

Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene

En studie av omfang, nytte og kostnader ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i kommunale pleie- og omsorgstjenester

av

Hege Gjertsen, Gisle Solvoll og Trude Gjernes

NF-rapport nr. 12/2012

ISBN-nr.: 978-82-7321-

ISSN-nr.: 0805-4460

REFERANSESIDE

- Rapporten kan også bestilles via nf@nforsk.no

Tittel Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene. En studie av omfang, nytte og kostnader ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i kommunale pleie- og omsorgstjenester	Offentlig tilgjengelig: JA	NF-rapport nr.:
	ISBN nr. 978-82-7321-	ISSN 0805-4460
	Ant. sider og bilag: 224	Dato: August 2012
Forfattere Hege Gjertsen, Gisle Solvoll, Trude Gjernes	Prosjektansvarlig (sign): Hege Gjertsen	
	Forskningsleder: Cecilie Høj Anvik	
Prosjekt Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene	Oppdragsgiver KS (Kommunesektorens organisasjon)	
	Oppdragsgivers referanse Anne Gamme	
Sammendrag Studien har sett på hvilke typer dokumentasjonsarbeid og rapportering som utføres i pleie- og omsorgssektoren, omfanget og organiseringen av dette arbeidet og hvordan man kan få til god praksis rundt rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet, med tanke på kvalitet og tidsbruk. Studien diskuterer også nytten av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet og hva som er lønnsomheten av å gjøre arbeidet mer effektivt eller redusere mengden rapportering og dokumentasjonsoppgaver.	Emneord Tidsbruk Byråkrati Dokumentasjon Rapportering Pleie og omsorg Lønnsomhetsanalyse	
	Keywords Time consumption Bureaucracy Documentation Reporting Care and nursing Profitability analysis	
Andre rapporter innenfor samme forskningsprosjekt/program ved Nordlandsforskning	Salgspris NOK	

Nordlandsforskning utgir tre skriftserier, rapporter, arbeidsnotat og artikler/foredrag. Rapporter er hovedrapport for et avsluttet prosjekt, eller et avgrenset tema. Arbeidsnotat kan være foreløpige resultater fra prosjekter, statusrapporter og mindre utredninger og notat. Artikkel/foredragsserien kan inneholde foredrag, seminarpaper, artikler og innlegg som ikke er underlagt copyright rettigheter.

FORORD

I denne studien diskuteres bruk av tid i pleie- og omsorgssektoren til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid. Bakgrunnen for studien har vært tilbakemeldinger fra ansatte i sektoren og kommunene om at rapportering og dokumentasjon tar mye tid på bekostning av tid til brukerne, faglig utvikling og ledelse. Vi håper at rapporten kan være et innspill i diskusjonen av hva ledere og ansatte i pleie- og omsorgssektoren skal utføre av rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver og hvordan man kan få til en god praksis rundt dette arbeidet, både med tanke på kvaliteten av det som rapporteres og med tanke på tidsbesparing. Studien ble gjennomført høsten 2011 og våren 2012, på oppdrag fra KS (Kommunesektorens organisasjon).

Vi vil rette en stor takk til alle informantene fra pleie- og omsorgstjenestene og rådmennene som i en hektisk arbeidshverdag har valgt å bruke tid og dele sine erfaringer og vurderinger med oss. Flere uttrykte at dette er et viktig tema som de har sterke meninger om, og har et ønske om å påvirke og bidra.

Rådmannsutvalget i Møre og Romsdal har vært referansegruppe for prosjektet. Takk for gode diskusjoner i de tre møtene vi har hatt i Molde og Ålesund. Referansegruppen har bidratt med mange konstruktive og nyttige innspill til arbeidet.

Takk til seniorforsker og forskningsleder Terje Olsen ved Nordlandsforskning som har fulgt prosjektet tett hele veien. Han har deltatt i diskusjoner, lest utkast underveis og gitt verdifulle tilbakemeldinger og deltatt i møter med oppdragsgiver og referansegruppen. Takk også til adm. direktør Hanne Østerdal ved Nordlandsforskning og FoU-sjef ved Valnesfjord Helseportssenter Trond Bliksvær, som begge har lest utkast av rapporten og gitt nyttige tilbakemeldinger. Takk også til Gaute Terjesson for hjelp i forbindelse med spørreundersøkelsen.

Vi vil også takke vår kontaktperson hos KS, Anne Gamme, for et godt samarbeid. Takk også til den interne ressursgruppen hos KS som også har fulgt prosjektet og gitt tilbakemeldinger underveis. Og takk til Knut Bøe hos KS som har vært behjelpelig med å skaffe til veie statistikk.

Flere forskere har vært involvert i studien. Seniorforsker Ann Kristin Eide fra Nordlandsforskning deltok i datainnsamlingen i casestudien. Hun har også vært en

verdifull diskusjonspartner i prosjektets første fase. Seniorforsker Trude Gjernes fra Nordlandsforskning deltok også i prosjektets første fase. Hun deltok i datainnsamlingen i casestudien, og har i tillegg gjennomført og skrevet deler av dokumentstudien (kapittel 3.1). Forskningsleder Gisle Solvoll ved Handelshøgskolen i Bodø, Universitetet i Nordland har gjennomført delstudie 4 og skrevet kapittel 4.5 og 7. Seniorforsker Hege Gjertsen har deltatt i gjennomføringen av alle delstudiene, med unntak av delstudie 4. Hun har skrevet de øvrige deler av rapporten og vært prosjektleder for studien.

Bodø, august 2012

INNHOLD

FORORD	1
SAMMENDRAG.....	7
SUMMARY	15
TABELLOVERSIKT	23
FIGUROVERSIKT	26
1. INNLEDNING	28
1.2 BAKGRUNN FOR STUDIEN	29
1.3 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER.....	31
1.4 RETTSLIGGJØRING, BYRÅKRATISERING OG KOMMUNALT SELVSTYRE	33
1.4.1 Flere rettigheter og økt rettighetstenkning.....	34
1.4.2 Økt rettighetslovgivning - svekket kommunalt selvstyre	36
1.5 RAPPORTENS OPPBYGNING	38
2. FORSKNINGSMETODE OG DATAGRUNNLAG.....	39
2.1 DELSTUDIE A: DOKUMENTSTUDIE	39
2.2 DELSTUDIE B: CASESTUDIE	40
2.3 DELSTUDIE C: SPØRREUNDERSØKELSE	42
2.4 DELSTUDIE D: LØNNSOMHETSANALYSE.....	50
2.4.1 Hva er effektivitet?.....	50
2.4.2 Hvordan angripe diskusjonen om effektive rapporteringsrutiner?	51
2.4.3 Hva er lønnsomhet?	53
2.4.4 Lønnsomhetsanalyser i offentlig sektor	55
2.4.5 Hvordan gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse?	56
2.5 ETISKE BETRAKTNINGER OG KVALITETSSIKRING	57
2.6 SAMMENDRAG	58
3. DOKUMENTSTUDIE	59
3.1 TIDSBRUK I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN.....	59
3.1.1 Bemanningssituasjonen i pleie- og omsorgssektoren	63
3.1.2 Arbeidsoppgaver og krav til dokumentasjon innen helse- og omsorg, skole og barnehage.....	64
3.1.3 Dokumentasjon og rapporteringsrutiner i pleie- og omsorgssektoren	67
3.1.4 Dokumentasjon av pasientrelatert arbeid	68
3.1.5 Ny teknologi – frigjør tid?.....	71
3.2 MEDIAS ROLLE.....	72
3.2.1 New Public Management	75
3.2.2 Bestiller- utførermodellen	75

3.2.3	Innsatsstyrt finansiering og bruk av "stoppeklokke".....	78
3.2.4	Byråkratisering og tidsbruk - rapportering og dokumentasjonsarbeid.....	81
3.2.5	IPLOS	84
3.2.6	Velferdsteknologi og tidsbruk – rapportering	85
3.2.7	Medias rolle som pådriver for økt rapportering og dokumentasjonskrav	87
3.3	SAMMENDRAG	89
4.	RAPPORTERINGS- OG DOKUMENTASJONSARBEID.....	91
4.1	OVERSIKT OVER RAPPORTERING OG DOKUMENTASJON	91
4.2	PÅLAGT AV STATLIGE MYNDIGHETER	95
4.2.1	IPLOS	96
4.2.2	Statlige tilsyn.....	97
4.2.3	Oppfølging av sykemeldte.....	100
4.2.4	Melding om yrkesskader	101
4.2.5	Pasientjournaler	101
4.2.6	Vedtak om bruk av tvang overfor demente	102
4.2.7	Avviksmeldinger	103
4.3	PÅLAGT AV KOMMUNEADMINISTRASJONEN	104
4.4	IKKE-PÅLAGT RAPPORTERING	105
4.4.1	Dokumentering fra kurs, prosjekter o.l.	105
4.4.2	Dokumentasjon av veiledning og oppfølging.....	106
4.5	TIDSBRUK PÅ ULIKE AKTIVITETER.....	107
4.5.1	Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til personalet	109
4.5.2	Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne	112
4.5.3	Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til økonomi	116
4.5.4	Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til "annet"	119
4.5.5	Tidsbruk etter profesjon	122
4.5.6	Tidsbruk etter "etterspørre" – statlige og kommunale krav.....	124
4.5.7	Tidsbruk på de 10 aktivitetene som tar mest tid.....	127
4.5.8	Tidsbruk etter hovedkategori	128
4.6	HVORFOR ØKTE KRAV TIL RAPPORTERING OG DOKUMENTASJON?	130
4.6.1	Økte krav til rapportering og dokumentasjon.....	130
4.6.2	Hva er drivkreftene bak utviklingen med økte krav?.....	133
4.7	SAMMENDRAG	134
5.	ORGANISERING OG UTFORDRINGER.....	136
5.1	HVEM RAPPORTERER HVA?	136
5.2	RAPPORTERING - SKRIFTLIG, ELEKTRONISK OG MUNTLLIG	139
5.2.1	Fra skriftlig til elektronisk rapportering.....	139
5.2.2	Muntlig rapportering	141
5.3	HÅNDHOLDTE TERMINALER.....	143
5.4	UTFORDRINGER KNYTTET TIL RAPPORTERINGS- OG DOKUMENTASJONSARBEID	148
5.4.1	Hvor omfattende og detaljert skal rapporteringen i journalene være?	149

5.4.2	<i>Hvordan skrive i journalene?</i>	153
5.4.3	<i>Hvordan bruke tiden - brukerrettet arbeid eller dokumentere?</i>	154
5.4.4	<i>Praktiske utfordringer</i>	158
5.4.5	<i>Hva skjer med det som rapporteres og dokumenteres?</i>	160
5.4.6	<i>Oppfølging av sykemeldte er krevende</i>	162
5.4.7	<i>Hvordan registreres avvik?</i>	163
5.5	HVORDAN FÅ TIL GOD PRAKSIS?.....	165
5.5.1	<i>Opplæring</i>	165
5.5.2	<i>Arbeids- og ansvarsfordelig</i>	166
5.5.3	<i>Merkantilt personale</i>	166
5.5.4	<i>IKT og samordning av datasystemer</i>	167
5.6	SAMMENDRAG	169
6.	HVORFOR RAPPORTERE OG DOKUMENTERE?	170
6.1	"DET BIDRAR TIL Å ØKE KVALITETEN PÅ TJENESTENE"	171
6.1.1	<i>God oppfølging av brukerne</i>	171
6.1.2	<i>Avdekke feil og forbedre</i>	173
6.2	"FOR SIKKERHETS SKYLD"	174
6.2.1	<i>I tilfelle kontroll og klager</i>	174
6.2.2	<i>I tilfelle behov for yrkesskadeerstatning</i>	176
6.2.3	<i>Kontrollaspektet ved rapporteringen – del av rettsliggjøringsprosessen</i>	176
6.3	VIKTIG STYRINGSINFORMASJON FOR STAT OG KOMMUNE	177
6.3.1	<i>Styringsinformasjon til statlige myndigheter</i>	178
6.3.2	<i>Styringsinformasjon til kommunene</i>	180
6.3.3	<i>Pleie- og omsorgssektorens erfaringer med dokumentasjon av behov med tanke på ressurstildeling</i>	183
6.3.4	<i>Avviksmeldinger som grunnlag for mer ressurser</i>	186
6.3.5	<i>Vilkårlig skåring i IPLOS – uheldig med tanke på ressurstildeling</i>	187
6.4	SAMMENDRAG	188
7.	LØNNSOMHETSVURDERING	189
7.1	VURDERING AV NYTTEN AV RAPPORTERINGS- OG DOKUMENTASJONSARBEID KNYTTET TIL BRUKERNE .	189
7.2	TIDSBRUK OG PERSONALKOSTNADER KNYTTET TIL RAPPORTERINGS- OG DOKUMENTASJONSARBEID I PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN	193
7.2.1	<i>Forutsetninger for analysen</i>	194
7.2.2	<i>Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til personalet</i>	196
7.2.3	<i>Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne</i>	197
7.2.4	<i>Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til økonomi</i>	198
7.2.5	<i>Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til annet</i>	199
7.3	FRIGJØRING AV TID OG LØNNSMIDLER	201
7.4	NYTTE-KOSTNADSANALYSE AV MER EFFEKTIV JOURNALFØRING	202
7.5	SAMMENDRAG	204

8. AVSLUTTENDE DISKUSJON	205
8.1 DET UTFØRES MYE RAPPORTERINGS- OG DOKUMENTASSJONSARBEID I PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN	206
8.2 BRUKERRETET RAPPORTERING OG DOKUMENTASJON TAR MEST TID	207
8.3 RETTSLIGGJØRING OG MEDIA ER VIKTIGE PÅDRIVERE FOR ØKTE RAPPORTERINGS- OG DOKUMENTASJONSKRAV	209
8.4 RÅDMENN OG ANSATTE I PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN ANSER RAPPORTERING OG DOKUMENTASJON SOM NYTTIG	210
8.5 FLERE FORHOLD ER VIKTIGE I FORHOLD TIL GOD PRAKSIS	212
8.6 HVA KAN NYTTEN AV MINDRE TIDBRUK PÅ RAPPORTERING OG DOKUMENTASJON VÆRE?	214
REFERANSER.....	217
VEDLEGG 1: SPØRRESKJEMA.....	225

SAMMENDRAG

I denne rapporten presenteres resultatene fra en studie av omfang, nytte og kostnader ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Studien er gjennomført i perioden november 2011 til juni 2012 av Nordlandsforskning i samarbeid med Universitetet i Nordland, på oppdrag fra KS (Kommunesektorens organisasjon).

Formål med studien og problemstillinger

Hovedformålet med studien har vært å belyse i hvilken grad rapportering og dokumentering trekker pleieressurser bort fra direkte brukerrettet arbeid innen den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Vi har tatt for oss følgende problemstillinger:

- Hvilke typer dokumentasjonsarbeid og rapportering blir utført i den kommunale pleie- og omsorgssektoren?
- Hvilket omfang har rapporteringen og dokumentasjonsarbeidet?
- Hvordan organiseres og praktiseres rapportering og dokumentasjonsarbeid?
- Hvordan vurderes nytten av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet og hva er lønnsomheten av å gjøre arbeidet mer effektivt eller redusere mengden rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver?
- Hvordan få til gode praksiser rundt rapporterings- og dokumentasjonsarbeid, med tanke på kvalitet og tidsbruk?

Metode og datagrunnlag

Studien omfatter fire delstudier:

- Delstudie A omfatter er dokumentstudie hvor vi har gått igjennom relevant forskningslitteratur, samt sett på hvordan tematikken er blitt tatt opp i mediene.
- Delstudie B omfatter en casestudie hvor vi har intervjuet til sammen 40 rådmenn og ansatte på ulike nivå i sykehjem og hjemmetjenester i seks kommuner.
- Delstudie C omfatter en spørreundersøkelse som ble besvart av 276 respondenter – virksomhetsledere, avdelingsledere, sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere ved sykehjem, hjemmetjenester og boliger for funksjonshemmede fra 24 kommuner.
- Delstudie D omfatter en analyse av lønnsomhet ved mer effektive rapporterings- og dokumentasjonsrutiner i pleie- og omsorgssektoren.

Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i pleie- og omsorgssektoren

Studien viser at respondentene i spørreundersøkelsen bruker i gjennomsnitt 8 timer og 23 minutter per uke på rapporterings- og dokumentasjonsarbeid.

- Institusjonslederne bruker i gjennomsnitt 16 timer og 15 minutter
- Avdelingslederne bruker i gjennomsnitt 12 timer
- Sykepleierne bruker i gjennomsnitt 6 timer og 15 minutter
- Helsefagarbeiderne bruker i gjennomsnitt 3 timer og 23 minutter

Litt over halvparten (57 %) av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som personalet utfører, er pålagt av statlige myndigheter, mens det øvrige er egeninitiert i kommunen, enten fra administrasjonen eller fra ledelsen i virksomhetene. Dette innebærer for sektoren totalt sett (populasjonen):

- Rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter pålagt av statlige myndigheter legger beslag på 5 590 årsverk, tilsvarende lønnskostnader på 2,5 mrd. kr.
- Kommunale rapporterings- og dokumentasjonskrav legger beslag på 4 222 årsverk, tilsvarende lønnskostnader på 2 374 mill. kr.

Av *statlige krav* er det rapportering i brukernes journaler og oppfølging av sykmeldte arbeidstakere i forhold til NAV, som tar mest tid. Når det gjelder krav til rapportering og dokumentasjon *etterspurt fra kommunen* er det utarbeidelse og oppdatering av tiltaksplaner og lignende, skrive brev og svare på henvendelser angående brukerne, samt rapportere ressursbruk og økonomi, som tar mest tid.

Når det gjelder rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver relatert til *personalet* er det oppfølging av sykemeldte, HMS-arbeid og referat fra møter med ansatte som tar mest tid. Når det gjelder oppgaver relatert til *brukerne* er det rapportering i journalene og utarbeidelse og oppdatering av pleieplanene som tar mest tid. Når det gjelder oppgaver relatert til *økonomi* er det rapportering om økonomi og ressursbruk som tar mest tid. Sett under ett, er det først og fremst rapportering i brukernes journaler som tar mest tid. Oppfølging av sykemeldte, arbeidet med tiltaksplaner og pleieplaner, kvittere for medisiner og besvare henvendelser om brukerne følger på de neste plassene.

Analysen av tidsbruken ansatte i sektoren benytter på ulike rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver viser at samlet sett legger oppgaver knyttet personalet, brukerne, økonomi og "annet" beslag på til sammen 9 812 kommunale årsverk,

noe som tilsvarer lønnskostnader på 4 874 mill. kr. Dette fordeler seg slik på de ulike oppgavene:

- *Brukerrettede* rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter tar mest tid og utgjør 56 prosent av respondentenes tidsbruk knyttet til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid. Dette innebærer 5 463 årsverk og 2 714 mill. Kr.
- Oppgaver knyttet til *personalet* tar 18 prosent av respondentenes samlede rapporterings- og dokumentasjonstidsbruk. Dette innebærer 1 749 årsverk og 869 mill. kr.
- Oppgaver knyttet til "*annet*" tar også 18 prosent, som innebærer 1 794 årsverk og 891 mill. kr.¹
- *Økonomisk* rapportering utgjør 8 prosent av respondentenes samlede rapporterings- og dokumentasjonstidsbruk. Dette innebærer 806 årsverk og 400 mill. kr.

Spørreundersøkelsen viser at de rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver som totalt tar mest tid er følgende:

- Rapportere i brukernes journal (1 375 årsverk)
- Oppfølging av sykemeldte arbeidstakere (731 årsverk)
- Utarbeide og oppdatere pleieplaner o.l. (685 årsverk)
- Kvittere for medisin som er gitt (619 årsverk)
- Svare på henvendelser angående brukerne (556 årsverk)
- Rapportere økonomi og ressursbruk (443 årsverk)

I analysen ser vi at en redusert tidsbruk på fem prosent på de mest ressurskrevende rapporterings- og dokumentasjonsoppgavene vil kunne frigjøre 300 kommunale årsverk, noe som tilsvarer 149 mill. kr i reduserte lønnsutbetalinger.

