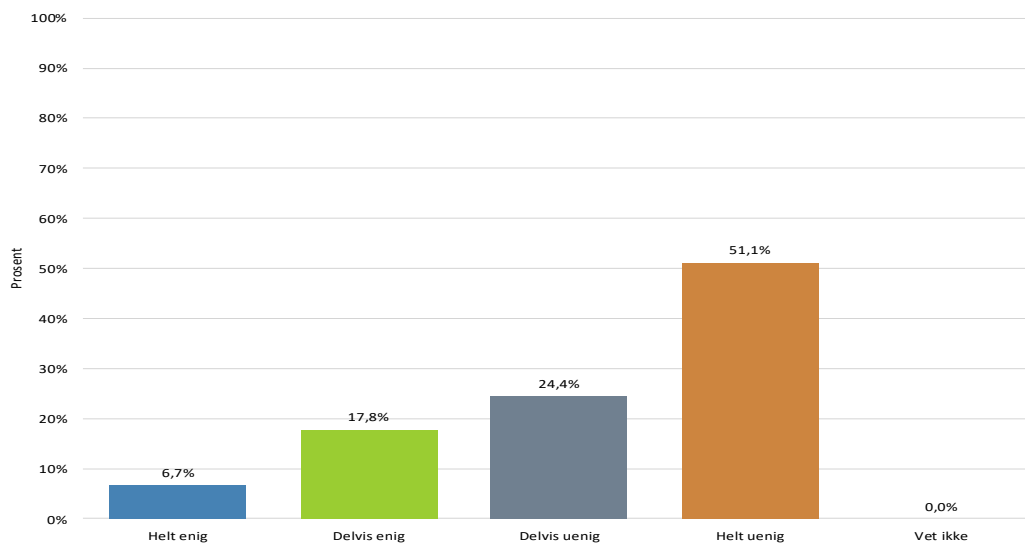
**Figur 35 – Det er lett å avgjøre hva som trengs av bemanning for å sikre faglig forsvarlighet (N=46)**



### 8.2 Er bemanningen tilstrekkelig/forsvarlig?

I spørreundersøkelsen spurte vi om den faktiske bemanningen ved sykehjemsavdelingen er tilstrekkelig. Om lag to tredjedeler er altså helt eller delvis uenig i denne påstanden (se figur under). Hva betyr så det? Intervjuene og kommentarfeltene gir følgende svar:

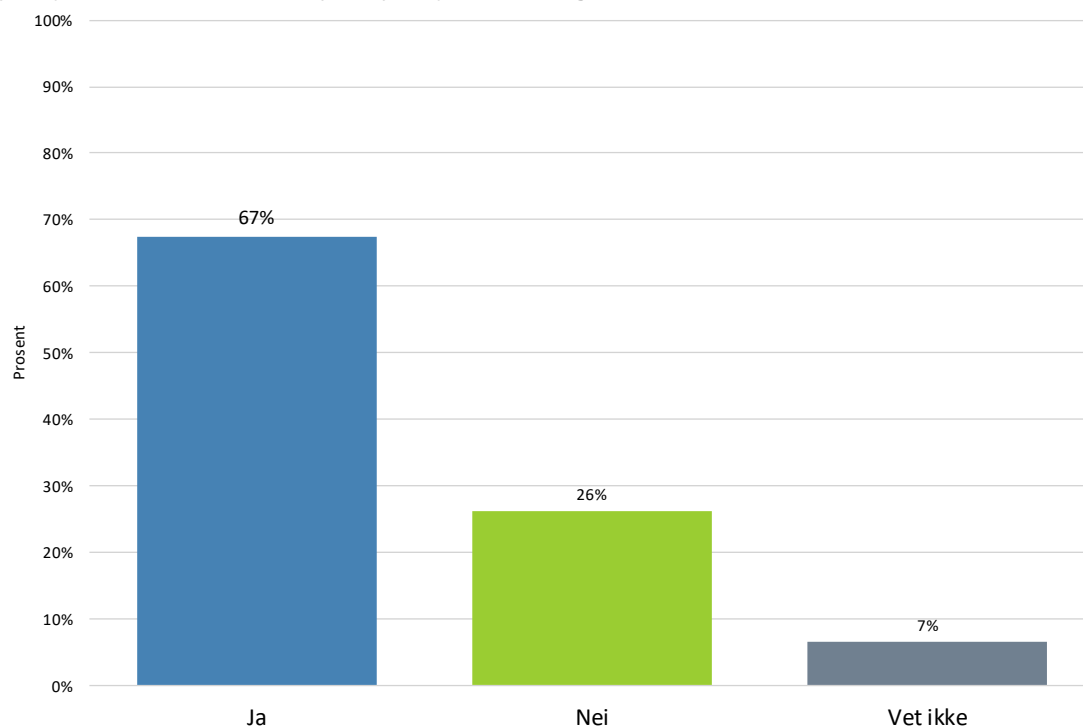
- De basale og medisinske behovene blir dekket, men mange føler at bemanningen ikke er tilstrekkelig til å møte beboernes fysiske, mentale og sosiale behov.
- I perioder med høy ustabilitet i personalgruppa (ferier, helger, ved fravær) opplever mange at bemanningen er på grensen til det forsvarlige. Dette skyldes en kombinasjon av litt færre medarbeidere på jobb enn planlagt, færre erfarne medarbeidere og lavere kompetanse hos personalet. 75 prosent av de spurte mener at lavere formalkompetanse enn planlagt går utover hensynet til faglig forsvarlighet (se figur under). Sykepleierne og fagutdannede forteller at det er krevende å være på jobb når det ikke er andre sykepleiere eller andre fagutdannede de kan spørre. De opplever derfor tidvis ansvaret som stort og tyngende. En av sykepleierne vi intervjuet mente at et viktig kjennetegn for en forsvarlig bemanning var «å ha noen å lene seg til».

**Figur 36 – Den faktiske bemanningen ved sykehjemsavdelingen(e) er tilstrekkelig (N=45)****Figur 37 – Lavere formalkompetanse enn planlagt går ikke utover hensynet til faglig forsvarlighet (N=45)**

### 8.2.1 Samme bemanningsnorm for samme type sykehjemsavdeling?

Et stort flertall av de spurte i undersøkelsen mener at det bør være samme bemanningsnorm for samme sykehjemsavdeling. Dette illustreres i figuren under.

**Figur 38 – Bør det etter din mening være samme bemanningsnorm (ansatte per sykehjems plass) for samme type sykehjemsavdeling? (N=46)**



## 9. KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

Formålet med dette prosjektet har vært å vurdere om bemanningen på bo- og behandlingssentrene i Bærum er forsvarlig. Et sentralt grep i undersøkelsen har vært å undersøke og sammenligne sentrenes bemanning- og kompetansesammensetning. For å beregne og sammenligne bemanning, anvender vi begrepet **pleie- eller bemanningsfaktor**. Pleiefaktor beregnes ved å dividere antallet årsverk med antallet sykehjemsplasser.

Bærum kommune har utviklet overordnede normer for bemannings-/pleiefaktor ved ulike typer sykehjemsavdelinger og for kompetansesammensetningen. Dette har vært viktige revisjonskriterier for å vurdere om bemanningen og kompetansen er tilstrekkelig.

### SAMMENLIGNINGER MED ANDRE KOMMUNER

Bærum har høyere pleie- og omsorgsutgifter enn sammenlignbare kommuner, men bruker mindre på institusjonstjenestene. Institusjonsutgiftene i Bærum har økt de siste årene, men mindre enn i de andre ASSS-kommunene (de 10 største bykommunene).

Den planlagte bemanningen på sykehjem er ca. 5 prosent høyere i Bærum enn i Sandnes. Dette gjelder både korttids- og langtids plasser. Samtidig finner vi at Bærum har 6 prosent lavere utgifter per institusjonsplass enn det Sandnes kommune har. Dette er overraskende, ettersom lønnsutgifter utgjør den største delen av en kommunes sykehjemsutgifter.