Rettsliggjøring og media - pådrivere for økte rapporterings- og dokumentasjonskrav

Kravene til rapportering og dokumentasjon innen pleie- og omsorgssektoren har økt de siste årene. Store deler av økningen i rapportering og dokumentasjon er

¹ Når det gjelder oppgaver knyttet til "*annet*" dreier det seg bl.a. om registrering og vedlikehold av opplysninger som senere skal rapporteres, opplæring i kartleggingsverktøy (IPLoS, OBS-demens osv.) og det å dokumentere eller gjennomføre egnevalueringer knyttet til prosjekter, kompetanseutvikling m.m.

ikke direkte brukerrelatert. Det gjelder ikke minst oppfølging av sykemeldte arbeidstakere og rapportering rundt ressursbruk og økonomi. Dette er rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver som hovedsakelig utføres av virksomhets- og avdelingslederne i sektoren. Samtidig forventes det at personalet skal dokumentere mer detaljert i journalene. Utviklingen med økte rapporterings- og dokumentasjonskrav må ses i lys av ulike sider ved samfunnsutviklingen:

- Flere lovfestede rettigheter og økt bevissthet rundt hva man kan kreve av tjenester, har ført til flere rapporterings- og dokumentasjonskrav, særlig fra statlige myndigheter som gjennom bl.a. tilsyn ønsker å kontrollere at kommunene oppfyller lovene. Kommuneadministrasjonen må også etterspørre mer rapportering og dokumentasjon siden det ligger krav til å dokumentere i lovgivningen. Kontrollaspektet ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet må også ses i sammenheng med en økende rettsliggjøring i samfunnet. For kommunen er det viktig at ulike sider ved omsorgstjenestene dokumenteres, i tilfelle klager og kontroll.
- *Medias økte fokus* på innhold i omsorgstjenestene og den enkeltes rettigheter innenfor helse- og omsorgsfeltet, kan også ses som en pådriver i forhold til økte rapporterings- og dokumentasjonskrav, og har ikke minst påvirket kommunenes behov for "å ha sitt på det tørre" i tilfelle kontroll og klager, noe som har medført økt etterspørsel etter mer detaljert rapportering og dokumentasjon innen pleie- og omsorgssektoren.
- Den *teknologiske utviklingen* med bruk av PC og elektroniske journalsystem og avviksregistrering har lagt forholdene til rette for mer, og også mer detaljert, rapportering og dokumentasjon.

Organisering og utfordringer

Mens helsefagarbeiderne hovedsakelig rapporterer i brukernes journaler og skriver avviksmeldinger, er sykepleierne og avdelingslederne involvert i adskillig flere rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver. Dette gjelder blant annet utarbeidelse og oppdatering av pleieplaner og oppfølging av sykemeldte. I løpet av de siste årene har skjedd en overgang til elektronisk rapportering. Dette oppleves i all hovedsak som en fordel, både med tanke på kvaliteten av det som rapporteres og tidsbesparelsene som oppnås. Samtidig skjer det fremdeles mye skriftlig og muntlig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i pleie- og omsorgssektoren. Dette oppleves av personalet som nødvendig.

Deltakerne i intervjuundersøkelsen opplever ulike utfordringer knyttet til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid. Det er usikkerhet rundt hvor omfattende og detaljert rapporteringen i brukernes journaler skal være. Ansatte opplever heller ikke at det er tydelig *hva* som skal rapporteres og *hvordan* dette skal gjøres. Videre er det ofte ikke satt av tid til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid, noe som medfører at ansatte opplever at dette arbeidet skal gjennomføres samtidig som man skal jobbe brukerrettet. Andre utfordringer er knyttet til mangel på eller tilgjengelig datautstyr, usikkerhet rundt hvordan det som rapporteres følges opp og hvordan dokumentasjonen klarer å gi et riktig bilde av situasjonen, samt at oppfølging av sykemeldte er krevende.

Ansatte og rådmennene mener rapportering og dokumentasjon er nyttig

Rapportering og dokumentasjon oppleves å *ta mye tid*. Samtidig gir de som jobber i pleie- og omsorgssektoren og rådmennene som inngår i studien, uttrykk for at de opplever store deler av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som *nyttig og nødvendig*. Personalet vurderer særlig journalføring, pleieplaner, avkryssing for medisin og avviksmeldinger som viktig. Dette er rapporteringsoppgaver som er brukerrelaterte og direkte knyttet til kvaliteten på tjenestene. Rådmennene legger særlig vekt på dokumentasjon av ressursbruk og ressursbehov, samtidig som de mener brukerrelatert dokumentasjon er viktig både med tanke på kvaliteten av tjenestene, men også i tilfelle kontroll og klager.

Studien peker på følgende hovedgrunner til at rapportering og dokumentasjon i pleie- og omsorgssektoren er nyttig:

- Rapportering og dokumentasjon bidrar til å *øke kvaliteten på tjenestene* ved at brukerne får god oppfølging, og ved at avvik som kan forbedres, blir avdekket.
- Rapportering og dokumentasjon gir *sikkerhet i tilfelle kontroll og klager*, og i tilfelle behov for yrkesskadeerstatning senere i livet.
- Dokumentasjon av behov og ressursbruk er viktig *styringsinformasjon* for stat og kommune. Statlige myndigheter har behov for å kontrollere at kommunene oppfylder de lovpålagte pliktene de har overfor innbyggerne. Kommuneadministrasjonen behøver oversikt over ressursbruk og behov for ressurser i sektoren med tanke på budsjettarbeid og ressursfordeling, samt ønsker å kontrollere at ressursene brukes slik de er tiltenkt.

Formålet med og begrunnelsene for rapportering og dokumentasjon er flere. I tillegg er det snakk om opplevd nytte på ulike nivå. Hva ledelsen og ansatte i pleie-

og omsorgssektoren opplever som viktig å rapportere og dokumentere, er ikke nødvendigvis det samme som hva kommune-administrasjonen, rådmennene og politikerne, eller hva statlige myndigheter anser som nyttig og nødvendig.

Hvordan få til god praksis rundt rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet?

Hva som er nyttig og nødvendig av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som ledere og ansatte i omsorgstjenesten pålegges eller velger å utføre i dag, må drøftes i lys av utfordringene sektoren står overfor i fremtiden. Hva er nødvendig og nyttig? Hva kan man eventuelt ta vekk eller redusere omfanget av? Og videre: hvordan få til god praksis rundt det vi anser som nødvendig av rapportering og dokumentasjon, både med tanke på kvalitet og effektiv tidsbruk? Enkelte diskusjoner og avveininger blir særlig relevante i denne sammenhengen. Studien peker på flere forhold som er viktig å drøfte nærmere dersom man ønsker å få til god praksis rundt rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet, både med tanke på kvaliteten av det som rapporteres, men også med tanke på tidsbruk:

- Hvor detaljert skal journalføring være?
- Hvor mye styringsinformasjon trenger kommuneadministrasjonen?
- Kan sykemeldte arbeidstakere følges opp på en mindre tidkrevende måte?
- Hvor mye ikke-lovpålagt rapportering skal sektoren utføre?
- Betydningen av tilstrekkelig merkantilt personell
- Tilgjengelige PC'er, opplæring i journalsystem o.l.
- Tydeliggjøring av arbeidsfordeling og bruk av ressurser til rapportering og dokumentasjonsarbeid

Avsluttende anbefalinger

Studien viser at ansatte i pleie- og omsorgssektoren bruker mye tid på rapporterings- og dokumentasjonsarbeid, og da særlig lederne og sykepleierne. Våre beregninger viser at rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter på landsbasis legger beslag på 9 812 årsverk, tilsvarende lønnskostnader på 4 874 mill.kr. Det er ikke mulig å si noe eksakt tall på hvor mye tid dette arbeidet "stjeler" fra direkte brukerrettet arbeid, men studien viser at tid brukt på rapportering og dokumentasjon også går på bekostning av tid til brukerne. Et interessant spørsmål er derfor hva nytten av mindre tidsbruk på dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter vil være. Hva kan eventuelt innspart tid på dette arbeidet gå til?

Den frigjorte tiden kan altså ha nytte i form av bedre kvalitet på tjenestene og/eller at kommunen kan ha et mer omfattende tjenestetilbud uten å øke budsjettet. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at en effektivisering av dokumentasjons- og rapporteringsarbeidet i form av at en kutter ut en del av rapporteringen, vil kunne ha en kostnad dersom noe av det som kuttes har en nytteverdi.

En del av rapporteringen er viktig for kommuneledelsen som direkte styringsinformasjon ved eksempelvis ressurstildelinger. Henvendelser fra media og brukere/pårørende/foresatte er lettere å håndtere dersom relevant informasjon foreligger. En del av rapporteringen etterspørres av statlige myndigheter og vil være lovpålagt å rapportere. Rapportering til statlige myndigheter benyttes blant annet som inngangsdata i inntektssystemet, og har dermed betydning for størrelsen på statens rammeoverføringer til kommunene. Det er således et paradoks at større effektivitet i dokumentasjons- og rapporteringsarbeidet i kommunene kan føre til at kommunene blir sittende med svarteper dersom det antas at jo mer effektivitet i rapporteringsrutinene og mindre ressursbruk til dette arbeidet, jo mindre behov for penger fra staten. Med andre ord – dersom det legges inn effektivitetskrav i inntektssystemet, vil hele eller deler av tidsgevinster i kommunal sektor indirekte havne i statskassen, slik at kommunene ikke får noen glede av gevinsten.

Dette vil imidlertid være uheldig når vi vet at sektoren i utgangspunktet ikke er tildelt ekstra ressurser for å utføre rapporterings- og dokumentasjonsoppgavene. For *lederne* går tiden de bruker på rapportering og dokumentasjon på bekostning av tid til ledelse og kompetanseutvikling. For *sykepleierne og helsefagarbeiderne* går tiden på bekostning av brukerrettet arbeid, men også kompetanseutvikling. Ansatte jobber i tillegg til en viss grad overtid for å få utført rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet. Altså – rapporterings- og dokumentasjonsarbeid som utføres i pleie- og omsorgssektoren, og som det i liten grad er satt av ekstra ressurser til, skjer i dag langt på vei på bekostning av brukerrettet arbeid, faglig utvikling og ledelse. Samtidig viser studien at både ledere og ansatte i sektoren mener at mye av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet er viktig ikke minst med tanke på kvaliteten av tjenestene.

Fra sektoren uttrykkes det behov for mer ressurser til brukerrettet arbeid. Ved å gjøre rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet mer effektivt, og eventuelt ved å redusere deler av dette arbeidet, kan man frigjøre tid til tjenestemottakerne. I tillegg er det selvsagt viktig å se på tidsbruk knyttet til andre ikke brukerrettede

aktiviteter som ansatte i pleie- og omsorgssektoren utfører. Når vi samtidig vet at over halvparten (57 %) av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som utføres i pleie- og omsorgssektoren er pålagt av staten, kan tallene (antall årsverk brukt til rapportering og dokumentasjon) også forstås dit hen at kommunene bør tildeles flere midler for å utføre disse oppgavene.

Med utgangspunkt i de store utfordringene som sektoren står overfor i fremtiden, mener vi det er nødvendig for statlige og kommunale beslutningstakere å prioritere hvilke rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver som er nødvendig, ut fra ulike hensyn. Trolig vil det være nødvendig å kutte eller redusere omfanget av noe av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet på sikt.

Studien har vist at kun litt over halvparten av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet er direkte brukerrettet. Gitt den trange økonomiske situasjonen kommunene er i, anser vi at det vil være viktig å vurdere nytten av dette arbeidet, og/eller vurdere om kommunene bør tilføres mer ressurser for å utføre det.

Store deler av det rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som utføres i sektoren er viktig systematisk arbeid knyttet til kvaliteten på tjenestene, og kan ikke uten videre kuttes ut eller reduseres. Vi mener likvel det vil være nyttig å se på organisering og rutiner i dette arbeidet. Det dreier seg som nevnt, blant annet om å sette av tilstrekkelig med ressurser, tilgang på og opplæring i PC- og dokumentasjonsprogram, tilstrekkelig merkantilt personale, tydelig arbeids- og rollefordeling, samt en diskusjon rundt hvor detaljert rapporteringene bør være.

SUMMARY

This report presents the results from a study of the scope, benefit and costs of reporting and documentation work in the municipal health and care services. The study, which was commissioned by the Norwegian Association of Local and Regional Authorities (KS) was carried out in the period November 2011–June 2012 by the Nordland Research Institute in collaboration with the University of Nordland.

Purpose of the study and issues

The main purpose of the study was to elucidate the degree to which reporting and documentation withdraws care resources from directly consumer-oriented work within the municipal health and care sector. We have focused on the following issues:

- Which types of documentation work and reporting are carried out in the municipal health and care sector?
- What is the scope of the reporting and documentation work?
- How is reporting and documentation work organised and carried out in practice?
- How is the benefit of the reporting and documentation work evaluated, and what would be the profitability of performing the work more efficiently or reducing the volume of reporting and documentation tasks?
- How can good practice with regard to quality and time consumption be established concerning reporting and documentation work?

Methods and data basis

The study comprises four subsidiary studies:

- Subsidiary study A consists of a document survey in which we have studied relevant research literature and examined how the theme is covered in the media.
- Subsidiary study B comprises a case study in which we have interviewed a total of 40 councillors and employees at different levels in nursing homes and home care services in six local authorities.
- Subsidiary study C comprises a questionnaire survey to which we received answers from 276 respondents – company managers, heads of department, nurses, social educators and healthcare professionals at nursing homes, home care services and residences for disabled people from 24 local authorities.

- Subsidiary study D consists of an analysis of profitability through more efficient reporting and documentation routines in the health and care sector.

Reporting and documentation work in the health and care sector

The study reveals that the respondents to the questionnaire survey spend an average of 8 hours and 23 minutes per week on reporting and documentation work.

- Institution managers spend an average of 16 hours and 15 minutes on this work
- Heads of department spend an average of 12 hours on this work
- Nurses spend an average of 6 hours and 15 minutes on this work
- Healthcare professionals spend an average of 3 hours and 23 minutes on this work

Slightly more than half (57%) of the reporting and documentation work that the staff perform is required by state authorities, while the remainder is initiated at municipal level – either by the local administration or by the management of the companies. Overall for the sector (the population), this means that:

- Reporting and documentation work activities required by state authorities lay claim to 5,590 FTEs, corresponding to payroll costs of NOK 2,500 million
- Municipal reporting and documentation requirements lay claim to 4,222 FTEs, corresponding to payroll costs of NOK 2,374 million.

Of the *state requirements*, reporting in the consumers' journals and follow-up on employees who are off sick in relation to Norwegian Labour and Welfare Service (NAV) requirements take up most time. As regards requirements for reporting and documentation *requested at municipal level*, preparing and updating action plans and the like, writing letters and responding to enquiries concerning the consumers, reporting resource consumption and financial matters, and checking off medication dosages, etc. take up most time.

When it comes to reporting and documentation tasks related to *staff*, most time is devoted to following up on staff who are off sick, HSE work and minutes from meetings with employees. In the area of tasks related to *the consumers*, reporting in the journals and the preparation and updating of care plans account for most time. With regard to tasks related to *finance*, most time is taken up by reporting on finance and resource consumption. All in all, it is first and foremost reporting in

the consumers' journals that take most time, followed by checking on staff who are off sick, work on action plans and care plans, signing for medicines and responding to enquiries about the consumers.

The analysis of the time that staff in the sector spend on different reporting and documentation tasks reveals that overall, assignments linked to the staff, the consumers, finance and "Other" lay claim to a total of 9,812 municipal FTEs, corresponding to payroll costs of NOK 4,874 million. This is distributed as follows between the different tasks:

- *Consumer-oriented* reporting and documentation activities take up the most time and account for 56 per cent of the time spent by the respondents on reporting and documentation work. This is equivalent to 5,463 FTEs and payroll costs of NOK 2,714 million.
- Assignments linked to *staff* account for 18 per cent of the time that the respondents spend on reporting and documentation work. This is equivalent to 1,749 FTEs and payroll costs of NOK 869 million.
- Assignments linked to "*Other*" also account for 18 per cent of the time (1,794 FTEs and NOK 891 million).
- *Financial* reporting accounts for 8 per cent of the time the respondents spend on reporting and documentation work. This is equivalent to 806 FTEs and payroll costs of NOK 400 million.

The questionnaire survey reveals that the following reporting and documentation tasks take up most time overall:

- Reporting in the consumers' journals (1,375 FTEs)
- Follow-up on employees who are off sick (731 FTEs)
- Preparing and updating care plans, etc. (685 FTEs)
- Signing for medicine administered (619 FTEs)
- Responding to enquiries concerning the consumers (556 FTEs)
- Reporting financial matters and resource consumption (443 FTEs)

On the basis of the analysis results, we can see that reducing the time spent on the most resource-intensive reporting and documentation tasks by 5 per cent would free up 300 municipal FTEs, which corresponds to a reduction of NOK 149 million in salary payments.

Juridification and media – drivers behind increased reporting and documentation requirements

Requirements for reporting and documentation within the health and care sector have increased in recent years. Large parts of the increase in reporting and documentation are not directly related to consumers. This applies in particular to follow-up on employees who are off sick, and reporting activities linked to resource consumption and finances. These are reporting and documentation tasks that are primarily carried out by company managers and heads of department in the sector. At the same time, staff are expected to document in more detail in the journals. This development – the increase in requirements on reporting and documentation – must be viewed in the light of different aspects of societal development:

- More statutory rights and increased awareness of what people are entitled to demand as regards services have led to an increase in reporting and documentation requirements, particularly from state authorities that wish to use supervision, etc. to check that the local authorities are complying with legal requirements. The municipal administration is also obliged to demand more reporting and documentation because legislation lays down requirements for documenting. The checking aspect of the reporting and documentation work must also be viewed in the context of an increasing juridification of society. For the local authorities, it is important to document different aspects of the care services to ensure preparedness in the event of complaints or checks.
- *Increased media focus* on the content of the care services and the rights of the individual in the field of health and care can also be considered a driver in relation to the increase in reporting and documentation requirements. In particular, these aspects have affected the needs of local authorities to “watch their backs” in the event of checks or complaints – a situation that has boosted the demand for more detailed reporting and documentation within the health and care sector.
- *Technological development*, with greater use of computers, clinical information systems and deviation registration, has also laid the foundations for more – and more detailed – reporting and documentation.

Organisation and challenges

While healthcare professionals primarily report in consumers' journals and communicate deviations, the nurses and the heads of department are involved in several other reporting and documentation assignments. These include, for example, preparing and updating care plans and following up on staff who are off sick. A transfer to electronic reporting has taken place in recent years. This is generally considered a benefit, with regard both to the quality of what is reported and to the time saved. At the same time, a lot of written and oral reporting and documentation work is still being carried out in the health and care sector. The staff view this as necessary.

The respondents identify various challenges linked to reporting and documentation work. There is some uncertainty about how comprehensive and detailed reporting in the consumers' journals should be. Employees also state that it is not clear *what* is to be reported, nor *how* this is to be done. Moreover, in many cases time is not set aside for reporting and documentation work, which results in employees feeling that they have to do this work at the same time as they perform consumer-oriented tasks. Other challenges are linked to the lack – or limited availability – of computer equipment, uncertainty concerning how to follow up on what is reported, and how the documentation can present an accurate picture of the situation. In addition, respondents report that the work to follow up on staff who are off sick is demanding.

Employees and councillors think that reporting and documentation are important

The general feeling is that reporting and documentation *take up a lot of time*. At the same time, however, the people who work in the health and care sector and the councillors included in the study state that they consider large parts of the reporting and documentation work to be *beneficial and necessary*. The staff consider updating journals, preparing care plans, checking off medicine and communicating deviations to be particularly important. These are reporting tasks that are consumer-related and directly linked to the quality of the services. The councillors place particular emphasis on documentation of resource consumption and resource requirements. At the same time, however, they are of the opinion that consumer-related documentation is important, not only with regard to the quality of the services, but also from the perspective of checks and complaints.

The study highlights the following main reasons why reporting and documentation in the health and care sector are important:

- Reporting and documentation contribute to *improving the quality of the services* by ensuring that consumers receive good follow-up, and by helping to identify deviations that can be remedied.
- Reporting and documentation provide *security in the event of checks and complaints*, and in situations where industrial injury compensation is required.
- Documentation of needs and resource consumption provides important *steering information* for state and municipal authorities. State authorities need to be able to check that the local authorities are fulfilling their statutory obligations to their citizens. The municipal administration needs an overview of resource consumption and the need for resources in the sector in the context of budget work and resource allocation. The administrators also wish to check that the resources are being used as intended.