Et annet aspekt er at Bærum kommune har færrest plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over, og har en større andel institusjonsbeboere med omfattende bistandsbehov. Dette skulle i utgangspunktet tilsi noe høyere utgifter, ikke lavere.

Lavere kompetanse ved bo- og behandlingssentrene i Bærum er sannsynligvis en viktig forklaring på hvorfor utgiftene per sykehjemsplass i Bærum er lavere samtidig som pleiefaktoren er høyere.

Den planlagte pleiefaktoren i Bærum er høyere enn den planlagte bemanningen i Sandnes (pleiefaktor 0,82 i Bærum mot 0,78 i Sandnes). Pleiefaktoren i Bærum er klart høyere hvis vi kun ser på skjermede/ekstra skjermede avdelinger (0,98 i Bærum mot 0,89 i Sandnes). Dette kan være et uttrykk for forskjeller i prioritering, men det kan også ha med organisatoriske forskjeller å gjøre. I Sandnes finnes det per dato ikke ekstra skjermede (styrkede) avdelinger for demente, kun skjermede avdelinger. I Bærum finnes begge deler, og det er de ekstra skjermede avdelingene som trekker opp pleiefaktoren.

### FAKTISK BEMANNING VED BO OG BEHANDLINGSSENTRENE

Gjennomgangen vår viser at den faktiske pleiefaktoren er nokså lik ved de ulike bo- og behandlingssentrene, både når vi sammenligner somatiske avdelinger og når vi sammenligner demensavdelinger. Men vi registrer enkelte mindre forskjeller, som etter vår vurdering er moderate.

Hva som er årsakene til bemanningsforskjellene er ikke åpenbart. Alle sentrene står overfor samme overordnede bemanningsnormer, som forteller hva slags bemanning som er forventet i somatiske langtidsavdelinger, skjermede avdelinger osv. Kommunen foretok dessuten en gjennomgang av bemanningen i 2018, og budsjettmodellen skal i stor grad sikre en lik pleiefaktor for samme type avdeling ved det enkelte senter. Likevel finner vi altså mindre forskjeller. Dette kan skyldes ulikheter i beboersammensetning, ulikheter i bygningsmasse eller tilfeldigheter, men datamaterialet vårt gir ikke klare svar.

## KOMPETANSE

Den planlagte kompetansen i Bærum er gjennomgående lavere enn den planlagte kompetansen i Sandnes, noe som resulterer i at den planlagte andelen ufaglærte ansatte er langt høyere i Bærum (23 %) enn i Sandnes (6%).

Det er gjennomgående færre sykepleiere enn planlagt ved bo- og behandlingssentrene i Bærum første halvår 2019, og dette kompenseres ved å øke andelen helsefagarbeidere eller ufaglærte. Minst avvik finner vi ved rehabiliteringsplassene. Der er den faktiske sykepleierdekningen omtrent den samme som den planlagte. Størst avvik finner vi ved de ekstra skjermede dementavdelingene og ved de ordinære korttidsavdelingene

Bo- og behandlingssentrene lykkes i ulik grad mht. å skaffe nødvendig sykepleierkompetanse til langtidsplassene. Ved flere senter er det et betydelig avvik mellom planlagt og faktisk sykepleierandel, mens ved andre er forskjellene små ([se faktadel](#)). Stabæktunet bo- og behandlingssenter har lykkes godt med dette i den undersøkte perioden. Her var den faktiske og planlagte sykepleiedekningen i tråd med kompetansekravene.

Også bruken av ufaglærte varierer mye. Stabekk bo- og behandlingssenter og ekstra skjermet avdeling ved Nordraaksvei bo- og behandlingssenter hadde den høyeste andelen ufaglærte første halvår 2019. Disse to sentrene er også blant de som har den laveste sykepleierandelen. Kombinasjonen av disse to faktorene kan by på utfordringer mht. faglig forsvarlighet.