How to bring about good practice with regard to reporting and documentation work?

The study indicates a number of conditions that it is important to discuss in more detail with a view to establishing good practice in the area of reporting and documentation work, both as regards the quality of what is reported, and with regard to time consumption:

- How detailed are the journal entries to be?
- How much steering information does the municipal administration need?
- Is there a less time-intensive way to follow up on staff who are off sick?
- How much non-statutory reporting is the sector to perform?
- Sufficient commercial staff
- Access to computers and training in computer use and electronic documentation programs
- Clear division of work and sufficient resources for reporting and documentation tasks

Final Recommendations

The study shows that employees in the care sector spend much time on reporting and documentation, particularly managers and nurses. Our calculations show that reporting and documentation activities nationwide occupies 9,812 FTEs, representing compensation of 4874 mill.kr. Of this, 57 percent imposed by the state government. The study shows that this work may be at the expense of user-oriented work, professional development and leadership.

Given the major challenges that the sector faces in the future, we believe it is necessary for state and local decision makers to prioritize the reporting and documentation tasks that are required, according to various considerations. Probably it will be necessary to cut or reduce the scope of some of the reporting and documentation work in the long term.

The study has shown that just over half of the reporting and documentation work is directly user-oriented. Given the tight financial situation of municipalities, we believe that it will be important to assess the usefulness of this work, and/or whether municipalities should be applied more resources to carry it out.

Much of the reporting and documentation work done in the sector is important systematic work related to quality of services, and can't simply be cut out or reduced. We still believe it will be helpful to look at the organization and procedures in this work. It includes, among other things, to set aside adequate resources, access to and training in computer programs and documentation, adequate mercantile staff, as well as a discussion of how detailed the reporting should be.

TABELLOVERSIKT

Tabell 1 Oversikt over informanter i casestudien (N=39).....	41
Tabell 2 Oversikt over respondenter etter stilling, absolutte tall og prosent (N=274).....	45
Tabell 3 Oversikt over respondenter etter arbeidssted, absolutte tall og prosent (N=272).....	46
Tabell 4 Oversikt over respondenter etter stillingskategori og kjønn, prosent (N=262).....	46
Tabell 5 Oversikt over respondenter etter stillingskategori og arbeidssted, prosent (N=271).....	47
Tabell 6 Oversikt over respondenter etter stillingskategori og alder, prosent (N=273).....	47
Tabell 7 Oversikt over respondenter etter kjønn og alder, prosent (N=261).....	47
Tabell 8 Oversikt over respondenter etter stillingskategori og stillingsstørrelse, prosent (N=271).....	48
Tabell 9 Oversikt over respondenter etter kjønn og stillingsstørrelse, prosent (N=257).....	48
Tabell 10 Oversikt over respondenter etter stillingskategori og hvor lenge de har jobbet i omsorgstjenesten, prosent (N=273).....	49
Tabell 11 Oversikt over respondenter etter kjønn og hvor lenge de har jobbet i omsorgstjenesten, prosent (N=261).....	49
Tabell 12 Antall referanser, etter år.....	74
Tabell 13 Rapportering pålagt av staten.....	92
Tabell 14 Rapportering på initiativ fra kommuneadministrasjonen.....	94
Tabell 15 Ikke-pålagt rapportering – oppgaver som virksomhetene selv har lagt opp til.....	94
Tabell 16: Tid brukt av ulike profesjoner på rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til personalet, brukere, økonomi og annet. Minutter per uke. Timer per uke i parentes. Gjennomsnittstall.....	109
Tabell 17: Tid brukt av ulike profesjoner på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til personalet. Minutter per uke. Gjennomsnittstall.....	110
Tabell 18: Tid brukt av ulike profesjoner på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne. Minutter per uke. Gjennomsnittstall.....	113

Tabell 19: Tid brukt av ulike profesjoner på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til økonomi. Minutter per uke. Gjennomsnittstall.....	117
Tabell 20: Tid brukt av ulike profesjoner på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til annet. Minutter per uke. Gjennomsnittstall.....	119
Tabell 21 Har din arbeidsplass tatt i bruk håndholdte terminaler, etter arbeidssted, prosent (N=276)	145
Tabell 22 Bruk av håndholdte terminaler har bedret kvaliteten på rapporteringen/dokumentasjonsarbeidet, absolutte tall (N=28), prosent i parentes	145
Tabell 23 Bruk av håndholdte terminaler har gjort rapporteringen/dokumentasjonsarbeidet mer effektivt, absolutte tall (N=28), prosent i parentes.	146
Tabell 24 Opplever du at det er tydelig hva du skal dokumentere/rapportere i journalene, etter stilling. Prosent (N=258).....	152
Tabell 25 Opplever du at det er tydelig hva du skal dokumentere/rapportere i journalene, etter arbeidssted. Prosent (N=256)	152
Tabell 26 Opplever du at det er vanskelig å finne tid til rapporteringen i brukernes journaler, etter stilling. Prosent (N=260)	156
Tabell 27 Opplever du at det er vanskelig å finne tid til rapporteringen i brukernes journaler, etter arbeidssted. Prosent (N=260).....	158
Tabell 28 Hvor ofte hender det at du ikke får gjennomført rapporterings- og dokumentasjonsarbeid på grunn av at PC ikke er tilgjengelig, etter stilling? Prosent (N=260)	159
Tabell 29: Vurdering av nytten av forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne. (N=187-270).....	190
Tabell 30 Fordeling mellom respondentene og populasjonen for ulike profesjoner	194
Tabell 31: Tidsbruk for respondentene og populasjonen samt årlige lønnskostnader for populasjonen av forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til personalet.....	196
Tabell 32: Tidsbruk for respondentene og populasjonen samt årlige lønnskostnader for populasjonen av forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne.	197
Tabell 33: Tidsbruk for respondentene og populasjonen samt årlige lønnskostnader for populasjonen av forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til økonomi.....	199

Tabell 34: Tidsbruk for respondentene og populasjonen samt årlige lønnskostnader for populasjonen av forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til annet.	200
Tabell 35: Frigjorte årsverk og lønnsmidler for populasjonen ved redusert tidsbruk på 5 %, 10 % og 15 % på de 10 rapporterings- og dokumentasjonsaktivitetene som det brukes mest tid på i 2011.....	201
Tabell 36: Nytte-kostnadsanalyse av at det benyttes 10 % mindre tid til rapportering i brukernes journaler i pleie- og omsorgssektoren i alle norske kommuner. Tall i mill. 2011-kr.	203
Tabell 37 Oversikt over rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver knyttet til personalet, brukerne, økonomi og "annet", etter tidsbruk (årsverk) og lønnskostnader for populasjonen	208
Tabell 38 Oversikt over rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver som tar mest tid, etter tidsbruk (årsverk) og lønnskostnader for populasjonen	208

FIGUROVERSIKT

Figur 1 Visualisering av en mulig klassifisering av tidsbruk på ulike typer rapportering	52
Figur 2 Tall og oversikt over databaser	62
Figur 3 Antall referanser, etter år	73
Figur 4 Oversikt over referanser, etter år	87
Figur 5 Relativ fordeling av respondentenes tidsbruk på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til personalet. (N=59-92).	111
Figur 6: Relativ fordeling av respondentenes tidsbruk på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne. (N=19-276).	115
Figur 7: Relativ fordeling av respondentenes tidsbruk på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til økonomi. (N=36-79).	118
Figur 8: Relativ fordeling av respondentenes tidsbruk på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til annet. (N=29-171).	121
Figur 9 Ulike profesjoner sin andel av samlet tidsbruk som brukes til dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter innenfor helse- og omsorgssektoren. (N=276).	122
Figur 10 Andel av total arbeidstid til respondentene brukt på dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter innenfor helse- og omsorgssektoren fordelt på profesjon. (N=276).	123
Figur 11 Respondentenes tidsbruk på dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter innenfor pleie- og omsorgssektoren fordelt på "etterspørres". (N=276).	125
Figur 12 Respondentenes tidsbruk på dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter innenfor pleie- og omsorgssektoren som etterspørres av staten. Timer pr. uke (N=276).	126
Figur 13 Respondentenes tidsbruk på dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter innenfor pleie- og omsorgssektoren som etterspørres av kommunen. Timer pr. uke (N=276)	127
Figur 14: Tidsbruk på de 10 rapporterings- og dokumentasjonsaktivitetene som respondentene benytter mest tid på. Timer per uke. (N=276).	128
Figur 15: Relativ fordeling av respondentenes tidsbruk på rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter knyttet til "personal", "brukere", "økonomi" og "annet". (N=276).	129
Figur 16: Respondentenes synspunkter på håndholdte terminaler sin betydning for rapporteringskvalitet og rapporteringseffektivitet. (N=32).	147

Figur 17: Respondentenes vurdering av hvor vanskelig det er å finne tid til å rapportere i brukernes journaler. (N=260).	157
Figur 18: Respondentenes anslag på hvor ofte en ikke får gjennomført rapporterings- og dokumentasjonsarbeid på grunn av at PC ikke er tilgjengelig. (N=260)	160
Figur 19: Visualisering av forholdet mellom nytte og tidsbruk for rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter knyttet til brukerne. Vurdert av 276 respondenter. Vertikal skala er logaritmisk.	192

1. INNLEDNING

I løpet av de senere år har det kommet flere tilbakemeldinger fra kommunene om at rapportering og dokumentasjonsarbeid tar tid og fokus bort fra brukerne av tjenestene innenfor pleie- og omsorgssektoren (Høst 2006, PwC 2011). Flere studier har pekt på at ansatte i denne sektoren ofte opplever at arbeidshverdagen er svært travel, og at de ikke får tid til å ivareta og ta hensyn til brukernes ulike behov (Vabø 2006, Dahle og Thorsen 2004). Mens omsorgsbehovene på den ene siden kan sies å være grenseløse, er på den andre siden ressursene begrenset. Pleie- og omsorgssektoren er da også en sektor preget av høyt sykefravær, høy turnover og høy andel tidligpensjonering (NOU 2010). Denne sektoren vil de neste tiårene stå overfor ytterligere utfordringer. En aldrende befolkning, økte pleieoppgaver og økt ansvar innen pleie- og omsorgsområdet vil innebære behov for å rekruttere flere sykepleiere og helsefagarbeidere til denne sektoren (St.meld. 47, 2008-09). Personalet utgjør den grunnleggende ressursen i pleie- og omsorgssektoren, og tid er og vil i stadig sterkere grad bli en kritisk faktor (Midtsundstad og Bogen 2011, Gautun og Hermansen 2011). Utfordringene krever derfor også en drøfting av hvordan ressursene skal brukes. Et overordnet mål er å gi mottakerne av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene så gode tjenester som mulig.

Hvordan skal så ressursene fordeles, og hvilke oppgaver skal prioriteres? I denne studien skal vi belyse i hvilken grad det er hold i påstanden om, eller bekymringene for, at rapportering og dokumentasjonsarbeid trekker pleieressurser bort fra direkte brukerrettet arbeid innen kommunale pleie- og omsorgstjenester.² Vi skal også se nærmere på omfang og nytte-kostverdi av dette arbeidet. Vi vil drøfte opplevd nytte av ulike rapporterings- og dokumenteringsoppgaver, og se på forhold som kan effektivisere arbeidet. I studien kombinerer vi ulike metodiske tilnærminger ved å gjennomføre fire delstudier; en dokumentstudie, casestudier i et utvalg kommuner, en

² Det er ikke enkelt å skille rapportering og dokumentasjon. *Rapportering* vil si å formidle opplysninger og informasjon om en hendelse eller sak videre til andre. Disse kan gis både muntlig skriftlig. Skriftlig rapportering innebærer å ta vare på observasjoner og opplysninger som angår brukerne, for å sikre at de får best mulig omsorg og pleie. Å *dokumentere* er å skrive ned det man observerer og gjør. Ifølge veilederen til saksbehandling i pleie- og omsorgssektoren (SHdir 2006) skal dokumentasjon av den løpende tjenesteytingen bestå av observasjoner, vurderinger, beslutninger og iverksatte tiltak. Dette vil gjøre det lettere å oppdage feil og avvik, og iverksette tiltak for oppfølging der det er nødvendig, for på den måten å sikre kvaliteten på arbeidet man utfører. I studien opererer vi med begge begrepene for å fange ulike arbeidsoppgaver og krav.

spørreundersøkelse til et utvalg kommuner, samt en lønnsomhetsanalyse av mer effektive rapporteringsrutiner.

1.2 BAKGRUNN FOR STUDIEN

Ansatte i omsorgstjenestene, og da særlig avdelingslederne og sykepleierne, utfører en betydelig andel rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i sin yrkeshverdag (Lien og Gjernes 2009, Gjertsen og Olsen 2011).³ Kravene til rapportering og dokumentering ser ut til å ha økt i løpet av de siste årene, ikke bare i den kommunale pleie- og omsorgssektoren, men også i andre sektorer, deriblant sykehusene og skolene. Dette har implikasjoner for tjenestetilbudet og arbeidsforholdene for de ansatte. Når det gjelder omsorgssektoren frykter man at rapporterings- og dokumenteringsarbeid i stadig sterkere grad skal trekke pleierne vekk fra pasientsentrert arbeid

Rapportering og dokumentasjonsarbeid er et tveegget sverd. På den ene siden har, som vi vil drøfte mer inngående i kapittel 6, rapporteringen og dokumenteringen flere formål. Det er avgjørende at arbeidsoperasjoner og vurderinger av dem blir rapportert og dokumentert for å ivareta og øke kvaliteten på tjenestene i pleie- og omsorgssektoren. Dette bidrar til at brukerne får god oppfølging. Feilbehandlinger, avvik og vurderinger av behov for hjelp skal registreres og dokumenteres. Rapportering og dokumentasjon gir også myndighetene anledning til å kontrollere om etablerte eller lovpålagte prosedyrer er fulgt i de tjenester som gis brukerne. Den gir også arbeidsgivere og kontrollmyndigheter anledning til å kartlegge på hvilke områder en mangler kompetanse og hvor det er behov for kompetanseheving og økt bemanning. Det hender også at brukere mener de ikke har fått de tjenestene de etter loven har krav på i forhold til sin situasjon. I slike tilfeller er det avgjørende at helsepersonellet har dokumentert hvilke tjenester vedkommende har mottatt. Formålet med å kunne gå tilbake og spore "hendelsesforløpet" er både at personene det gjelder kan få bedre hjelp enn de tidligere har mottatt og at brukerne kan få dokumentert behandling eller tjenester som er gitt, eventuelt ikke gitt, dersom de mener de har krav på pasientskadeerstatning.

³ At dokumentasjonsarbeid er en stadig voksende andel av sykepleiernes arbeidsoppgaver understrekes også av at det er gitt ut en egen lærebok om dokumentasjonsprosedyrer (Sandvand og Vabo 2007).

På den andre siden kan det samlede omfanget av rapporterings- og dokumentasjonsarbeid oppleves som en tidstyv som fører til at en stadig større andel av arbeidstiden til personell som er ansatt for å utføre andre oppgaver, og da først og fremst arbeidsoppgaver knyttet til å ivareta brukernes behov. Kan det som er ment som styringsgrep og ledd i kvalitetssikring av tjenester komme i et motsetningsforhold til det å yte gode tjenester?

Det har skjedd store endringer i pleie- og omsorgssektoren de siste tiårene. Det har vært en sterk vekst både når det gjelder driftsutgifter og personell. Det har også skjedd en overføring av flere omsorgstjenester til kommunene. Pleie- og omsorgssektoren står som nevnt, overfor store utfordringer i fremtiden. Ikke minst vil endringer i befolkningens sammensetning, hvor andelen eldre over 80 år vil øke betydelig, samt Samhandlingsreformenes forskyvning av flere og mer medisinske og sykepleierfaglige oppgaver til kommunehelsetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgssektoren, krever at vi tematisere hvordan ressursene i helse- og omsorgssektoren brukes. I denne diskusjonen er det også viktig å være klar over at vi kan forvente økende mangel på, og ekstra stor etterspørsel etter personellgrupper som er sysselsatt innenfor pleie og omsorg, særlig helsefagarbeidere og sykepleiere (Texmon og Stølen 2009).⁴ I tillegg til at omfattende krav til rapportering og dokumentasjon har implikasjoner for tjenestetilbudet, har det også betydning med tanke på arbeidsforholdene for de ansatte – nettopp fordi, som vi nevnte innledningsvis, ansatte i denne sektoren ofte opplever tidspress.

På bakgrunn av dette motsetningsforholdet blir det viktig for kommunal sektor å diskutere hva som er nødvendig av rapportering og dokumentasjonsarbeid. Samtidig må det understrekes at hva som vurderes som nyttig og hvorfor, vil variere ut fra hvilket ståsted man har – det er ikke gitt at statlige myndigheter, kommuneadministrasjonen, virksomhetslederne og personell i omsorgstjenesten vil ha samme oppfatning av nytteverdi. Det er også viktig å diskutere hvordan man kan få til god praksis på det rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som ledelsen og øvrige ansatte i omsorgstjenesten skal utføre, enten det er pålagt av statlige myndigheter eller egeninitiert fra kommuneadministrasjonen eller virksomheten selv. God praksis rundt dette arbeidet er viktig, både med tanke på kvaliteten av det som rapporteres og dokumenteres, men også med tanke på tidsbruk. Mindre tid til på dette arbeidet kan bety mer tid til brukerne.

⁴ Fremskrivninger av sysselsettingsbehov i omsorgssektoren som SSB har gjort, viser at det er behov for 54 000 flere årsverk innen sektoren fram mot 2030 og nesten 133 000 årsverk fram mot 2050 (St. meld. nr 25, 2005-2006).

Innenfor pleie- og omsorgssektoren er mye av dokumentasjonsarbeidet lovpålagt og initiert av staten. Det er likevel grunn til å undersøke hvilke øvrige registreringer og dokumenteringsrutiner som er etablert innenfor pleie- og omsorgssektoren og hvilken nytteverdi dette arbeidet oppleves å ha for kommunene selv. Vår studie inkluderer også denne type arbeid, og inkluderer statlige rapporteringskrav og dokumentasjonsarbeid som både ligger innenfor og utenfor Kommunalt Rapporteringsregister (KOR). Det dreier seg blant annet om søknader om tilskudd og dokumentasjonsarbeid i kjølvannet av tilskudd, og rapportering om resultater av tilsyn kommunene har gjennomført ved virksomhetene. Vår studie omfatter altså rapporterings- og dokumentasjonsarbeid pålagt pleie- og omsorgssektoren av statlige myndigheter og av kommuneadministrasjonen. I tillegg kommer ulike typer rapportering og dokumentering som virksomhetene selv tar initiativet til og bestemmer seg for å utføre. Det siste kan for eksempel være dokumentering av mindre prosjekter i virksomheten.

Den økte graden av dokumentasjonsarbeid og rapportering innen pleie og omsorg må forstås i en større kontekst, som omhandler en generell samfunnsutvikling. Behovet for og krav om dokumentasjon og rapporteringer omfatter stadig flere områder og henger blant annet sammen med den teknologiske utviklingen som gjør det mulig for oss å registrere stadig større deler av våre aktiviteter i datalagringsystemer. Utviklingen henger også sammen med at vi lever i et rettighetsorientert samfunn, noe vi diskuterer senere i dette kapitlet, og medias økte fokus på kvaliteten på tjenestene og brukernes rettigheter. Utviklingen kan heller ikke ses uavhengig av hvordan kommunene organiserer og styrer pleie- og omsorgssektoren.

1.3 FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Det overordnede formålet med studien er å belyse i hvilken grad rapportering og dokumentasjon trekker pleieressurser bort fra direkte brukerrettet arbeid innen kommunale pleie- og omsorgstjenester. Vi har formulert fem hovedproblemstillinger som vi vil utdype nedenfor:

1. Hvilke typer dokumentasjonsarbeid og rapportering blir utført i den kommunale pleie- og omsorgssektoren?

Hva rapporteres til statlige myndigheter, til kommuneadministrasjonen, internt i virksomheter og eventuelt til andre? I tillegg til den direkte pålagte rapporteringen til stat og kommune har vi også tatt for oss annet rapporterings- og dokumentasjonsarbeid, deriblant søknader om tilskudd og rapporteringer på disse, omfanget av tid som brukes til å registrere og vedlikeholde opplysninger som senere skal rapporteres og andre lovpålagte informasjonskrav. Denne problemstillingen belyses i kapittel 4.

2. Hvilket omfang har rapporteringen og dokumentasjonsarbeidet?

Hvor mye tid brukes på slikt arbeid av ansatte på ulike nivå? Her vil vi ta utgangspunkt i spørreundersøkelsen blant ansatte i pleie- og omsorgssektoren. Vi vil også diskutere ansattes opplevelse av hvor tidkrevende rapporterings- og dokumentasjonsoppgavene er. Hvor mye tid opplever man at rapportering "stjeler" fra brukerrettet arbeid? Vi vil i tillegg drøfte om kravene til dokumentasjon og rapportering har økt, og hva som kan sies å være drivkreftene bak denne utviklingen. Denne problemstillingen belyses i kapittel 4.

3. Hvordan organiseres og praktiseres rapporteringen og dokumentasjonsarbeidet?

Her vil vi se nærmere på hvilken praksis virksomhetene har rundt dette arbeidet. Det er også relevant å se på hva ansatte på ulike nivå utfører av rapporterings- og dokumentasjonsarbeid, med andre ord: Hvem rapporterer hva? Vi vil også drøfte opplevde utfordringer knyttet til dette arbeidet. Denne problemstillingen belyses i kapittel 5.

4. Hvordan vurderes nytten av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet og hva er lønnsomheten av å gjøre arbeidet mer effektivt eller redusere mengden rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver?

Hva oppleves som viktig og nyttig – av hvem og hvorfor? Dette dreier seg også om den konkrete fordelingen av personellbruk og tidsressurser på ulike arbeidsoppgaver. Hva som oppfattes som nødvendig og viktig vil alltid være resultat av fortolkning. Ulike aktører på ulike nivå forholder seg til ulike virkeligheter, og vil ha ulike forståelser av hva slags utfordringer man står overfor. Vi vil også gi et estimat av hvor mange årsverk som kan frigjøres til direkte brukerrettede oppgaver ved å fjerne unødige krav til dokumentasjonsarbeid og rapportering eller gjøre arbeidet mer effektivt,

samt gjennomføre en enkel NKA av at det benyttes mindre tid til rapportering. Denne problemstillingen belyses i kapittel 6 og 7.

5. Hvordan få til god praksis rundt rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet, med tanke på kvalitet og tidsbruk?

Hva trekker ansatte på ulike nivå frem som viktig med tanke på å få til god praksis rundt dette arbeidet? Samtidig er kommunene ulike hva angår størrelse, organisering av virksomhetene, tilrettelegging av saksbehandlingssystem m.m. Dette må drøftes både i forhold til utforming av situasjonsbeskrivelse av sektoren, og i forhold til overføring av god praksis. Denne problemstillingen belyses i kapittel 5.

1.4 RETTSLIGGJØRING, BYRÅKRATISERING OG KOMMUNALT SELVSTYRE

Bakgrunnen for vår studie av tidsbruk og byråkratisering i den kommunale pleie- og omsorgssektoren er en forståelse av at ansatte i denne sektoren må bruke mye av tiden sin på rapporterings- og dokumentasjonsarbeid. Mye av dette arbeidet er pålagt av statlige myndigheter. Formålet med studien har vært å se nærmere på hvor mye tid disse oppgavene "stjeler" fra direkte brukerrettet arbeid. Samtidig vet vi at mange som jobber i denne sektoren opplever et stort tidspress. Det pågår også en diskusjon av hvorvidt kvaliteten og omfanget av pleie- og omsorgstjenestene er tilstrekkelig. Samtidig opplever mange kommuner trange budsjett, noe som gir en utfordring med tanke på hva ressursene skal gå til og hvordan de kan anvendes på best mulig måte, både med tanke på effektivitet og kvaliteten på tjenestene. Utviklingen med stadig flere krav til rapportering og dokumentasjonsarbeid, også innen den kommunale pleie- og omsorgssektoren, må ses i lys av en utvikling i samfunnet hvor fokuset på rettigheter har økt. Rettsliggjøring er et begrep som brukes om økende rettsregulering av samfunnslivet, med formell regulering på flere områder og i mer detaljert form (St.meld. 17, 2004-05). Jussen gis større betydning i samfunnet og den rettslige tenkemåte overføres på stadig flere samfunnsområder. Begrepet brukes også om det som skjer når interesser i økende grad formuleres som rettskrav. Utviklingen av veksten i rettighetslovgivningen de senere årene kjennetegnes av følgende (Kjønstad 2003):

- Rettighetslovgivningen er først og fremst knyttet til velferdssektoren.
- Det er særlig kommuner og fylkeskommuner som er gjort til pliktsubjekter.

- Borgernes individuelle rettigheter er styrket. Klageordninger, advokater og domstoler hjelper folk til å få sine rettigheter.
- Kommunenes og fylkeskommunenes økonomiske handlefrihet og det kommunale selvstyret er blitt innskrenket.

Nedenfor vil vi først se nærmere på hva økt rettsliggjøring innen pleie- og omsorgssektoren innebærer. Vi vil så diskutere Maktutredningens (NOU 2003:19) kritikk av den rettslige reguleringen i forhold til å undergrave demokratiet og det kommunale selvstyret. Vil en økt rettsliggjøring bidra til å endre innholdet og eventuelt kvaliteten på tjenestene som gis? Dette vil i så fall også ha betydning for hvordan ressursene forvaltes i kommunen. Senere i rapporten, i kapittel 6.2.3 kommer vi nærmere inn på hvordan utviklingen med en rettsliggjøringsprosesser påvirker kravene til rapportering og dokumentasjon innen pleie- og omsorgssektoren.

1.4.1 Flere rettigheter og økt rettighetstenkning

En økt rettsliggjøring innenfor pleie- og omsorgssektoren innebærer at brukerne har fått flere lovfestede rettigheter knyttet til pleie- og omsorgstjenester, og brukerne og deres pårørende har fått større kjennskap til disse lovene og er blitt mer bevisst på hva de kan kreve fra det offentlige.

Den norske velferdsmodellen kjennetegnes av godt utbygde offentlige velferdsordninger, som i stor grad forvaltes gjennom kommunene.⁵ Staten setter rammevilkår og spesifiserer kravene, mens kommunene yter tjenestene. Det er et grunnleggende prinsipp at de offentlige helse- og omsorgstjenestene skal fordeles med utgangspunkt i brukernes *behov*. Men skal dette fordelingsprinsippet være rettleddende i konkrete handlingsvalg må det formuleres spesifikke kriterier. I løpet av de siste tiårene har vi fått flere rettigheter knyttet til pleie- og omsorgstjenester via lovverket.⁶

Rettighetslovgivningen kan for det første utformes som *minimumskrav til de ytelser som gis*, uten at det stilles krav om at de gis. Minimumskravene omfatter faglige forsvarlighetskrav for eksempel innenfor helsetjenesten og pleie- og omsorgssektoren. Disse kan oppnås med hjemmel i ulike typer godkjennings- eller klageordninger. I begrepet minstestandard ligger både et krav til omfang og et

⁵ Mange av velferdsordningene er universelle, deriblant helsetjenestene, mens andre, deriblant sosiale tjenester, er behovsprøvde.

⁶ Med rettighetslovgivning på velferdsområdet menes det at borgerne gis rettskrav på bestemte ytelser eller hjelp for å dekke et bistandsbehov (Feiring og Nese 2005).

krav til kvalitet. For det andre kan rettighetene utformes som *ubetingede rettighetsbestemmelser*, som gir borgerne rettskrav på en velferdsytelse i egentlig forstand. Rettskravet er ikke betinget av budsjettmessig hjemmel eller økonomisk bæreevne i kommunen. Eksempler på ubetingede rettighetsbestemmelser er nødvendig legehjelp og folketrygdlovens ytelser. I løpet av 1990-årene har antallet rettighetslover (dvs. rettigheter via lovverket) økt sterkt. Det dreier seg om rett til ulike sosiale-, helse- og omsorgstjenester og pasientrettigheter.⁷ Dette er rettigheter som gir den enkelte krav på ytelser fra velferdsstaten og adgang til å gå rettens vei dersom ikke kommunen innfrir kravene. Men samtidig kan det altså være rom for vurderinger både når det gjelder *hvem* som har rett til en bestemt ytelse og *hvilke* ytelser vedkommende har rett til, ettersom langt fra alle rettighetene er utformet som ubetingede rettighetsbestemmelser. Forpliktelsene som kommunene har overfor borgerne, er i utgangspunktet uavhengig av kommuneøkonomien. Den enkelte borger kan kreve de rettslige forpliktelsene håndhevet, om nødvendig med domstolenes hjelp.⁸ Det er imidlertid svært få saker knyttet til pleie- og omsorgstjenestene som påklages til fylkesmannen eller føres for domstolene.

En økt bevissthet omkring rettighetene vil kunne påvirke forventningene til hvilke behov det offentlige skal dekke og kan bidra til å øke etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenestene. Dette skjer likevel innenfor de typer tjenester brukerne vet de har krav på og kan få i den kommunen de bor og hvordan den enkelte kommune tolker loven, ettersom det er denne forståelsen eller praksisen som brukerne langt på vei oppfatter som det de har krav på og kan kreve. Som en følge av standardisering av tjenestene og nye organisatoriske løsninger er det i dag i mange kommuner lagt klare føringer for hvor mange timer et bestemt behov skal utløse, uavhengig av blant annet mulighet for hjelp fra familie. Økt rettsliggjøring innen pleie- og omsorgssektoren og økt standardisering av tjenestene, vil på flere måter kunne påvirke hvilke forventninger brukerne har til hvilke behov det offentlige skal dekke, hvilke behov brukerne og deres pårørende melder ifra om, og i neste omgang – påvirke fordelingen av tjenestene. Med rettigheter siktes det

⁷ Eldres rettigheter til pleie- og omsorgstjenestene reguleres av flere lover. I tillegg til bl.a. *pasientrettighetsloven* kan tjenester innen pleie og omsorg gis etter *kommunehelsetjenesteloven*, *helsetjenesteloven* og *sosialtjenesteloven*. Disse lovene pålegger kommunene å sørge for at innbyggernes behov for nødvendige sosial- og helsetjenester dekkes på en forsvarlig måte.

⁸ Et eksempel på dette er Fusa-dommen (Kjønstad 2003), som dreide seg om hvorvidt Fusa kommune kunne redusere hjemmehjelp og hjemmesykepleie til en sterkt funksjonshemmet kvinne på grunn av kommuneøkonomien. Dommen slo fast at den enkelte kommunes økonomiske situasjon ikke kunne tillegges vekt når lovens minstestandard skulle fastsettes. Borgerne er garantert å få sine "helt livsviktige behov" dekket (ibid.).

her til både rettighetslovgivning utformet som minimumskrav til de ytelsene som gis, og til ubetingede rettighetsbestemmelser.

Rettighetene er også, som antydnet ovenfor, med på å *avgrense* hvilke behov som er "gyldige" og som det offentlige ser som sin oppgave å dekke. Dermed sier de også noe om hvilke behov som det offentlige *ikke* dekker. Samtidig skjer det i dag som vi har vært inne på tidligere, en standardisering av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene, som sammen med økt rettighetsfesting og organisatoriske endringer, kan ha betydning for hvilke behov brukerne sier ifra om. Det er all grunn til å anta at en mer standardisering og kontekstuavhengig oppfattelse av hvilke behov som kan utløse tjenester, vil virke inn på hvilke behov brukerne forventer å få dekket av det offentlige.⁹ Utviklingen av rettigheter og tolkningene av disse har altså bidratt til en større avgrensning av hvilke kriterier som må oppfylles for at et individ skal få en bestemt ytelse. I dette ligger det også implisitt en forståelse av hvilke behov som er reelle og legitime og dermed kan utløse rettigheter, og i neste omgang tjenester/ytelser. En økt rettsliggjøring utelukker med andre ord mange behov som det offentlige *ikke* ser som sin oppgave å dekke.

1.4.2 Økt rettighetslovgivning - svekket kommunalt selvstyre

Det er i denne sammenheng viktig å se nærmere på forholdet mellom lovgivning som gir borgerne rettigheter og kommunalt selvstyre. Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) har kartlagt statens bruk av juridiske virkemidler i styringen av kommunene fra 1999-2009 innenfor områdene grunnskole, helse og omsorg og miljøvern (Difi 2010). Rapporten dokumenterer en sterk økning i rettighetslovgivningen både på utdannings- og helseområdet. Det pekes på at økningen i lovbestemte individuelle rettigheter og kommunale plikter snevrer inn kommunenes handlingsrom. Det blir færre muligheter for lokale tilpasninger og lokalpolitiske prioriteringer.

Maktutredningen (NOU 2003:19) har hevdet at den sterke veksten i individuelle rettigheter har svekket demokratiet, økt domstolens makt og svekket det

⁹ Det oppleves f.eks. som liten hensikt i å melde ifra om ensomhet, når en vet at mangel på sosial kontakt ikke er et behov som kan utløse så og så mange timer sosialt samvær. Det kan selvsagt tenkes at hjemmetjenesten vil forsøke å legge til rette for økt deltakelse på eldresenteret osv., men poenget er at disse behovene *i seg selv* ikke utløser noen tjenester slik rettighetene tolkes. Eldre kan altså ha behov som de vet de ikke får dekket (f.eks. noen å snakke med) og dermed melder de heller ikke disse behovene. Med andre ord – tolkningen av rettighetene "styrer" hvilke behov eldre melder ifra om og mener at det offentlige skal dekke.

kommunale selvstyret, samtidig som brukernes posisjon er blitt styrket. Det kommunale selvstyret er til enhver tid avgrenset av de lovene Stortinget har vedtatt. Nasjonale lover om rett til kommunale ytelser eller tjenester vil derfor begrense det lokale selvstyret (Hatland 2007). Maktutredningen mener rettighetslovgivningen er gått for langt, særlig fordi kommunene ikke samtidig har fått tilstrekkelige ressurser til å innfri rettskravene (ibid.). Med andre ord – det lokale selvstyre begrenses som følge av kombinasjonen av rettighetslovgivning og budsjettknapphet (Feiring 2006).

Rettighetslovene gir den enkelte krav på ytelser fra velferdsstaten og adgang til å gå rettens vei dersom kommunen ikke innfrir kravene. Domstolene kan overprøve kommunale prioriteringer, men problemet oppstår når kommunens juridiske forpliktelser møter kommunal budsjettknapphet. Dersom en person får rettslig medhold i retten til et velferdsgode, er kommunens økonomi i prinsippet irrelevant. Likevel setter kommunens økonomiske ressurser grenser for ytelsene. De som har fått juridisk medhold eller når frem gjennom massemedia, eller har sterke støttespillere, oppnår trolig likevel mer enn de passive, som ikke "går til kamp" for å få tjenestene. Og dersom rettighetene kun blir "våpen" i kampen om tjenestene vil rettsliggjøringen uunngåelig kunne påvirke fordelingen av tjenestene i kommunene. Følgen av dette er at deler av rettighetslovgivningen kan få nye og utilsiktede former for ulikhet som konsekvens.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (av 27.6.2003) stiller visse minimumskrav til kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene. Kommunene skal ifølge kvalitetsforskriften søke å sikre at mottakerne får tilfredsstillende grunnleggende behov, blant annet når det gjelder sosial kontakt og aktivitet. Mottakerne av tjenestene har likevel ikke noe direkte krav på selv å få velge tjenestenes art, innhold eller omfang. Det å ha rettigheter til pleie- og omsorgstjenester betyr ikke nødvendigvis at brukerne får disse tjenestene, verken når det gjelder omfang eller kvalitet. Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder omfang av og innhold i tjenestene. Forskning har vist at flere lovfestede rettigheter ikke nødvendigvis har ført til at brukere mottar mer og/eller bedre pleie- og omsorgstjenester (Næss 2004b, Helsetilsynet 2003a og 2003b). En økt bevissthet rundt hva en har krav på, økt rettighetstenkning, kan også ha ført til at brukere i dag er mer misfornøyde og forventer mer enn de gjorde tidligere. Det at flere av rettighetene ikke gis automatisk, men forutsetter autonome brukere som kan bruke rettighetene som "våpen" i kampen for å få tjenestene, kan medføre at det er de sterke av de svakeste med behov for hjelp som blir hørt og får dekket sine behov.

1.5 RAPPORTENS OPPBYGNING

I *kapittel 2* gjør vi rede for de metodiske tilnærmingene og datagrunnlaget som studien bygger på. I *kapittel 3* presenterer vi en gjennomgang av relevant forskning og dekning i norske medier av dette temaet. Her tar vi også for oss medias rolle som pådriver for økt rapportering og dokumentasjon. I *kapittel 4* ser vi nærmere på hvilke typer dokumentasjonsarbeid og rapportering som blir utført i den kommunale pleie og omsorgssektoren, og skiller mellom statlige og kommunale krav. Her vil vi også si noe om omfanget dette arbeidet har. Vi drøfter også drivkreftene bak utviklingen med økte krav til rapportering og dokumentasjon. I *kapittel 5* tar vi for oss organiseringen av rapporterings- og dokumenteringsarbeidet. Her ser vi også på opplevde utfordringer knyttet til dette arbeidet, og diskuterer hva som er viktig for å få til god praksis. I *kapittel 6* stiller vi spørsmålet – hvorfor rapportere og dokumentere? Her diskuterer vi hvilken nytte ansatte på ulike nivå i sektoren og rådmennene opplever at rapporteringen og dokumenteringen har. *Kapittel 7* inneholder en lønnsomhetsvurdering av mer effektiv dokumentasjons- og rapporteringsarbeid. I *kapittel 8* diskuterer vi de viktigste funnene fra studien.

2. FORSKNINGSMETODE OG DATAGRUNNLAG

I dette kapitlet vil vi gjøre rede for forskningsmetoden vi har anvendt og datagrunnlaget i studien. Vi har gjennomført fire delstudier hvor vi har kombinert kvalitativ og kvantitativ metode for å belyse problemstillingene som vi presenterte innledningsvis. Hensikten har vært å la de ulike delstudiene kaste lys over hverandre i en helhetlig analyse av datamaterialet. De ulike delstudiene har vært:

- A: Dokumentstudie
- B: Casestudier i et utvalg kommuner
- C: Spørreundersøkelse til et utvalg kommuner
- D: Analyse av lønnsomhet ved mer effektive rapporterings- og dokumentasjonsrutiner

Kommunene i Norge er ulikt organisert. I enkelte kommuner fins en organisatorisk enhet som kalles pleie- og omsorg, i andre kommuner kalles denne enheten helse- og omsorg. Enhetene kan også til dels omfatte ulike tjenester. Samtlige omfatter imidlertid virksomhetene sykehjem og hjemmetjenester.¹⁰ Denne undersøkelsen er avgrenset til pleie- og omsorgstjenesten i sykehjem og hjemmetjenester. Unntaket er delstudie C, spørreundersøkelsen, som også ble rettet til ansatte i boliger for funksjonshemmede. Nedenfor vil vi gå nærmere inn på hver av delstudiene.

2.1 DELSTUDIE A: DOKUMENTSTUDIE

I den første delstudien gjorde vi en gjennomgang av studier og tallmateriale knyttet til omfang av og innhold i rapportering og dokumentasjonsarbeid knyttet til pleie- og omsorgssektoren i kommunen. Dette er basert på litteratursøk i norske databaser med informasjon om forskningslitteratur. Vi har blant annet sett nærmere på studier av tidsbruk i andre kommunale sektorer, deriblant skolesektoren.

¹⁰ I flere kommuner ligger også helsekontoret med legevakt, legetjeneste m.m. under enheten for helse- og sosial eller pleie- og omsorg. Vi har likevel valgt å se bort fra dette virksomhetsområdet i og med at det i bare begrenset grad kan sies å berøre pleie- og omsorgstjenestene, da gjennom tilsynslegefunksjonen.