Gullhaug bo- og behandlingssenter har også et klart avvik mellom planlagt og faktisk sykepleierdekning, men her er avviket kompensert med en høyere andel helsefagarbeidere. Gullhaug har den laveste andelen ufaglærte - betydelig under den kommunale normen.

Gjennomgangen tyder på at det stort sett er samsvar mellom kompetansenormene og den faktiske kompetansen i en normalsituasjon, og på dag- og kveldsvakter. Det er først og fremst ved ferieavvikling, sykdom og permisjoner det blir vanskelig å følge normen. Mange rapporterer at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere til nattvakter, helgevakter og ferier.

Et stort flertall i undersøkelsen mener at kommunen bør stille strengere krav til at det skal være samsvar mellom planlagt og faktisk bemanning og kompetanse ved sykehjemmene. De fleste mener også at det bør stilles strengere krav til vikarenes formalkompetanse. Dette er både forståelig og overraskende. Forståelig – fordi flere av bo- og behandlingssentrene avviker fra kompetansenormene. Overraskende – fordi respondentene forteller at det er svært vanskelig å få tak i nødvendig kompetanse ved fravær.

Det er spesielt vanskelig å skaffe vikarer med sykepleierkompetanse. Mange av de spurte gir også uttrykk for at det er økonomiske eller budsjettmessige årsaker til at de ikke klarer å oppfylle den planlagte kompetansesammensetningen. Er sykefraværet høyt kan budsjettet til variabel lønn bli knapt. En «rimelig» løsning kan da være å bruke ufaglærte vikarer.

Intervjuene tyder på at det også er vanskelig å få tak i sykepleiere til faste stillinger og flere tar til orde for at Bærum må gjøre seg mer attraktive overfor sykepleierne.

Flere forhold påvirker Bærums omdømme blant sykepleierne: Mange av de intervjuede peker på at kommunen har et rykte på seg for å mangle sykepleiere. Dermed kan det bli mindre attraktivt for sykepleiere å søke seg til Bærum. Både de ordinære sykepleierne og avdelingssykepleierne får, etter egen oppfatning, jobbe for lite med rene sykepleiefaglige oppgaver fordi ikke-pleiefaglige oppgaver tar for mye tid. Fagmiljøet er lite og spredt, og det oppleves som krevende å være på jobb med

mange vikarer eller mange ufaglærte, fordi det innebærer et stort ansvar og få (eller ingen) å diskutere sykepleiefaglige utfordringer med. Dermed taper ofte kommunen(e) i konkurransen med bl.a. sykehusene, hevdes det.

Ifølge SSBs framskrivninger vil det frem mot 2035 bli en kraftig vekst i behovet for årsverk både innen kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Norge. Den sterkeste behovsøkningen kommer i kommunehelsetjenesten. Det vil bli et stadig større gap mellom tilbud og etterspørsel etter sykepleiere og helsefagarbeidere.

Gapet mellom tilbud og etterspørsel er strukturelle nasjonale helse- og omsorgsutfordringer som naturligvis ikke Bærum kommune kan løse alene. Men kommunen har ansvaret for å sikre egne innbyggerne gode helse- og omsorgstjenester. Det betyr at Bærum må prøve å finne lokale løsninger på de utfordringene kommunen står overfor, under krevende rammebetingelser. I faktadelen gir vi enkelte forslag til løsninger, basert på tilbakemeldinger vi har fått i denne forvaltningsrevisjonen. Dette er naturligvis ingen uttømmende liste, men noen innspill som det kan være verdt å titte nærmere på.

## KVALITET

Hovedbildet er at tjenestelederne og avdelingssykepleierne mener at det i hovedsak går greit å ivareta pasientenes medisinske og basale behov. Men de fleste mener det er veldig utfordrende å sørge for at beboerne får mulighet til å komme seg ut i frisk luft og gi dem tilstrekkelig aktivisering og stimulering (Score: 1,8 av 4 mulige - [se faktadel](#)). Dette til tross for at de folkevalgte de siste årene har satt av fire millioner årlig til aktiviseringstiltak, som sykehjemmene og omsorgsboligene kan søke på.