Vi har i dokumentstudien også sett nærmere på hvordan media har fokusert på denne tematikken de siste ti årene, både omfang av, og vinkling på presentasjonene. Ved å sammenstille dette med rapporterings- og dokumentasjonsutviklingen i tidsperioden, gir det en indikator på den allmenne interessen i samfunnet om disse temaene. Vi har gjort en innholdsanalyse i landets aviser for å undersøke hvorvidt og på hvilken måte tematikken har eskalert i mediene.

Vi har i tillegg satt oss inn i viktig litteratur, evalueringer og forskningsrapporter på området.

2.2 DELSTUDIE B: CASESTUDIE

I delstudie B intervjuet vi virksomhetsledere, avdelingsledere, sykepleiere og helsefagarbeidere ved ett sykehjem og en hjemmetjeneste, og rådmenn eller tilsvarende, i seks kommuner. Intervjuene ble gjennomført desember 2011 og januar og februar 2012.

Gjennom kvalitative intervju med ansatte i pleie- og omsorgstjenesten ønsket vi å få mer inngående kunnskap om hvilke typer rapportering og dokumentasjonsarbeid som utføres av hvilket personell, og hvilke andre administrative arbeidsoppgaver helsepersonellet driver med, hvor mye tid ansatte på ulike nivå bruker på denne type arbeid og hva dette har å si for det brukerrettede arbeidet i pleie- og omsorgstjenesten. Vi så også nærmere på hvordan rapporteringen og dokumentasjonsarbeidet praktiseres og organiseres.

I studien har det vært viktig å klare å løfte frem kunnskap om erfaringene fra ulike nivåer og ståsteder. Ved å intervjuer både virksomhetsledere, avdelingsleder, sykepleiere og helsefagarbeidere på de samme arbeidsplassene fikk vi mulighet til å gjøre komparasjon mellom yrkesgrupper. Vi så blant annet på om det var forskjeller mellom i hvilken grad sykepleiere og helsefagarbeidere opplever at rapportering og dokumentasjonsarbeid "stjeler" tid bort fra brukerrettede oppgaver.

Casekommune ble valgt ut med hensyn til hvilke case som kan gi mest innsikt og data omkring temaet for undersøkelsen – case som vi kan lære mest av. Variasjon gir mer å spille på i analysen, og et bredere grunnlag for å besvare problemstillingene. Vi valgte derfor ut kommunene strategisk ut fra blant annet

kommunestørrelse. Vi valgte ut to storbykommuner, to middels store kommuner og to små kommuner. Kommunene er fra fire fylker, fra tre ulike helseregioner.

Intervjuene ble gjennomført i form av enkeltintervju med leder og/eller avdelingsledere ved sykehjem og hjemmetjeneste, og enkeltintervju eller gruppeintervju med sykepleiere og helsefagarbeidere (hver for seg). I gruppeintervju samles flere personer for å snakke om et bestemt tematisk emne og hvor samtalen styres og ledes av den som arrangerer intervjuet (Silverman 2000). Slike intervju kan engasjere deltakerne og frembringe mer informasjon og flere synspunkter enn en ellers ville få frem i enkeltintervjuer. Denne metoden er også tidsbesparende. Vi var likevel åpne for å gjennomføre enkeltintervju i tillegg dersom det skulle være ønskelig der vi gjennomførte gruppeintervju. Det var ingen som ønsket det.

I utgangspunktet hadde vi ønsket å intervju 2-4 sykepleiere og helsefagarbeidere ved hver enhet. Det viste seg flere steder å være vanskelig å få intervju flere enn én sykepleier og én helsefagarbeider, nettopp fordi avdelingene ikke kunne avse flere ansatte til oss. I tabell 1 nedenfor ser vi en samlet oversikt over informantene i casestudien.

Tabell 1 Oversikt over informanter i casestudien (N=39)

	Sykehjem	Hjemmetjeneste	Totalt
Virksomhetsledere	2	3	5
Avdelingsledere	9	4	13
Sykepleiere	4	3	7
Helsefagarbeidere	5	3	8
Annet ¹¹			1
Rådmann o.l.			6
<i>I alt</i>	<i>20</i>	<i>13</i>	<i>40</i>

Til sammen intervjuet vi 40 personer. I tillegg til ledere og øvrige ansatte ved sykehjem og hjemmetjenester, intervjuet vi rådmann, kommunalsjef eller andre i rådmannens stab, fra alle seks casekommunene.¹² Disse intervjuene skjedde i form av telefonintervju etter at de øvrige intervjuene var gjennomført. I

¹¹ Dette var en seksjonssjef for pleie og omsorg i bydelen.

¹² Disse informantene har ulik faglig bakgrunn. Halvparten har helse – eller sosialfaglig utdanning, praksis fra pleie- og omsorgstjenesten og flere ledernivå innenfor sektoren. De øvrige hadde annen faglig bakgrunn (økonomi, planlegging, ingeniør).

rapporten vil vi av anonymitetshensyn benevne disse informantene som "rådmenn", til tross for at ikke alle hadde denne stillingsbenevnelsen.

I en av de seks casekommunene var sykehjemmet og hjemmetjenesten organisert i lag med én leder, mens i de øvrige var det adskilte enheter med hver sine ledere.

Vi benyttet en semi-strukturert intervjuguider med oversikt over hovedtemaer som det var ønskelig å belyse, samtidig som vi åpnet opp for at informantene selv kunne få utdype hva de syntes var viktig. Det ble med andre ord gitt rom for deres perspektiv. Hvert intervju tok mellom 30 minutter og 1 ½ timer. Alle informantene samtykket til at vi gjorde lydopptak av intervjuene. Materialet ble siden transkribert.

2.3 DELSTUDIE C: SPØRREUNDERSØKELSE

I delstudie C gjennomførte vi en spørreundersøkelse blant ansatte i pleie- og omsorgssektoren i et utvalg av landets kommuner. Denne ble gjennomført i mars 2012.

Formålet med spørreundersøkelsen var å gi et bilde av omfanget av tidsbruk til rapportering og dokumentasjonsarbeid innen sektoren, både lovpålagt men også ikke-lovpålagt rapporterings- og dokumentasjonsarbeid. Formålet var å undersøke omfanget av ulike sider ved rapporteringen og dokumentasjonsarbeidet – blant annet hva som rapporteres til hvilke instanser av hvem, omfang av rapportering og dokumentasjonsarbeid, tid brukt til rapportering og dokumentasjonsarbeid, samt ansattes vurderinger av nytte og/eller uheldige konsekvenser av rapportering og dokumentasjonsarbeid. Vi ba den enkelte respondent om å oppgi et anslag på tidsbruk til ulike rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver i løpet av en gjennomsnittlig arbeidsuke. Vi hadde i tillegg enkelte åpne svarkategorier der vi ga respondentene muligheter til å kommentere kartleggingsspørsmålene.

I denne type undersøkelser er det viktig å gjøre grundige vurderinger på forhånd av hvordan man kan sikre høyest mulig validitet. Det var viktig at spørsmålene var forankret i den virkeligheten de ansatte faktisk erfarer, så de kunne gi mening for respondentene. Dette har hatt mye å si for studiens validitet. Derfor var det i stor grad resultatene fra casestudien som vi la til grunn for hvordan spørsmålene i spørreundersøkelsen ble utformet, blant annet med tanke på hvilke typer oppgaver og gjøremål det skal rapporteres i forhold til. I utformingen av

spørsmålene baserte vi oss også på den kunnskapen som var framkommet gjennom dokumentstudien (del A). Dokumentstudien (A) og casestudien (B) ble av den grunn gjennomført forut i tid for spørreundersøkelsen, noe som ga nyttig kunnskap for å utforme treffsikre spørsmål i breddeundersøkelsen. Dette var da også et viktig bidrag for å sikre høy validitet. Da spørreskjemaet var ferdig utformet gjennomførte vi en pretest av spørreskjemaet blant en institusjonsleder, en avdelingsleder som var utdannet sykepleier, samt en helsefagarbeider. Ved å preteste spørreskjemaet ønsket vi rette opp eventuelle dårlige eller irrelevante formuleringer og spørsmål.

Validiteten er videre avhengig av en tilfredsstillende svarprosent. Kommunalt ansatte er eksponert for mye rapportering og dokumentasjonsarbeid og spørreundersøkelser, og denne kartleggingen av tidsbruk ville sannsynligvis av mange kunne bli oppfattet som nok en tidstyv på linje med andre undersøkelser. Validitet er også avhengig av graden av frafall underveis i spørreskjemaet (det vil si i hvilken grad respondentene som deltar hopper over spørsmål lengre ute i skjemaet). Tidligere studier har pekt på betydningen av å holde antallet spørsmål nede, utforme gode spørsmål, samt utruste spørreskjemaet med en tydelig og motiverende veiledning for å motvirke denne typen frafall (Elstad 2010). Vi har forsøkt å formidle undersøkelsens målsetning og innhold på en slik måte at det motiverer for å delta, fremfor å bli oppfattet som enda en belastning i arbeidshverdagen.

Undersøkelsen ble besvart av personell tilknyttet pleie- og omsorgssektoren på flere nivåer:

1. Institusjonsledere
2. Avdelingsledere
3. Sykepleiere og vernepleiere
4. Helsefagarbeidere

Ved å la personell fra ulike nivåer tilknyttet pleie- og omsorgssektoren svare på undersøkelsen vil vi få mulighet til å gjøre komparasjoner mellom nivåene, eksempelvis mellom ledere og ansatte. Her har det blant annet vært interessant å se nærmere på hvor mye tid personell på ulike nivå bruker til ulike former for rapportering og dokumentasjonsarbeid og hvilken nytte og/eller belastning de opplever at rapporteringen og dokumentasjonsarbeidet har. Er det for eksempel slik at avdelingslederne har samme oppfatning av hvor mye tid som går med til rapporteringsarbeid som sykepleierne, og hvilken verdi dette arbeidet har?

Spørreundersøkelsen ble gjennomført som en internettundersøkelse. Respondentene fikk tilsendt undersøkelsen på mail med en link til undersøkelsen, hvor de kunne besvare spørsmålene anonymt over internett. Til dette brukte vi dataprogrammet Questback. Bruk av internett har flere fordeler, ikke minst tidsmessige. Undersøkelsen ble sendt ut til lederne for pleie- og omsorgssektoren eller tilsvarende stilling, i de utvalgte kommunene. Denne personen ble bedt om å videresende informasjonsbrev og linken til undersøkelsen til institusjonsledere, avdelingsledere, sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere for sykehjem, hjemmetjeneste og boliger for funksjonshemmede i kommunen.

Spørreundersøkelsen ble i utgangspunktet sendt ut til 30 kommuner. Disse var trukket ut tilfeldig ved hjelp av SPSS, fordelt på de fire helseregionene (Sør-Øst, Vest, Midt, Nord). Vi tok på forhånd kontakt med leder for pleie og omsorg i alle kommunene. Vi presenterte studien og spurte om de ville delta i spørreundersøkelsen. Med unntak av to kommuner, sa alle ja til å delta. Vi trakk da ut to ekstra kommuner som sa ja til å delta, slik at undersøkelsen ble sendt ut til 30 kommuner. Etter at undersøkelsen var i gang var det imidlertid seks kommuner som trakk seg etter en tid. Årsaken til det var, slik de oppga til oss, at de ikke hadde tid likevel, mangel på e-postadresser til ansatte og uventede sykemeldinger. Antall kommuner som inngår i undersøkelsen er derfor 24 (ca. 5 % av landets kommuner). Dette er både små kommuner og store bykommuner, fordelt på alle de fire helseregionene. Vi hadde i telefonsamtalene med leder for pleie og omsorg eller tilsvarende, samt i følgebrevet til undersøkelsen, understreket at undersøkelsen skulle besvares av *alle* virksomhetsledere, avdelingsledere, sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere ved sykehjem, hjemmetjenester og boliger for funksjonshemmede i kommunen. Likevel så vi at flere av kommunene hadde valgt kun å sende undersøkelsen ut til enten avdelingslederne eller bare noen få ansatte. Dette kan selvsagt skyldes flere forhold. Sannsynligvis har man flere steder vurdert det som for tidkrevende å la alle ansatte besvare spørreundersøkelsen. Man har trolig også vurdert det som mest hensiktsmessig og viktig å la dem som først og fremst har ansvar for rapporterings- og dokumentasjonsarbeid besvare undersøkelsen. Vi fikk tilbakemelding fra våre kontaktpersoner i disse 24 kommunene om at i alt 672 personer fikk tilsendt spørreskjemaet. Etter flere purrerunder, både via mail og telefon, og forlengelse av svarfrist, svarte 276 på undersøkelsen, noe som utgjør en svarprosent på 41 prosent. Kommunene oppga følgende årsaker til lav oppslutning: mye sykefravær, mangel på tilgjengelig PC og mangel på e-postadresser til alle ansatte. Samtidig må det understrekes at i flere av de mindre

og mellomstore kommunene svarte alle som fikk tilsendt link til undersøkelsen. Ettersom ikke alle respondentene har svart på alle spørsmålene vil N variere i tabellene som presenteres i rapporten.

I tillegg til spørreundersøkelsen som var rettet til ansatte på ulike nivå i pleie- og omsorgssektoren, ba vi også lederne for pleie- og omsorgssektoren i kommunen, som vi hadde kontaktet i forbindelse med spørreundersøkelsen, besvare noen spørsmål via mail. Her ba vi dem svare på noen få spørsmål knyttet til organisering og finansiering av pleie- og omsorgssektoren, elektroniske pasientjournalssystem og erfaringer med rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i pleie- og omsorgssektoren i kommunen. Til tross for flere purrerunder, via mail og telefon, var det kun 12 kommuner, dvs. halvparten av de 24 kommunene som besvarte spørreundersøkelsen, som fylte ut disse spørsmålene og returnerte dem til oss. Dette var ledere fra både små og store kommuner.

Etter at spørreskjemaene var samlet inn ble de behandlet og analysert i SPSS.

Nedenfor vil vi se nærmere på hva som kjennetegner respondentene:

Tabell 2 Oversikt over respondenter etter stilling, absolutte tall og prosent (N=274)

	Antall	Prosent
Institusjonsleder	19	7
Avdelingsleder	44	16
Sykepleier	63	23
Vernepleier	16	6
Helsefagarbeider	85	31
Annet	47	17
<i>Totalt</i>	<i>274</i>	<i>100</i>

Som vi ser i tabell 2 er det flest helsefagarbeidere som har besvart undersøkelsen. Nesten en tredjedel av respondenter (31 %) er helsefagarbeidere. I tabellene ser vi også at 47 respondenter (17 %) oppga "annet" på dette spørsmålet. De fikk mulighet i eget kommentarfelt å skrive inn stilling. Her ser vi at til tross for at vi i samtalen med leder for pleie og omsorg, og i informasjonsskrivet som fulgte med undersøkelsen, var tydelig på hvem som skulle besvare den, har også blant annet kontormedarbeidere, lærlinger og assistenter svart på undersøkelsen. Under "annet" finner vi også flere enhetsledere for både sykehjem og hjemmetjenester. Kategorien "annet" består derfor av mange ulike stillingskategorier.

Tabell 3 Oversikt over respondenter etter arbeidssted, absolutte tall og prosent (N=272)

	Antall	Prosent
Sykehjem	79	29
Hjemmetjeneste	78	29
Boliger for funksjonshemmede	71	26
Annet sted	44	16
<i>Totalt</i>	<i>272</i>	<i>100</i>

Når det gjelder respondentenes arbeidssted, ser vi i tabellen over at omtrent like mange jobber på sykehjem, i hjemmetjenester og i boliger for funksjonshemmede. På samme måte som for spørsmålet over, har ansatte ved andre arbeidssteder enn de oppgitte, svart på undersøkelsen (16 %). Dette gjelder blant annet bo- og servicesenter for eldre, omsorgsboliger, dagsenter for funksjonshemmede, avlastningsboliger og psykiatri.

Tabell 4 Oversikt over respondenter etter stillingskategori og kjønn, prosent (N=262)

	Kvinner	Menn	Sum	Totalt
Institusjonsleder	75	25	100	16
Avdelingsleder	83	17	100	42
Sykepleier	93	7	100	61
Vernepleier	88	13	101	16
Helsefagarbeider	93	8	101	80
Annet	89	11	100	47
<i>I alt</i>	<i>89</i>	<i>11</i>	<i>100</i>	<i>262</i>

I tabell 4 over ser vi at et stort flertall av respondentene er kvinner (89 %). Vi ser også at mens 93 prosent av både sykepleierne og helsefagarbeiderne som har besvart undersøkelsen, er kvinner, er andelen menn blant institusjonslederne (25 %) og avdelingslederne (17 %) noe høyere.

Tabell 5 Oversikt over respondenter etter stillingskategori og arbeidssted, prosent (N=271)

	Sykehjem	Hjemme- tjeneste	Boliger for funksjons- hemmede	Annet	Sum	Totalt
Institusjonsleder	37	32	16	16	101	19
Avdelingsleder	35	33	21	12	101	43
Sykepleier	43	37	6	14	100	63
Vernepleier	0	6	69	25	100	16
Helsefagarbeider	24	30	38	8	100	84
Annet	21	19	26	34	100	47
<i>I alt</i>						272

Vi ser i tabell 5 at mens 43 prosent av sykepleierne som har besvart undersøkelsen, jobber på sykehjem, gjaldt dette bare 25 prosent av helsefagarbeiderne. Vi ser også, ikke uventet, at de fleste (69 %) vernepleierne som har besvart undersøkelsen, jobber i boliger for funksjonshemmede.

Tabell 6 Oversikt over respondenter etter stillingskategori og alder, prosent (N=273)

	16-24	25-34	35-44	45-54	55 og over	Sum	Totalt
Institusjonsleder	0	5	37	47	11	100	19
Avdelingsleder	0	7	41	32	21	100	44
Sykepleier	2	32	27	33	6	100	63
Vernepleier	6	38	25	13	19	100	16
Helsefagarbeider	10	14	32	27	17	100	84
Annet	6	9	40	28	17	100	47
<i>I alt</i>	5	17	34	30	15	101	273

Som vi ser i tabell 6 er helsefagarbeiderne i gjennomsnitt noe yngre enn de øvrige respondentene.

Tabell 7 Oversikt over respondenter etter kjønn og alder, prosent (N=261)

	16-24	25-34	35-44	45-54	55 og over	Sum	Totalt
Kvinne	4	17	33	29	16	99	233
Mann	7	21	39	25	7	99	28
<i>I alt</i>	5	18	34	29	15	101	261

I tabell 7 over ser vi at omtrent to tredjedeler (63 %) av respondentene er mellom 35 og 54 år. Vi ser også at kun fem prosent er under 25 år, og kun 15 prosent er over 55 år. Mennene som har besvart undersøkelsen, er i gjennomsnitt noe yngre enn kvinnene.

Tabell 8 Oversikt over respondenter etter stillingskategori og stillingsstørrelse, prosent (N=271)

	100	80-99	60-79	40-59	20-39	Under 20	Sum	Totalt
Institusjonsleder	100	0	0	0	0	0	100	19
Avdelingsleder	93	2	2	2	0	0	99	43
Sykepleier	35	25	22	13	3	2	100	63
Vernepleier	50	31	13	0	6	0	100	16
Helsefagarbeider	24	20	30	14	5	7	100	84
Annet	46	13	11	7	7	15	99	46
<i>I alt</i>	48	17	17	9	4	5	100	271

Ikke overraskende har alle institusjonslederne som har besvart undersøkelsen full stilling. Dette gjelder også nesten alle (93 %) av avdelingslederne. Videre ser vi at kun 35 prosent av sykepleierne har full stilling. Tar vi med de som har svart 80-99 prosent, gjelder dette 60 prosent av sykepleierne. Lavest andel som har full stilling finner vi helsefagarbeiderne, hvor bare en fjerdedel (24 %) har full stilling. En fjerdedel (26 %) av helsefagarbeiderne har også under 60 prosent stilling.

Tabell 9 Oversikt over respondenter etter kjønn og stillingsstørrelse, prosent (N=257)

	100	80-99	60-79	40-59	20-39	Under 20	Sum	Totalt
Kvinner	48	17	16	10	4	5	100	231
Menn	50	11	29	4	4	4	101	28
<i>I alt</i>	48	16	18	9	4	5	100	257

Som vi ser i tabellen over er det ikke store forskjeller mellom kjønnene når det gjelder stillingsstørrelse.