Spørreundersøkelsen tyder også på at det er store forskjeller mellom sentrene mht. hvorvidt det er utfordrende å ivareta kvaliteten i tjenesten med dagens bemanning. Dataene er imidlertid ikke helt enkle å tolke. Stabekk bo- og behandlingssenter gir seg selv en lav total kvalitetsscore, samtidig som pårørenderepresentantene er svært fornøyde med sykehjemmet. En av dem forteller at pleierne «viser en respekt og empati for beboerne som grenser til ekte kjærlighet» (..) *Ved et moderne sykehus varer empatien fra 09.00 til 09.20, her finnes den 24 timer i døgnet.*». Antallet pårørenderepresentanter som er intervjuet, er lite, og vi kan ikke si noe sikkert om hva pårørende generelt mener om sykehjemmene.

Kommunedirektøren bør vurdere å sette inn tiltak for bedre å dekke beboernes fysiske, mentale og sosiale behov. Enkelte bo- og behandlingssenter som Gullhaug og Lønnås skårer høyt på kvalitetsindikatorerne «*Mulighet for å komme ut i frisk luft*» og «*Aktivisering og stimulering*». Det kan gi grunnlag for erfaringsoverføring og læring. En ide kan være at kommuneledelsen og bo-behandlingssentrene i fellesskap forsøker å finne ut hva som skal til for å få til dette.

## FORSVARLIG OG TILSTREKkelig BEMANNING?

Hovedbildet er at bemanningen er forsvarlig, men ikke alltid tilstrekkelig. I undersøkelsen spurte vi tjenesteledere og avdelingssykepleiere om den faktiske bemanningen er tilstrekkelig. Om lag to tredjedeler er helt eller delvis uenige i denne påstanden.

Hva betyr det at bemanningen er forsvarlig, men ikke alltid tilstrekkelig? Intervjuene og kommentarene i spørreundersøkelsen gir følgende svar:

- Beboernes basale og medisinske behov blir prioritert, men bo- og behandlingssentrene klarer ikke alltid å dekke beboernes fysiske, mentale og sosiale behov med dagens bemanning. Dette gjelder spesielt i vinterhalvåret, og særlig beboere som ikke kan eller klarer å delta på fellesaktiviteter.

- I perioder med høy ustabilitet i personalgruppa (ferier, helger, ved fravær) opplever flere at bemanningen grenser opp mot det faglig uforsvarlige. Særlig utfordrende blir en kombinasjon av mye fravær og vikarer i personalgruppa og mange krevende pasienter. Da settes prinsippet om faglig ansvarlighet under press.

#### RIMELIG FORDELING MELLOM BO- OG BEHANDLINGSENTRENE?

Som vist er det relativt moderate forskjeller mellom bo- og behandlingssentrene når det gjelder bemanning. De fleste i spørreundersøkelsen mener at samme type sykehjemsavdelinger bør ha samme bemanning, i den grad det ikke er lokale forhold som kan forklare forskjellene.

Intervjuene tyder på at det kan være lokale forhold ved bygningsmasse eller enkeltpasienter som kan rettferdiggjøre at like avdelinger har noe ulik bemanning. Det er derfor vanskelig å si noe generelt om hvorvidt dagens fordeling mellom bo- og behandlingssentrene er rimelig eller ikke. Dette er forhold som bør følges opp nøye av kommunen for sikre mest mulig lik bemanning for like avdelingstyper.

## Anbefalinger

Revisjonen foreslår at de folkevalgte vedtar følgende anbefalinger til kommunedirektøren:

1. Kommunedirektøren bør vurdere tiltak for å bli en mer attraktiv arbeidsgiver overfor sykepleiere og helsefagarbeidere.
2. Kommunedirektøren bør vurdere tiltak for å sikre seg vikarer med ønsket kompetanse.