Tabell 10 Oversikt over respondenter etter stillingskategori og hvor lenge de har jobbet i omsorgstjenesten, prosent (N=273)

	Under 1 år	1-5 år	6-10 år	11-20 år	21-30 år	Mer enn 30 år	Sum	Totalt
Institusjonsleder	5	11	16	53	16	0	101	19
Avdelingsleder	2	11	14	36	25	11	99	44
Sykepleier	3	23	31	34	10	0	101	62
Vernepleier	6	38	25	19	13	0	101	16
Helsefagarbeider	0	15	20	34	20	11	100	85
Annet	3	20	21	33	16	6	99	47
<i>I alt</i>	3	20	21	34	16	7	101	273

Vi ser i tabellen over at andelen respondentene som har jobbet mer enn 20 år i omsorgstjenesten er høyest blant avdelingslederne (36 %) og helsefagarbeiderne (31 %). Vi ser også at omtrent en fjerdedel av respondentene har jobbet i omsorgstjenesten fem år eller mindre.

Tabell 11 Oversikt over respondenter etter kjønn og hvor lenge de har jobbet i omsorgstjenesten, prosent (N=261)

	Under 1 år	1-5 år	6-10 år	11-20 år	21-30 år	Mer enn 30 år	Sum	Totalt
Kvinner	2	20	20	34	17	7	100	234
Menn	7	26	22	26	19	0	100	27
<i>I alt</i>	3	20	20	33	17	7	100	261

I tabellen over ser vi at de kvinnelige respondentene i gjennomsnitt har jobbet lengre i pleie og omsorgssektoren enn mennene.

2.4 DELSTUDIE D: LØNNSOMHETSANALYSE

I den siste delstudien har vi gjennomført en lønnsomhetsanalyse av mer effektive rapporterings- og dokumentasjonsarbeidsrutiner innenfor pleie- og omsorgssektoren i sykehjem og hjemmebaserte tjenester i norske kommuner.

2.4.1 Hva er effektivitet?

Innledningsvis bør det avklares hva som ligger i begrepet effektivitet. Effektivitetsbegrepet omhandler to forhold:¹³

- Effektivitet i forhold til *hvordan* rapporteringen utføres. Kan rapporteringen utføres med mindre ressursbruk?
- Effektivitet i forhold til *hva* som rapporteres.

Det første punktet dreier seg om effektivitet i forhold til det engelske begrepet "efficiency". Dette er en form for teknisk effektivitet. Dersom en er enig om at aktivitet A skal rapporteres, utføres da rapporteringen på den mest effektive måten. Eksempelvis kan endrede rutiner eller innføring av ny teknologi (IKT) føre til at en kan utføre rapporteringen av aktivitet A mer effektivt. Når vi kjenner ressursinnsatsen (omregnet i kroner) som går med til å rapportere aktivitet A over en gitt periode (eksempelvis ett år) og hvor mange rapporter som genereres i samme periode, kan effektiviteten måles i kostnader per rapport. Når kostnadene for å generere et gitt antall rapporter reduseres, utføres rapporteringen mer effektivt.

Det andre punktet dreier seg om det vi kan kalle for "unødvendig" rapportering. Da er vi inne på det engelske begrepet "effectivity". Dette er et begrep som kan omtales som økonomisk effektivitet. Dette omhandler rapportering i form av om det er fornuftig å rapportere det som rapporteres, eller om at rapporteringen av aktivitet A burde omhandle andre forhold enn det som tas inn i rapporten. Dersom det er enighet om at de forhold som rapporteringen fra aktivitet A omfatter er svært nyttige, kan si at rapporteringen er effektiv ("effective"). Dersom en derimot er enig i at rapporteringen fra aktivitet A ikke gir noen som helst nytte for noen, er det rimelig å si at rapporteringen ikke er "effective".

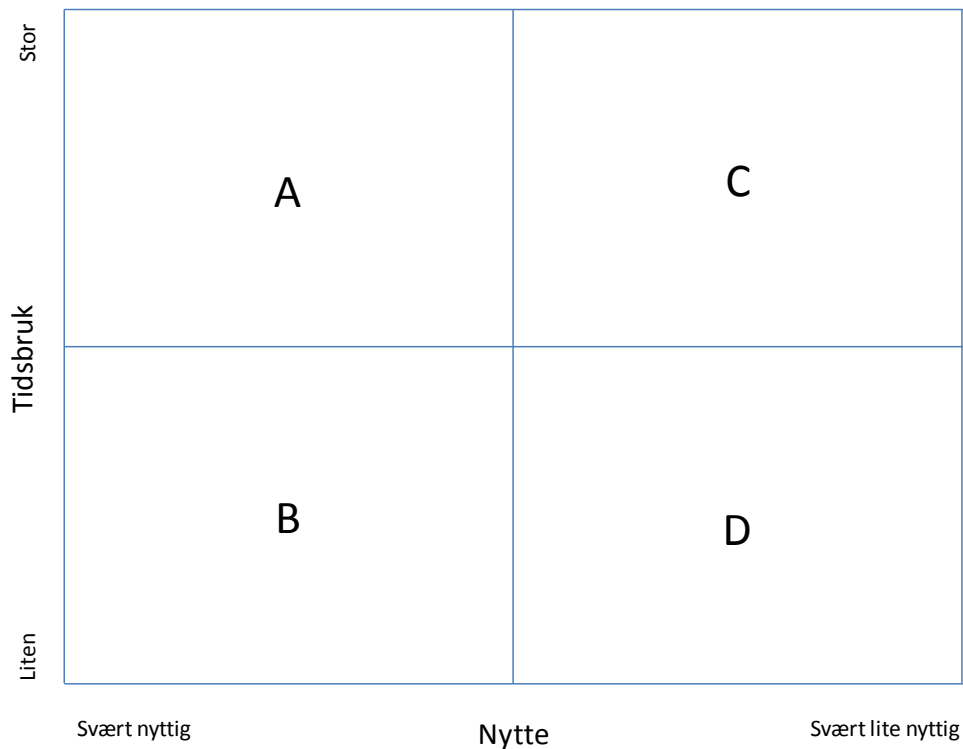
¹³ Se for eksempel Coelli et. Al. (2005) for en nærmere drøfting av effektivitetsbegrepet.

Ut fra det ovenstående kan altså rapporteringen av aktivitet A ha høy teknisk effektivitet ("efficiency") samtidig som rapporteringen har lav økonomisk effektivitet ("effectivity"). Dersom rapporteringen av aktivitet A utføres effektivt, men rapporteringen er meningsløs, vil rapporteringen av aktivitet A ha lav økonomisk effektivitet. Det samme vil i og for seg være tilfelle dersom rapporteringen av aktivitet A oppfattes som svært meningsfull og nødvendig, men at selve rapporteringen skjer på en svært ressurskrevende måte. Dette innebærer at dersom vi skal kunne si at en gitt rapportering er effektiv, må den både være teknisk og økonomisk effektiv. Vi vil omtale de to punktene ovenfor (hva som rapporteres og hvordan rapporteringen foregår) som *rapporteringsrutiner*.

2.4.2 Hvordan angripe diskusjonen om effektive rapporteringsrutiner?

Som et rammeverk for diskusjonen om effektive rapporteringsrutiner kan det være nyttig å strukturere problemstillingen med utgangspunkt i tidsbruksmatrisen i figur 1.

Figur 1 Visualisering av en mulig klassifisering av tidsbruk på ulik type rapportering



I matrisen har vi tenkt at rapporteringsoppgavene kan rangeres etter hvilken nytte de gir. Oppgaver som oppfattes som svært nyttige havner da til venstre i matrisen, mens oppgaver som oppfattes som lite nyttige havner til høyre. Vertikalt tenker vi oss en registrering av den tidsbruken som medgår til rapporteringen. Aktiviteter som krever lite tid havner langt ned i matrisen, mens aktiviteter som krever mye tid havner høyt opp i matrisen. Med dette som utgangspunkt tenker vi oss en grov inndeling av matrisen i 4 bokser. En rimelig tolkning av aktivitetene som havner i de ulike boksene vil være:

Boks A. Aktiviteter som er tidkrevende og oppfattes som nyttige. Her bør rapporteringen videreføres, men en bør tilstrebe å effektivisere rapporteringen slik at tidsbruken reduseres.

Boks B. Aktiviteter som er lite tidkrevende og oppfattes som nyttige. Her bør rapporteringen videreføres uten større endringer.

Boks C. Aktiviteter som er tidkrevende og oppfattes som lite nyttige. Her vil det være hensiktsmessig at en vurderer om ikke noe av rapporteringen kan kuttes ut.

Boks D. Aktiviteter som er lite tidkrevende og oppfattes som lite nyttige. Her bør en videreføre rapporteringen men vurdere å "automatisere" rapporteringsrutinene.

Hva som bør gjøres med de ulike rapporteringsoppgavene alt etter hvilken boks de havner i, kan imidlertid ikke kun vurderes ut fra nytte og tidsbruk. Før tiltak settes inn bør en ha gode kunnskaper om kostnadene ved å rapportere en gitt aktivitet. Hvor mye tid (og dermed kostnader) en bør bruke på de ulike rapporteringsaktivitetene kan diskuteres rent prinsipielt. Generelt vil det være slik at en bør rapportere til et "nivå" der nytten av ytterligere rapportering er lik kostnadene av mer rapportering.¹⁴

2.4.3 Hva er lønnsomhet?

Et viktig formål med denne studien er å gjennomføre en lønnsomhetsanalyse av endrede rapporteringsrutiner i pleie- og omsorgssektoren.

For en privat bedrift er lønnsomhet knyttet til den bedriftsøkonomiske lønnsomheten som litt forenklet vil være forskjellen mellom bedriftens inntekter og kostnader. Bedriften har da overskudd dersom inntektene er større enn kostnadene og underskudd dersom det motsatte er tilfelle. Når det gjelder kommunal sektor kan en i og for seg også legge en bedriftsøkonomisk tilnærming til grunn, der kommunen betraktes som en bedrift. Om kommunen går med over- eller underskudd vil en da kunne se ut fra kommuneregnskapet. Effektivisering av rapporteringsrutiner i pleie- og omsorgssektoren i en kommune vil kunne gi lavere kostnader og dermed et forbedret resultat i kommuneregnskapet.

Når det gjelder vurderingen av lønnsomhet knyttet til tiltak i offentlig sektor, er det vanlig å forsøke å anslå lønnsomheten av tiltaket ut fra en samfunnsøkonomisk lønnsomhetsvurdering. I en samfunnsøkonomisk analyse gjennomføres en systematisk vurdering av alle relevante fordeler og ulemper som et tiltak vil ha for samfunnet. Fordelene og ulempene kan være både prissatte (kan måles i

¹⁴ Budsjettrestriksjoner kan imidlertid gjøre at dette "nivået" ikke kan nås.

kroner) og ikke-prissatte (kan eller bør ikke måles i kroner). I en nytte-kostnadsanalyse (NKA), som er en del av en samfunnsøkonomisk analyse, er det de prissatte konsekvensene (fordelene og ulempene) som står i fokus. En NKA er således en beregning av den nytte og de kostnader (målt i kroner) som et tiltak gir opphav til. Dersom nytten er større enn kostnadene er tiltaket samfunnsøkonomisk lønnsomt. En NKA gir således et godt grunnlag for å kunne vurdere om et tiltak er samfunnsøkonomisk lønnsomt samt om et tiltak fremstår som mer eller mindre lønnsomt for samfunnet enn et annet. Således gir en NKA beslutningstaker et grunnlag for å rangere og prioritere mellom alternative tiltak. SSØ (2010) gir en relativt kortfattet og pedagogisk fremstilling av bruken av dette "verktøyet".

For en kommune kan en imidlertid tenke seg at et tiltak som eksempelvis effektiviserer driften innenfor pleie- og omsorgssektoren etter en lønnsomhetsanalyse fremstår samfunnsøkonomisk lønnsomt, ikke fremstår som lønnsomt for kommunen. Dette kan være tilfelle dersom effektiviseringsgevinsten i neste omgang trekkes inn av staten i form av reduserte rammeoverføringer. I våre analyser vil vi benytte en lønnsomhetsanalyse som utgangspunkt for lønnsomhetsvurderingen. Hvorvidt en oppnådd gevinst gjennom reduserte kostnader kommer kommunene til gode i sin helhet eller ikke, blir noe som må vurderes særskilt.

En viktig nytte av rapporteringen, som vi diskuterer nærmere i kapittel 6.3.2, er at denne gir ledere oversikt og mulighet til å føre kontroll med den kommunale tjenesteproduksjonen. Videre er det også nyttig å kunne sammenlikne virksomheter og kommuner. Ledelsen får styringsinformasjon som er viktig for å gjennomføre forbedringsarbeid og utvikling av tjenestene. Rapportering gir også mulighet til å drive forskning og utvikling på nasjonalt/internasjonalt nivå, der funn kan bety mye for den overordnede samfunnsutviklingen og dermed for samfunnsøkonomien. Nyttien av rapportering og dokumentasjon kan eksempelvis være at pasient og pårørende får bedre kontroll med tjenesten, noe som øker rettsikkerheten og tryggheten i forhold til tjenesten. Bedre styringsinformasjon gir virksomheten mulighet til å justere innsatsen for å øke kvaliteten på tjenesten. Bedre styringsinformasjon gir også myndighetene mulighet til å kanalisere offentlige midler der de genererer mest nytte. Et godt statistikkmateriale gir også, som nevnt, mulighet for forskning og utvikling, som kan bidra til å effektivisere tjenestene gjennom lavere kostnader eller høyere kvalitet.

I vår analyse vil vi imidlertid ikke vurdere lønnsomheten av ulike rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter, men vi vil analysere lønnsomheten av at denne typen aktiviteter gjennomføres mer effektivt, dvs. med mindre ressursbruk.

2.4.4 Lønnsomhetsanalyser i offentlig sektor

Analysen gjennomføres i henhold til de retningslinjer som er gitt av Finansdepartementet (2005) og Senter for statlig økonomistyring (2010)¹⁵ for gjennomføring av lønnsomhetsanalyser i offentlig sektor. Ifølge SSØ (2010) kan samfunnsøkonomiske analyser deles inn i tre hovedtyper; nytte-kostnadsanalyse, kostnads-effektivitetsanalyse og kostnads-virkningsanalyse. De tre analysetypene har det til felles at tiltakene som vurderes i analysene skal løse samme problem og har samme målsetting. De tre hovedtypene av analyser kan kort beskrives på følgende måte:

Nytte-kostnadsanalyse (NKA). En NKA er den mest fullstendige formen for samfunnsøkonomisk analyse, der alle sentrale virkninger er verdsett i kroner. Hovedprinsippet i en slik analyse er at alle nytte- og kostnadsvirkninger verdsettes i kroner så langt det lar seg gjøre, dersom det er forsvarlig samt gir meningsfull informasjon. Virkninger som ikke lar seg verdsette beskrives og vurderes kvalitativt. Siden både nytte- og kostnadssiden er verdsett i kroner, kan samfunnsøkonomisk lønnsomhet for hvert tiltak beregnes.

Kostnads-effektivitetsanalyse (KEA). Når kostnadssiden ved ulike tiltak som kan nå samme mål er mulig å verdsette i kroner, mens nyttesiden er vanskelig å verdsette, er det mulig å gjennomføre en kostnads-effektivitetsanalyse. Analysen forutsetter at alle tiltakene har samme nytteeffekter. Formålet med en KEA er å finne frem til det tiltaket som har lavest kostnad, dvs. det mest kostnadseffektive tiltaket for å nå en gitt målsetning.

Kostnads-virkningsanalyse (KVA). I de tilfeller der det ikke er mulig å verdsette nyttevirkningene i kroner og der nyttesiden varierer mellom ulike tiltak, kan en ikke uten videre velge det billigste tiltaket. I en KVA beregnes således kostnadene for de ulike tiltakene og i tillegg gis det en kvalitativ beskrivelse av de ulike nyttevirkningene.

¹⁵ Finansdepartementet (2005). Veileder i samfunnsøkonomiske analyser. Senter for statlig økonomistyring (2010). Håndbok for samfunnsøkonomiske analyser. Veileder. SSØ 10/2010.

Felles for KEA og KVA er at en ikke får beregnet den samfunnsøkonomiske lønnsomheten, siden det kun er kostnadssiden som er verdsatt i kroner. Analysene kan dog gi nyttig informasjon for beslutningstakere i vurderingen av ulike tiltak.

Hvis formålet er å gi en samfunnsøkonomisk vurdering av mer effektive rapporteringsrutiner, er kanskje heller utfordringen at nyttesiden (frigjort tid) er den enkleste å beregne, dersom vi antar at nytten kan verdsettes som sparte lønnsutgifter og vi med sikkerhet vet hvor mye tid som kan frigjøres. Kostnadene er derimot mer uklare, hvis det ikke er snakk om en helt konkret investering i utstyr, der kostnadene vil være utgiftene til dette utstyret pluss opplæringskostnader.

2.4.5 Hvordan gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse?

Sentrale data for å gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse kommer fra delstudie C. I spørreundersøkelsen er det blant annet kartlagt hvor mange timer virksomhetsledere, avdelingslederne, sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere ved sykehjem, i hjemmetjenesten og i boliger for funksjonshemmede bruker i uken på ulike typer dokumentasjons- og rapporteringsarbeid.

Det første som må gjøres er å dokumentere nytten av at mindre tid benyttes til både lovpålagt og ikke-lovpålagt rapportering. Nyttien vil kunne måles i frigjorte årsverk i kommunene. Et sentralt spørsmål blir da: Hvor mange årsverk kan fjernes ved at "unødvendig" rapportering kuttes ut, eller at det brukes mindre tid til å rapportere det som er bestemt skal rapporteres? Denne "frigjorte" tidsbruken må da kvantifiseres. Et utgangspunkt vil være å anta at frigjort administrativ tid kan konverteres til økt pleietid. Således kan den frigjorte tiden omregnes i pleieårsverk eller økte lønnsmidler til sykepleiere og helsefagarbeidere. Dersom vi finner at noe av den frigjorte tiden har en alternativverdi som er større enn verdien av flere sykepleiere og helsefagarbeidere, må dette tas hensyn til i beregningene.

Det andre som må gjøres er å diskutere "kostnadene" ved å bruke mindre tid til rapportering. Slik vi ser det vil denne "kostnaden" bestå av to deler:

- *Kostnadene ved at det rapporteres mindre.* Dette vil være bortfall av den nytten som rapporteringen innebar. Dersom det er enighet om at rapporteringen er helt unødvendig, vil nyttetapet være null.

- *Kostnadene ved å endre rapporteringsrutiner for å frigjøre tid.* Her må vi ta utgangspunkt i de aktuelle administrative tiltak som fremkommer spesielt ut fra delprosjekt B. En kostnad kan eksempelvis være nødvendige investeringer i datautstyr, programvare etc. En annen kostnad er utgifter til opplæring, kursing m.m.

Ut fra den nytten som kan kvantifiseres, og de kostnadene vi klarer å identifisere, er det i teorien mulig å gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse. Vi vil i vår analyse beregne hvor mye tid kommunalt ansatte i pleie- og omsorgssektoren i Norge (populasjonen) benytter på 38 ulike dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter. Vi vil også anslå hvor store lønnskostnader som er knyttet til de ulike dokumentasjons- og rapporteringsaktivitetene. Videre vil vi vise hvor mye tid, og lønnsmidler, som kan frigjøres dersom tidsbruken på de 10 mest ressurskrevende dokumentasjons- og rapporteringsaktivitetene reduseres med 5 %, 10 % og 15 %.

Til slutt vil vi gjennomføre en nytte-kostnadsanalyse av at rapporteringen i brukernes journaler, som er den dokumentasjonsaktiviteten som er mest tidkrevende, effektiviseres.

2.5 ETISKE BETRAKTNINGER OG KVALITETSSIKRING

Forskningsprosjektet ble meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) og Personvernombudet. Alle intervjuene er basert på frivillig deltakelse fra den enkelte informant og det innsamlede datamaterialet er behandlet etter gjeldende etiske retningslinjer for forskning (jfr. retningslinjer fra Nasjonal forskningsetisk komité for humaniora og samfunnsvitenskap). Informantene sto også fritt til å la være å delta, og fritt til å la være å svare på de spørsmålene de ikke kunne eller ikke ønsket å svare på. Personopplysninger er anonymisert. Informasjon som kom fram gjennom intervjuene er blitt brukt som grunnlag for rapportene, men ikke på en slik måte at enkeltpersoner kan gjenkjennes.