## VEDLEGG

### Årsverk bo- og behandlingssentrene

#### Planlagt årsverksinnsats i 2019 på avdelingsnivå langtid og faktisk årsverksinnsats 1. halvår 2019.\*

	Bærum		
	Planlagt	Faktisk	Avvik
Antall årsverk ordinære langtidsplasser (somatisk)	397,1	389,0	8,1
Antall årsverk langtidsplasser skjermet (demente)	106,4	101,9	4,5
Antall årsverk langtidsplasser ekstra skjermet (styrket avd. for demente)	60,6	57,7	2,9
Årsverk knyttet til andre typer langtidsplasser (gjelder psykiogeriatriske plasser ved Berger bbs.)	20,6	19,1	1,5
<b>Sum</b>	<b>584,7</b>	<b>567,7</b>	<b>17</b>

\*Pleieårsverk inkluderer avdelingsledere.

#### Planlagt årsverksinnsats i 2019 på avdelingsnivå korttid og faktisk årsverksinnsats 1. halvår 2019.\*

	Bærum		
	Planlagt	Faktisk	Avvik
Antall årsverk ordinære korttidsplasser*	116,9	112,5	4,4
Antall årsverk korttidsplasser rehabilitering**	25,0	24,4	0,6
Antall årsverk hospice	27,1	26,8	0,3
Antall årsverk KAD/mottak	22,8	22,2	0,6
<b>Sum</b>	<b>191,8</b>	<b>185,9</b>	<b>5,9</b>

\*Ordinære korttidsplasser inkluderer 6 trygghetsplasser og 24 rulleringsplasser fordi årsverk ikke kan skilles ut separat.

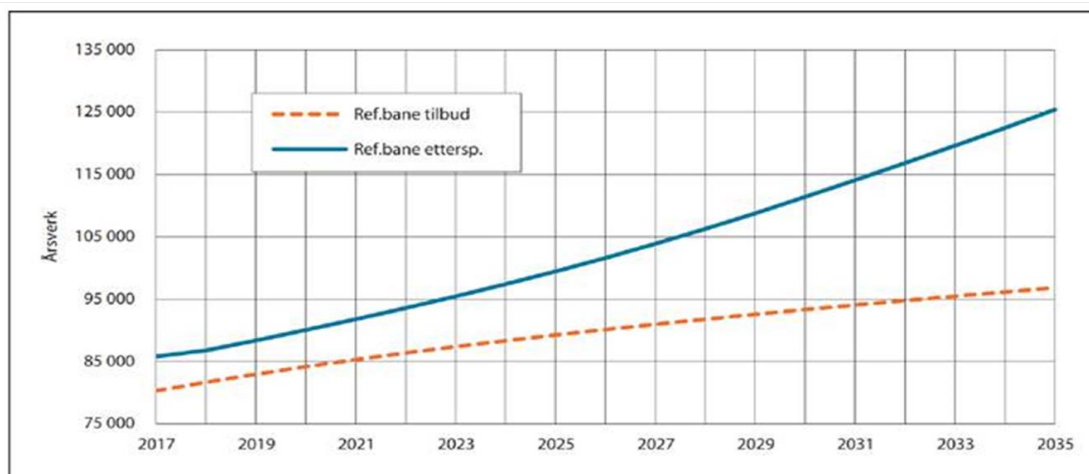
\*\*Korttidsplasser rehabilitering er fratrukket de 30 rehabiliteringsplassene i Altea. For sistnevnte har vi ikke årsverksinnsats.

## Statistikk om sykepleierårsverk mv.

Årsverk sykepleiere og helsefagarbeidere. Kilde: KOSTRA.

	Datakilde	Bærum 2018	Landet	Akershus
- Geriatrisk sykepleier Avtalte årsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	KOSTRA	3,06	3,72	2,37
- Helsefagarbeider Avtalte årsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	KOSTRA	34,05	35,95	29,63
- Sykepleier uten spesialitet/videreutdanning Avtalte årsverk per 10 000 innbyggere (årsverk)	KOSTRA	37,69	45,22	35,85

Framskrevet utvikling i tilbud og etterspørsel etter sykepleiere. Kilde: SSB.