2.6 SAMMENDRAG

Studien består av fire delstudier. Vi har for det første gjennomført en dokumentstudie hvor vi i tillegg til gjennomgang av relevant forskningslitteratur har sett på hvordan tematikken er blitt tatt opp i mediene, både med tanke på omfang av og vinkling av presentasjoner. For det andre har vi gjennomført en casestudie hvor vi har intervjuet virksomhetsledere, avdelingsledere, sykepleiere og helsefagarbeidere ved sykehjem og hjemmetjeneste, samt rådmenn, i seks kommuner. For det tredje har vi gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte på ulike nivå innen pleie- og omsorgssektoren i 24 kommuner. For det fjerde har vi gjennomført en lønnsomhetsanalyse av mer effektiv rapporterings- og dokumentasjonsarbeid innen denne sektoren.

3. DOKUMENTSTUDIE

Som en del av studien av tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgssektoren har vi gjennomført systematiske litteratursøk i flere norske databaser som inneholder informasjon om forskningslitteratur. Vi har gjennomført en dokumentstudie, hvor vi har gjennomgått det viktigste av eksisterende studier og tallmateriale med tanke på omfang av og innhold i rapportering og dokumentasjonsarbeid knyttet til pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Vi har også sett nærmere på omfanget av og vinklingen på denne tematikken i mediene, med hovedvekt på de siste ti årene.

3.1 TIDSBRUK I PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN

Helsepersonellens primære oppgave i pleie- og omsorgstjenesten er å yte pleie og omsorg overfor den delen av befolkningen som har slike behov. Det stilles krav til at pleie- og omsorgsoppgaver skal utføres kvalitetsmessig godt. Det er derfor lagt vekt på å utvikle arbeidsmåter som kan bidra til å sikre god kvalitet, men også å standardisere og effektivisere tjenestene (Berg 1997). Ved å standardisere oppgavene forsøker en å sikre at de samme oppgavene blir utført, med samme kvalitet, uavhengig av hvem som til enhver tid utfører oppgavene. Et skjema som fylles ut hver gang det inntreffer et avvik, eller når det tas prøver av brukere, representerer former for standardisering. Det samme gjelder pasientjournaler hvor det er etablert regler for hvilken informasjon som er relevant å skrive inn i journalen og hva det er adekvat å referere når informasjon rapporteres muntlig. Skjemaer og dokumenter som regulerer informasjonsregistrering skaper standardisering, og fungerer som støttesystem. Slike støttesystem kan til en viss grad sikre kvaliteten på tjenestene som personalet i pleie- og omsorgssektoren skal yte (Berg 1997). Skjemaene som skal informere om og dokumentere aktivitetene sammen med pasientjournalene kan sies å representere et ekspertsystem som skal sikre kvalitativt gode, effektive og standardiserte pleie- og omsorgstjenester. Skjemaene og registreringene skal ikke bare sikre at kvaliteten er tilstrekkelig god i hver enkelt virksomhet, de skal også gjøre det mulig å sammenligne tjenestetilbudene mellom ulike institusjoner og, i tråd med det grunnleggende prinsippet om likebehandling, kan en ut fra dokumentasjon avgjøre om helsetilbudet er like bra uansett hvor du bor i landet.

En konsekvens av dette er at skjemaer, problemark og manualer av ulike slag har kommet til å spille en tiltakende og styrende rolle i helsevesenet, og i pleie- og omsorgstjenestene (ibid.). I forlengelsen av dette har vi fått flere krav om registrering og dokumentasjon av det som blir gjort og av mulige avvik i forhold til de oppgaver som skal utføres. Dermed har dokumentasjon blitt et vesentlig innslag i det arbeidet som skal utføres i pleie- og omsorgsinstitusjoner. Slik standardisering av oppgaver kan ha minst to implikasjoner. Den ene er at standardiseringer kan medvirke til å fjerne den enkelte arbeidstakers individuelle ansvar for at oppgavene blir løst på en tilfredsstillende måte. Den enkeltes faglige ferdigheter og skjønn blir heller ikke interessant, hovedsaken er at arbeidsoppgavene blir utført og redegjort for slik standarden krever. Dette kan være en fordel, men også en ulempe. Kvaliteter hos enkelte yrkesutøvere kan bli satt til side. Den andre implikasjonen er at standardiseringer, som strengt tatt er sekundære oppgaver i pleie- og omsorgstjenesten, kan få et slikt omfang at det sekundære går ut over det primære. Det er muligheten for den siste implikasjonen vi skal konsentrere oss om i denne undersøkelsen.

Målet i denne delstudien har vært å gjennomgå og oppsummere sentrale forskningsbaserte bidrag innenfor temaet tidsbruk og dokumentasjonsarbeid innen pleie- og omsorgstjenester. Av hensyn til å få et relativt vidt inntak, har vi i utgangspunktet ikke satt spesielt strenge krav til faglig innhold, men lagt mest vekt på relevans for temaet. Vi har gjennomført søk i ulike databaser for å finne undersøkelser som på ulike måter belyser forholdet mellom tidsbruk på dokumentasjons- og rapporteringsarbeid og personalets pleiemessige kjerneoppgaver. Å gjennomføre søk etter relevant litteratur innebærer i de fleste tilfeller å avveie ulike hensyn opp mot hverandre. På den ene siden handler det om å finne tekster som er relevante i forhold til temaet. På den andre siden handler det om å finne frem til tekster som kan sette temaet inn i en større kontekst. I de aller fleste tilfeller (slik også i vårt tilfelle) handler det om et kapasitets- og avgrensingsproblem: Hvor omfattende skal litteraturgjennomgangen gjøres, sett i forhold til de øvrige oppgavene i forskningsprosjektet? Før vi går løs på disse tekstene, skal vi kort redegjøre for søkene vi har gjort og hva vi har lagt vekt på i selve utvalget.

Vi har primært søkt etter litteratur som omhandler helse-, pleie- og omsorgstjenester, men også inkludert enkelte studier fra andre saksområder, der vi har vurdert det som særlig relevant. Vi har ansett det som mest relevant å søke etter litteratur knyttet til norske og nordiske forhold, men vi har likevel tatt inn enkelte internasjonale undersøkelser der vi mener det har vært hensiktsmessig.

Vi har gjennomført søk i ulike databaser for å finne undersøkelser som belyser forholdet mellom tidsbruk på dokumentasjons- og rapporteringsarbeid og personalets pleiemessige kjerneoppgaver. På grunn av undersøkelsens omfang er det ikke lagt vekt på grundige søk i utenlandske databaser, vi har som nevnt, likevel fanget opp noen undersøkelser som ikke er norske. Søkene har vært gjennomført i tre databaser med søkestrengene: 1) Tidsbruk AND pleie AND dokumentasjon AND rapportering AND pasientsikkerhet, 2) Tidsbruk AND pleie AND dokumentasjon AND rapportering AND pasientsikkerhet AND tidstyv, 3) tidsbruksundersøkelse* AND pleie OR omsorg AND kvalitet, 4) (pleie* OR helse* OR omsorg*) AND (byråkrat* OR rapporter* OR dokumentasjon*, og 5) (tidsbruk* OR stykkpris* OR stoppeklokke* OR utførermodell* OR rettsliggjøring). Vi gjør oppmerksom på at søkene ikke er gjort med tanke på å utvikle en fullstendig kunnskapsoversikt over nasjonal og internasjonal forskning på dette feltet. Formålet med søket var å få kjennskap til noen sentrale studier og undersøkelser som er særlig relevante for denne studien. Oversikten over databasene og treff fremgår av tabellen nedenfor.

Figur 2 Tall og oversikt over databaser

<p>Google Her brukte vi søkestrengen: 1: Tidsbruk* AND pleie* AND dokumentasjon* AND rapportering* AND pasientsikkerhet*, AND brukermedvirkning*, 2) tidsbruk* AND pleie AND dokumentasjon AND rapportering AND pasientsikkerhet AND tidstyv</p>	<p>1) Søkestrengen ga 1545 treff. 2) Søkestrengen ga 9 treff</p>
<p>BIBSYS Ask (Den sentrale katalogen for universitets- og høyskolebibliotekene). Her brukte vi søkestrengen: 1) Tidsbruk AND (pleie* AND omsorg) AND (dokumentasjon AND rapportering) AND kvalitet , og 2) tidsbruksundersøkelse* AND pleie OR omsorg AND kvalitet.</p>	<p>1) Søkestrengen ga 0 treff 2) Søkestrengen ga 37 treff</p>
<p>Google Scholar . Søkestrenger 1) (pleie* OR helse* OR omsorg*) AND (byråkrat* OR Rapporter* OR dokumentasjon*), og 2) (tidstidsbruk* OR stykkpris* OR stoppeklokke* OR utførermodell* OR rettsliggjøring).</p>	<p>1) Søkestrengen ga 72 treff 2) Søkestreng ga 1 treff</p>
<p>Google Scholar (kvalitet* OR dokumentasjon*) AND (sykehjem* OR hjemmesykepleie*)</p>	<p>Søkestrengen ga 586 treff (fra 2001)</p>

Det er i tillegg til søkende over også gjort separate søk på enkelte forskningsinstitusjoner, slik som Fafo, Sintef og Statistisk sentralbyrå.

3.1.1 Bemanningssituasjonen i pleie- og omsorgssektoren

I pleie- og omsorgssektoren utgjør personalet den grunnleggende ressursen (Midtsundstad og Bogen 2011), og tid er og vil i stadig sterkere grad bli en kritisk faktor. Det er allerede knapphet på helsepersonell og i årene som kommer står sektoren overfor store utfordringer med å dekke det fremtidige behovet for pleie- og omsorgstjenester (ibid.). Det er nylig gjennomført en undersøkelse av mulighetene for å beholde seniorer i disse yrkene lengre ved å tilrettelegge for denne aldersgruppen (Gautun og Hermansen 2011). Vi vet at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil vokse sterkt i årene som kommer på grunn av den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet¹⁶ (St.meld. nr 47, 2008-2009). I 2008 mottok over 200 000 personer kommunale pleie- og omsorgstjenester (Bogen 2008). Av disse bor de fleste i sine egne hjem, mer enn 40 000 bor i alders- og sykehjem og om lag 50 000 bor i omsorgsboliger eller tilrettelagte boliger (ibid.). Veksten i antallet eldre, og da særlig eldre over 80 år, kombinert med færre i yrkesaktiv alder, innebærer en stor utfordring med tanke på rekruttering av helsepersonell (St. melding nr. 25 2005-2006). Fremskrivninger fra Statistisk sentralbyrå viser at vi kan forvente en underdekning på om lag 40 000 helsefagarbeidere i 2030 gitt dagens utviklingstrekk (Texmoen og Stølen 2009). KS har anslått at det vil være behov for 60 000 flere ansatte i eldreomsorgen de neste 20 årene (Bogen 2008). Samtidig vet vi at sektoren sliter med å rekruttere tilstrekkelig arbeidskraft og at sektoren er bemannet med mange ufaglærte. I 2009 ble 33 000 årsverk i pleie- og omsorgssektoren utført av ufaglært personell og 44 000 av faglærte (Midtsundstad og Bogen 2011). Andelen ufaglærte i pleie- og omsorgssektoren har økt de siste årene. I 2009 var andelen ufaglærte 22,6 prosent, mens den i 2011 var 26,2 prosent (KS 2012b). Dette kan også være argument for å iverksette tiltak som effektiviserer og rasjonaliserer tjenestene. Pleie- og omsorgssektoren er også en av de sektorene som har høyest sykefravær, selv om det har vært gjennomført en rekke tiltak for å dempe belastningslidelser og sykefravær blant personalet (NOU 2010).

¹⁶ Det vil i fremtiden skje er økning i livsstils- og aldersrelaterte sykdommer. Dette gjelder særlig kols, diabetes, kreft og psykiske sykdommer (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Det vil med andre ord blir flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander, og også flere yngre brukere av pleie- og omsorgstjenester.

3.1.2 Arbeidsoppgaver og krav til dokumentasjon innen helse- og omsorg, skole og barnehage

Personalet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene består hovedsakelig av sykepleiere, helsefagarbeidere og ufaglærte.¹⁷ Ved sykehjem fører leger tilsyn med den medisinske siden ved virksomheten. Sykepleiernes arbeidsoppgaver er i stor grad knyttet til ledelse. Noen studier (Høst 2006, Lien og Gjernes 2009) viser at bare et mindretall av sykepleierne deltar i direkte pasientrettet pleie- og omsorgsarbeid. I sykehjem er det i hovedsak helsefagarbeidere eller ufaglærte som utfører disse oppgavene. Arbeidsoppgaver som sårstell og utdeling av medisin er ofte forbeholdt sykepleierne, selv om deler av det øvrige personalet også tar del i dette (Høst 2006). I den hjemmebaserte omsorgen ser det ut til at de ulike yrkesgruppene i større grad har nokså like oppgaver og roller (ibid.). Dette betyr at helsefagarbeidere som arbeider i hjemmetjenesten kan ha roller og arbeidsoppgaver som tilsvarende yrkesgrupper ikke har i sykehjem.

En sentral del av arbeidet i pleie- og omsorgssektoren er å dokumentere arbeidsoppgavene som er utført og rapportere dem videre til kollegaer og overordede. Det er påpekt at dette arbeidet tar en stadig større andel av arbeidstiden til ansatte (Lien og Gjernes 2009). Denne oppfatningen gjør seg også gjeldende i andre helseinstitusjoner så som sykehus (Røhme m.fl. 2000) og ikke minst i skoler og barnehager (Jordfall m.fl. 2009, Nicholaisen m.fl. 2012). Vi skal se nærmere på noen studier som belyser hvordan dokumentasjonsarbeid, men også andre arbeidsoppgaver som før ble tatt hånd om av andre yrkesgrupper, synes å stjele tid fra oppgaver ansatte opplever som sentrale for sine kjernefunksjoner.

Fafo har gjennomført en undersøkelse som viste at lærerne mener at de bruker for mye tid på fellesmøter, dokumentasjon av elevvurderinger og testing av elever og på lokalt læreplanarbeid (Jordfall m. fl 2009). De opplevde at de fikk bruke for lite tid på tilbakemeldinger til elevene om deres læring, på individuelt forarbeid og på kompetanseutvikling. Undersøkelsen viste at flertallet av grunnskolelærerne bruker 20-40 prosent av arbeidstiden utenom undervisningstiden til oppfølging og kontakt med elever og praktisk tilrettelegging. 60-80 prosent av tiden brukes på pedagogisk relaterte arbeidsoppgaver. Dette er individuelt for- og etterarbeid og

¹⁷ Ved innføringen av Kunnskapsløftet, ble den tidligere hjelpepleierutdanningen og omsorgsarbeiderutdanningen som kom med Reform -94, slått sammen til en helsefagarbeiderutdanning. Fremdeles er sektoren i stor grad bemannet med hjelpepleiere. Når vi videre i teksten skriver "helsefagarbeider" inkluderer vi også ansatte som har stillingstittel "hjelpepleier" og "omsorgsarbeider".

elevvurderinger. I videregående skole brukes mellom 80-90 prosent på pedagogisk relaterte oppgaver. Generelt oppgir lærerne at "alt krever mer tid enn før", men det er særlig elevvurderinger som skiller seg ut som det tema hvor arbeidsmengden har økt mest (Jordfall m. fl 2009). En undersøkelse i regi av Norsk Lektorlag (2009) viser at 8 av 10 lektorer mener at byråkratiseringen av skolen er en tidstyv. De hevder at kravene til dokumentasjon og rapportering har økt gradvis over mange år og at disse arbeidsoppgavene går ut over tid til undervisning som er deres kjernefunksjon. Undersøkelsen viser at 4 av 10 lektorer som underviser i grunn eller videregående opplæring, bruker mer enn 10 timer per måned til dokumentasjonsarbeid. 1 av 5 oppgir at de bruker over 14 timer i måneden til dokumentasjon. Lektorlaget påpeker at Kunnskapsløftet som i utgangspunktet skulle bli en reform for økt fokus på elevenes læringsresultater, i stede fokuserer på dokumentasjon av læringsprosesser. Det påpekes at skolesystemet i stadig sterkere grad blir innrettet på å bevise at de har gjennomført korrekte prosedyrer¹⁸.

I Stortingsmelding 19 (2009-2010) "Tid til læring" settes kommunal rapportering på skoleområdet i sammenheng med alt annet administrativt arbeid som tar tid bort fra undervisning for lærerne. Meldingen er utarbeidet av Tidsbruksutvalget som ble nedsatt i 2009 for å gjennomgå tiltak som kunne føre til bedre bruk av lærernes tid i skolen. Utvalget fremhever betydningen av at det legges til rette for at lærere skal bruke mest mulig av sin tid på skolens kjerneoppgaver: undervisning, vurdering og planlegging av undervisning.¹⁹

En kartlegging av tidsbruk i barnehager i Bydel Alna i Oslo viser også at barnehageansatte opplever at andre oppgaver enn det de egentlig mener er deres kjerneoppgaver stjeler tid (Nicholaisen m. fl 2012). Undersøkelsen fremhever tre sentrale tidstyver. Den største tidstyven i forhold til målet om mer tid til barna i barnehagene er "praktisk arbeid", som består av å handle og mat, rydde etter måltider og å vaske tekstiler. Inntil 1999 hadde barnehagene kjøkkenhjelp. Etter at kjøkkenhjelpen forsvant måtte dette arbeidet gjøres av andre i barnehagen (assistenter og pedagogiske ledere). Den nest største tidstyven var møter og

¹⁸ (<http://www.norsklektorlag.no/nyhetsarkiv-2009>)

¹⁹ Ifølge tidsbruksutvalget bruker dagens lærere for mye tid på følgende arbeidsoppgaver (St. meld. 19:2009-2010): konfliktløsning, holde ro og orden og starte opp undervisningen, ikke-faglige fellesmøter på skolen, dokumentasjon av enkeltelever, lokalt læreplanarbeid, oppfølging av og kontakt med enkeltelever, rapportering av kontakt med enkeltelever, rapportering til skoleeier og skoleledelse, kontakt med foreldre eller foresatte og kontakt med enkeltelever utenom undervisningen, samt praktiske oppgaver.

planlegging. Det er særlig de pedagogiske lederne som bruker mye tid på dette. Den tredje største tidstyven var rapportering og dokumentasjon. Dette er svar på henvendelser fra departement, direktorat, kommunen eller bydelens administrasjon. Det er også rapporteringer og dokumentasjon i forbindelse med utredninger av enkeltbarns spesielle behov, samt daglig rapporteringer om barna i barnehagen og rapporteringer til foreldre. Sykefravær er også oppgitt som en tidstyv i den forstand at fagledere legger ned et betydelig arbeid i å følge opp sykemeldte.

I samsvar med undersøkelsene ovenfor viste en undersøkelse av nærvær og fravær i sykehjem og barnehager i Norges fem største byer at sykepleierne og pedagoger opplevde at andelen registrerings- og dokumentasjonsarbeid var stadig voksende (Lien og Gjernes 2009). Det brukes mye tid på rapporteringer oppover til overordnede. Studien avdekket at 89 prosent av enhetslederne i sykehjemmene og 92 prosent av styrerne i barnehagene mente at de brukte mer tid på rapporteringer og annet papirarbeid enn de skulle ønske. Samtidig påpekte mange av ledere i sykehjemmene og barnehagene at en del av rapporteringene de var pålagt både var nødvendig og viktig. Introduksjonen av dokumentasjonskravene synes altså å føre til en forståelse av disse kravene som nyttige og nødvendige. Undersøkelsen viste også at økningen i tidsbruk til rapportering og dokumentasjon medførte at lederne måtte delegere denne typen oppgaver til underordnede. Det betyr at dokumentasjons- og rapporteringsoppgavene tar stadig mer tid for flere. I likhet med tidstyvundersøkelsen i barnehager, viste også denne undersøkelsen at "praktisk arbeid" tar en stadig større plass for underordede pleiere. Hjelpepleiere eller omsorgsarbeidernes rolle og arbeidsoppgaver er blitt dreid i retning av den tradisjonelle husmorrollen. Hjelpepleieren skal lage mat, tørke støv og vaske tøy og gulv. Til sammenligning viser en undersøkelse av sykehuslegers tidsbruk at 60 prosent brukes til klinisk virksomhet, men det øvrige går med til egen kompetanseutvikling og administrative oppgaver (Røhme m. fl. 2000). Det kan være grunn til å spørre om endringene i yrkesrollen som vi ser blant lektorer, lærere, hjelpepleiere og andre omsorgsarbeidere skaper et underskudd på tid eller arbeidskraft som skulle vært rettet mer direkte inn mot virksomhetens kjerneoppgaver eller primærfunksjoner.