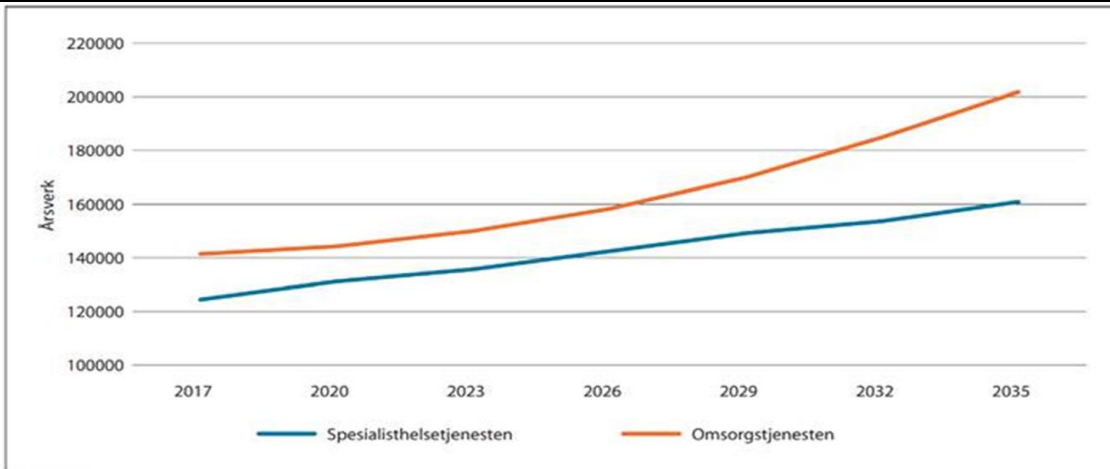


Figur 9.3 Framskrevet utvikling i tilbud og etterspørsel for sykepleiere frem til 2035. SSBs referansebane

For sykepleiere har SSB tatt i betraktning at det allerede i overgangen mellom 2017 og 2018 var registrert en underdekning på 5 500 årsverk i Navs bedriftsundersøkelser.

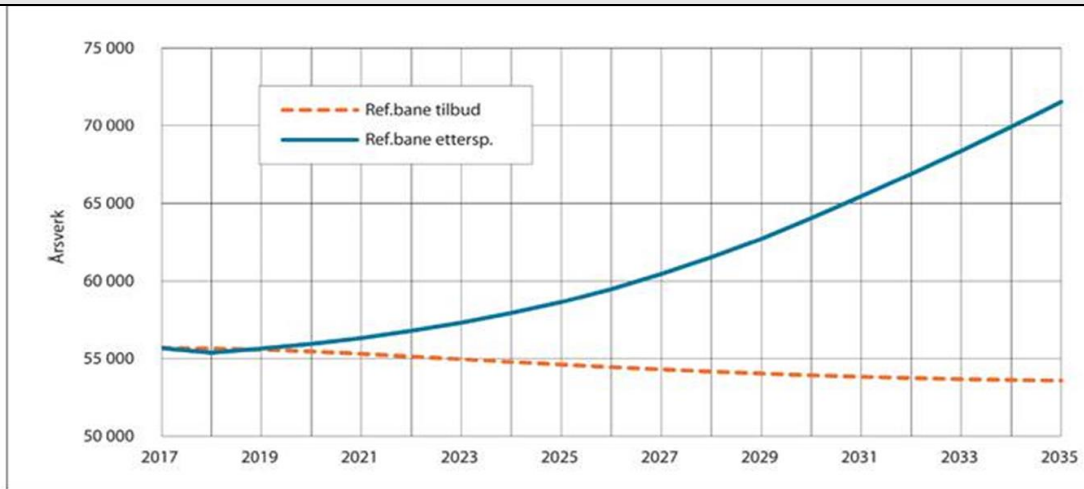
Kilde: SSB

**Framskrevet behov for sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Kilde: SSB.**



Figur 2.1 Framskrevet behov for årsverk i spesialisthelsetjenesten og i kommunale omsorgstjenester til 2035. SSBs referansebane.

**Framskrevet utvikling i tilbud og etterspørsel etter helsefagarbeidere. Kilde: SSB.**



Figur 9.4 Framskrevet utvikling i tilbud og etterspørsel for helsefagarbeidere frem til 2035. SSBs





Bærum Kommune, Kommunerevisjonen

Postboks 700  
1304 SANDVIKA

Unntatt offentlighet § 05

Deres ref.: 20/12984 f36b9638-5daf-4d3e-add8-c689c377b03d  
Vår ref.: 20/25887/SOP

Dato:  
14.02.2020

## Forvaltningsrevisjon - Femanning på bo- og behandlingssentre Kommunedirektørens hørings svar

Kommunedirektøren takker for rapporten, og vil bruke denne i blant annet det videre arbeidet med Omstilling 2024 i pleie- og omsorgstjenestene.

### Ad 1. Kommunedirektøren bør vurdere tiltak for å bli en mer attraktiv arbeidsgiver overfor sykepleiere og helsefagarbeidere

Kommunedirektøren gjør organisatoriske grep for å styrke fagkompetansen og øke andelen medarbeidere som arbeider heltid. Oppgave- og ansvarsfordelingen mellom høgskole- og universitetsutdannet helsepersonell, medarbeidere med helsefaglig fagutdanning og øvrig helsepersonell gjennomgås. Det arbeides også med vurdering av ulike tiltak for å sikre rekruttering av nok sykepleiere og helsefagarbeidere, herunder synliggjøring av karriere- og utviklingsmuligheter, samt å sikre konkurransedyktig lønn.

Kommunedirektøren har startet et prosjekt med å endre fordelingen av plasser ved kommunens sykehjem. Målet er å samle korttidsplasser, langtidsplasser, og plasser tilpasset beboere med demenssykdom på hver sine sykehjem. Denne endringen vil medføre en styrking av fagmiljøene og skal gjøre det mer attraktivt å arbeide ved kommunens sykehjem.

### Ad 2. Kommunedirektøren bør vurdere tiltak for å sikre seg vikarer med ønsket kompetanse

Kommunedirektøren vurderer om det kan etableres et rekrutteringsstipend for sykepleie- og vernepleierstudenter som velger å arbeide i kommunen under studiet, med bindingstid i Bærum kommune når de er ferdig med sine studier.

Rapporten påpeker svakhet i fagkompetanse på helg. Alternative arbeidstidsordninger ved flere av sykehjemmene vurderes for å sikre bemanningen, riktig fagkompetanse og kjente medarbeidere på jobb på kveldstid og i helger. Dette vil kunne bidra til en økt andel medarbeidere med heltidsstilling. Medarbeidere som gjennomfører studier på høgskole- og/eller universitetsnivå har i dag økt lønn når de har gjennomført deler av sin utdanning. Det vil bli vurdert om avlønningen ligger på rett nivå.

Postadresse:  
Postboks 700  
1304 SANDVIKA  
E-post: [post@baerum.kommune.no](mailto:post@baerum.kommune.no)

Besøksadresse:  
Rådhuset  
Rådhus torget 2

Org. nr: 974553279  
Bank:  
Telefon: 07 50 40 50  
Faks:

KLART SPRÅK?  
Hjelp oss å bli bedre:  
[klartsprak@baerum.kommune.no](mailto:klartsprak@baerum.kommune.no)

Videre peker rapporten på utfordringer med å sikre kompetent helsepersonell ved ferieavvikling og helligdager. Kommunedirektøren ser på alternative løsninger, og rekrutteringskampanje for helsefaglige vikarer i forkant av sommerferieavviklingen for 2020.

Med hilsen

Erik Kjeldstadli  
kommunedirektør

Siri Opheim  
controller

*Dokumentet er elektronisk godkjent og trenger derfor ikke signatur*

Kopi til:  
Kristin Nilsen  
Mariann Iversen  
Morten Mjølåsnes  
Morten Svarverud  
Tove Hagen Venås

---