3.1.3 Dokumentasjon og rapporteringsrutiner i pleie- og omsorgssektoren

Både sykehjem og hjemmesykepleien rapporterer om sine aktiviteter til staten, til egen kommune og internt i egen organisasjon. Rapportering knyttet til tjenestemottakerne til staten føres i rapporteringssystemet IPLOS (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk).²⁰ Til lokalt bruk føres det pasientjournaler og det rapporteres muntlig om det tilbudet brukerne har behov for, mottar og ikke mottar.

KS har fått kartlagt omfanget av pålagt kommunal rapportering og dokumentasjonsarbeid til staten (PwC 2011). Denne undersøkelsen tok for seg tre hovedkategorier av pålagte administrative oppgaver. Den første og mest omfattende kategorien er rapportering og dokumentasjonsarbeid om økonomi, tjenesteproduksjon og myndighetsutøvelse. Halvparten av disse er konsentrert i tre rapporteringssystemer: eiendomsmatrikkelen, grunnskolesystemet GSI og pleie/omsorgssystemet IPLOS. Den andre kategorien omhandler rapporteringsforpliktelsene kommunene har i egenskap av å være arbeidsgiver. Dette dreier seg om informasjon til Skatteetaten, SSB og NAV. Den tredje kategorien omhandler statlige tilsyn og forberedelsene til disse. Hovedspørsmålet i PwC-undersøkelsen er om den kommunale rapporteringen til staten innebærer større kostnader enn gevinster. Når det gjelder pleie og omsorg konsentrerer undersøkelsen seg om det nasjonale helseregisteret IPLOS som danner grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Formålet med dette registeret er å gi statlige myndigheter, kommunene og allmennheten kunnskap om utviklingen i pleie- og omsorgssektoren.

En arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet (2010) for å revidere IPLOS samlemål understreker at *"IPLOS sitt samlemål er laget for et statistisk formål. Samlemålet skal være en indikator som sier noe om de store trekkene i behovsfordelingen. Det har relevans for større grupper av tjenestemottakere og gir ikke grunnlag for slutninger om enkeltmottakere av tjenester og må aldri brukes slik. Det anbefales heller ikke brukt på mindre grupper av tjenestemottakere hvor tilfeldigheter kan ha stor innvirkning på resultatene. Samlemålet vil være tilstrekkelig for å belyse store mønstre. Det vil være et hjelpemiddel til innsikt, men gir ikke alene grunnlag for å trekke bastante konklusjoner"*. Arbeidsgruppen påpeker også at det er et mål å kunne sammenligne bistandsbehovet mellom kommuner, mellom brukergrupper og over

²⁰ I kapittel 4.2.1 går vi nærmere inn på IPLOS.

tid og at data som fremkommer gjennom IPLOS gir grunnlag for analyser. Grunnskolen informasjonssystem, GSI-rapporteringen, er et tilsvarende rapporteringssystem som IPLOS. Kommunene sender sine rapporter til staten 15. oktober hvert år. I forkant av dette inviterer utdanningsdirektoratet representanter fra kommune til opplæring i informasjonssystemet. En sentral svakhet ved dette rapporteringssystemet er at systemet tolker en del informasjon som registreringsfeil selv om informasjonen kommunen forsøker å formidle er riktig. PwC (2010) kalkulerer at rapportering innenfor kommunehelse, pleie og omsorg koster 28 millioner i året. Her utgjør rapportering i IPLOS hovedandelen. Til sammenligning er rapportering knyttet til barn og unge (grunnskole, barnehage, barnevern) det mest kostbare for kommunene, med 55 millioner kroner i året. Rapporteringene til staten er imidlertid bare en del av den totale mengden av dokumentasjons- og rapporteringsarbeid som pågår i pleie- og omsorgssektoren. Ansatte på sykehjem og i hjemmesykepleien må utføre ulike typer av dokumentasjons- og rapporteringsarbeid og som vi skal se, har fokuset på dette arbeidet økt blant annet med innføringen av og oppdateringer av pasientsikkerhetsloven og helsepersonelloven.

3.1.4 Dokumentasjon av pasientrelatert arbeid

Dokumentasjon av sykepleie har vært praktisert siden Florence Nightingale, men ble først lovfestet for sykepleiere i 2001 (Norsk sykepleieforbund 2007). Tidligere har lover om dokumentasjonsplikt vært knyttet til bestemte yrkesgrupper som leger, jordmødre, psykologer og tannleger. I den nåværende Helsepersonelloven (2011) knyttes ansvaret for journalføring til den som yter helsehjelp. Dette betyr at langt flere enn tidligere har plikt til å dokumentere eller journalføre de tjenestene de yter overfor brukere. Det er flere lover som regulerer dokumentasjon av helsehjelp og de viktigste av disse er: Helsepersonelloven, Forskrift om pasientjournal og Pasientrettighetsloven. Lovene gir føringer for hva som skal dokumenteres i pasientenes journal. De mest sentrale føringene er knyttet til pasientens rett til informasjon og medvirkning, og helsepersonellens plikt til å dokumentere selvstendig helsehjelp (ibid.).

Dokumentasjon av pleie foregår både skriftlig og muntlig. Å gi rapport til neste vakt har vært et etablert system i svært mange år. Rapportene har ofte vært basert på en muntlig gjennomgang av vaktens hendelser støttet av skriftlige nedtegnelser og registreringer, men enkelte steder har rapporten bare vært en muntlig informasjonsformidling. Målsettingen med rapporten kan være todelt – å diskutere pasienter og å fortelle andre hva som har skjedd i løpet av vekten (Norsk

sykepleierforbund 2007). Ifølge Moland (1999) er muntlig rapportering mellom vaktskifter den vanligste formen for faglig kommunikasjon i denne sektoren. Stille rapport er en ny rapporteringsvariant hvor pleierne leser rapportene heller enn å få dem overlevert muntlig. En studie ved Rikshospitalet har vist at stille rapportering førte til at den skriftlige dokumentasjonen ble bedre og mer brukt enn før og at tidsbruken gikk ned (Solvang 2005).

Tidligere dokumenterte pleiepersonalet hvilke tjenester som var ytt i en kardex. I dag brukes elektroniske pasientjournaler (EPJ). Datamaskiner har gitt nye muligheter for føring av pasientopplysninger og gjort pasientopplysninger mer tilgjengelige enn tidligere både for helsepersonell og pasientene selv. Dette førte blant annet til at oppmerksomheten om språkføringen i pasientjournalene økte. Forskning har vist at sykepleiere ofte skriver uformelt og benytter et muntlig språk i journalene (Moen 2002). Med innføringer av EPJ ble det påkrevd at pleierne skulle benytte et mer standardisert språk (Norsk sykepleierforbund 2007). Studier har også vist at sykepleiernes dokumentasjon ikke var av tilfredsstillende kvalitet. De viste på den ene siden at kun deler av pasienters problemer ble dokumentert og på den andre at dokumentasjonen ikke var hensiktsmessig i forhold til formålet (Stokke m. fl. 1998). Fiskum (2006) viste for eksempel at psykiske problemer ofte var underreporterte fordi sykepleierne fant det vanskelig å beskrive problemene. Fiskum mener imidlertid at denne situasjonen nå er i bedring. Også Helsetilsynet har registrert at journalføringer ofte er mangelfulle og i tilsynssaker mot helsepersonell kan manglende eller mangelfull dokumentasjon virke i skjerpene retning. I 2005 førte mangelfull journalføring, sammen med andre kritikkverdige forhold, til at det ble gitt advarsel i 18 saker (Norsk Sykepleierforbund 2007).

Karkkainen m. fl. (2005) understreker at både pasienter, andre hjelpetrequende og pårørende står i et avhengighetsforhold til helsepersonell. De er den svake parten i denne relasjonen og dokumentasjonen skal synliggjøre god pasientsentrert og etisk forsvarlig sykepleie. Dokumentasjonen i journaler må derfor være av en slik art at den understøtter kontinuitet og kvalitet i arbeidet og i Forskriften om pasientjournal (2000 § 8), er kravene til journalens innhold konkretisert. I henhold til gjeldende lov skal blant annet pasientstatus ved innleggelse og utskrivning, iverksatt pleie og resultat av pleien dokumenteres. I forbindelse med det skal ansatte dokumentere sykepleien i fire faser: vurderingsfasen, planleggingsfasen, handlingsfasen og evalueringsfasen. Denne standarden er ofte i bruk, men det er likevel uenighet om den egner seg som generell mal for dokumentering. Kritikere har beskrevet modellen som

tidkrevende og rigid (Ehnfors m.fl. 2000). En artikkel i sykepleien.no (15. november 2011) viser også at det kan være uenighet om hva som teller som relevante og nødvendige opplysninger mellom tilsynsmyndigheter og personer ansatt i undervisningsstillinger ved sykepleierutdanninger. Av artikkelen fremkommer det at en tidligere jurist i Helsetilsynet mener at det skrives så mye om dagligdagse hendelser i brukernes journaler at *"viktige opplysninger drukner i brødskiver"*. Juristen mener at det er tilstrekkelig at avvik fra pleieplaner føres i journalene. En lektor som underviser i dokumentasjonslære ved en sykepleieutdanning påpeker imidlertid at dette ikke vil være tilstrekkelig. Lektoren understreker at *"dokumentasjon er en refleksjonsprosess hvor det er viktig å overføre til den kollegaen som skal ta over for deg hva du har observert, tenkt og gjort i forhold til planen"* (Ibid). Han uttaler videre at *"fagpersoner er opptatt av at dokumentasjonsarbeidet har mange funksjoner som undervisning, læring, evaluering og etterprøvbarehet"*.

Fiskum (2006 og 2009), som har undersøkt sykepleieres dokumentasjonspraksis, understreker også behovet for gode dokumentasjonsrutiner. Dokumentasjonen skal synliggjøre den sykepleien som er gitt. Den skal være målrettet og inneholde informasjon om den helsehjelpen som er gitt og vurderinger som ligger til grunn for tiltak som er iverksatt, samt resultatene av disse. Dokumentasjonen skal vise kontinuitet i oppfølging av pasienten og vise koordinering av pasientrettede tiltak og gi mulighet til å vurdere og evaluere effekter av tiltak. Dersom dokumentasjonskravene ikke følges opp kan dette medføre risiko for at kvaliteten på tjenestene ikke blir tilfredsstillende. Det er et krav at alle med innsynrett skal kunne bedømme og vurdere det sykepleiefaglige handlingsforløpet som er beskrevet i journalen. Sammenhengen mellom observasjoner, vurderinger, tiltak og resultater må fremgå av journalen. Dokumentasjonen skal også *"reflektere pasientperspektivet ved å gjengi pasientens ønsker og kommentarer. Dokumentasjonen i elektroniske pasientjournaler skal være et informasjons- og kommunikasjonsverktøy for helsepersonell og grunnlag for forskning, kvalitetssikring, internkontroll, opplæring og ledelsesinformasjon"* (Lov om helsepersonell 2001) i Norsk sykepleierforbund (2007:12). Ifølge Ruland (2000) skal pasientjournaler inneholde følgende:

- systematisk informasjon om pasientens helseproblemer, observasjoner og tiltak, vurderinger som legges til grunn og resultater av tiltak
- gi beslutningsstøtte til planlegging av sykepleie
- kunne brukes til evaluering av kvalitet av sykepleien og resultat
- bidra til kontinuitet og koordinering av pasientrettede tiltak

- danne grunnlag for forskning og utvikling
- være et juridisk dokument og kilde for tilsynsmyndighetene

Dokumentasjonen av det pasientrettede arbeidet er sentral både av kvalitetsmessige hensyn, av hensyn til brukeren og brukerens innsynsrett og av hensyn til helsepersonellet som utfører tjenestene.

Søkelyset på faglig kvalitet har også ført til at Regjeringen satte i gang en pasientsikkerhetskampanje for perioden 2011-2013²¹. Kampanjen skal dekke flere tematiske områder, blant annet psykisk helse og rus, trykksår, fall, hjerneslag og riktig legemiddelbruk i sykehjem. Feilmedisinering fører årlig til unødvendige lidelser for mange pasienter. Helsetilsynet (2010) har funnet store mangler ved rutiner for legemiddelgjennomgang i sykehjem. Andre undersøkelser har funnet legemiddelrelaterte problemer hos opptil 80 prosent av pasientene i både sykehjem og sykehus. Minst én av ti sykehusinnleggelse av eldre på medisinsk avdeling skyldes feil bruk av legemidler (ibid.). Avvik i legemiddelbehandling kan bestå av feil i oversikten over pasientens medisiner, svikt i kommunikasjon mellom behandlere og manglende oppfølging av helsetjenesten. Det er grunn til å tro at denne kampanjen vil øke bevisstheten om betydningen av dokumentasjon og rapportering mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og bruker.

3.1.5 Ny teknologi – frigjør tid?

Innen pleie- og omsorgssektoren ser man muligheten for at moderne teknologi kan avhjelpe og effektivisere arbeidsoppgaver som i dag ofte betjenes manuelt. Utviklingen av omsorgsteknologi tar først og fremst sikte på å gjøre brukere mer selvhjulpne. En undersøkelse i regi av Sintef konkluderer med at bruk av robot- og sensorteknologi kan løse mange behov i pleie- og omsorgstjenesten og kanskje gjøre det mulig for eldre å bo lengre hjemme (Holbø m. fl. 2011). Det kan blant annet muliggjøre en ny kommunikasjonsinfrastruktur med for eksempel "tilsyn over nett".

En suksess vil imidlertid være avhengig av sosial aksept for å ta i bruk for eksempel roboter. Fremtidens eldre vil være mer vant med IKT og man kan derfor se for seg at disse vil kunne ha en lavere terskel for å bruke eller aksepterer bruk av slik teknologi. Personalet som deltok i undersøkelsen, etterlyste mer tid som kunne brukes til å være sammen med brukeren (ibid.). Det ble påpekt at ny

²¹ <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no>

teknologi kan tenkes å lede til frigjøring av tid som personalet kan tilbringe sammen med brukeren. I Norge har det vært en viss skepsis overfor omsorgsteknologi av denne typen, mens den er under utbredelse i land som Storbritannia (Borgen 2008). Mobil teknologi er derimot allerede introdusert i flere kommuner i Norge. Denne teknologien forventes å kunne modernisere offentlig sektor (Nielsen 2010). I Danmark vinner anvendelsen av bærbare og håndholdte computere (PDA, smartphones mv), i stigende grad innpass i offentlige virksomheter som politiet, blant sosialarbeidere, i helsesektoren og i pleie - og omsorgssektoren. Utviklingen er karakterisert som en forandring fra digital forvaltning til mobil forvaltning (ibid.). Nielsen (2010) peker på at det er stor interesse for innføringen av teknologi av dette slaget i eldreomsorgen og at teknologien gjør det mulig å reorganisere arbeidsprosesser, og øke den andelen av ressursinnsatsen som brukes hos brukeren fordi ressurser som brukes på møteaktiviteter, transport og administrative oppgaver kan reduseres. Den mobile teknologien forventes også å føre til forbedret dokumentasjon fordi det kan foretas løpende tidsregistreringer via mobile terminaler av pleiepersonalets besøk hos brukere (komme- og gåtider). Dessuten forventes det at registreringer av data like etter besøket vil sikre at informasjonen som bokføres, blir mer presis.

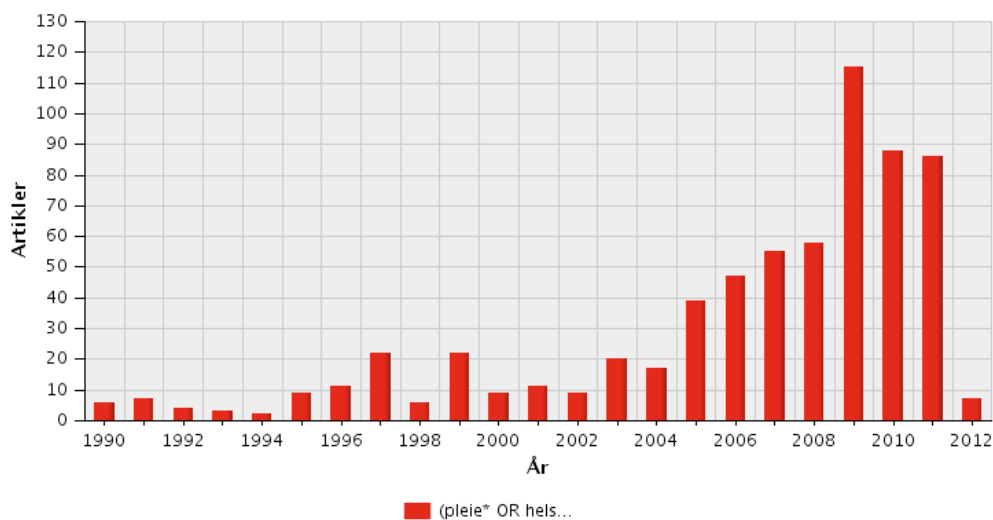
3.2 MEDIAS ROLLE

Som en del av dokumentstudien har vi sett nærmere på hvordan media de siste tiårene har fokusert på byråkratisering, rapporterings- og dokumentasjonsarbeid, samt tidsbruk, relatert til pleie- og omsorgssektoren, både med tanke på omfang av og vinkling på presentasjonene. Dette vil også gi en inngangsport til å diskutere medias rolle i forhold til rapporterings- og dokumentasjonsutviklingen i tidsperioden. Vi har gjennomført søk i ATEKST som er en elektronisk arkivtjeneste. Her benyttet vi følgende søkestreng: (pleie* OR helse* OR omsorg*) AND (byråkrat* OR rapporter* OR dokumentasjon*) AND (tidsbruk* OR stykkpris* OR stoppeklokke* OR utførermodell* OR rettsliggjøring*). Hensikten har vært å ta for oss omfang og innhold i artikler i landets aviser relatert til byråkratisering, tidsbruk og rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i helse-, pleie- og omsorgssektoren. Hensikten har vært å se på omfanget av og innholdet i avisartikler på dette temaet over tid. Ettersom dette temaet også må forstås i sammenheng med hvordan tjenestene er organisert og hvilke finansieringsmodeller som kommunene anvender, har vi også inkludert dette i søket. Vi ønsker altså å se byråkratisering, tidsbruk og økt rapporterings- og

dokumentasjonskrav innen pleie- og omsorgssektoren i lys av en større diskusjon rundt organiseringen og finansieringen av pleie- og omsorgstjenestene.

For perioden 1990 til 18. januar 2012 returnerte søket 653 treff (se tabell 1 nedenfor). Da søkte vi på alle aviser i landet, papirutgave. Aftenposten hadde flest artikler, 94. Derneft kom Nordlys med 41 artikler og Klassekampen med 39 artikler. Som vi ser av figuren nedenfor, skjedde det en økning i antall artikler relatert til denne tematikken fra 2005 og frem til 2009, for deretter å gå ned noe. Den største økningen skjedde fra 2008, som ga 58 treff, til 2009 hvor det var 115 treff på denne søkestrengen. For 2010 og 2011 fikk vi 88, henholdsvis 86 treff.

Figur 3 Antall referanser, etter år



Tabell 12 Antall referanser, etter år

År	Antall
2012 (pr. 19/1)	7
2011	86
2010	88
2009	115
2008	58
2007	55
2006	47
2005	39
2004	17
2003	20
2002	9
2001	11
2000	9
1999	22
1998	6
1997	22
1996	11
1995	9
1994	2
1993	3
1992	4
1991	7
1990	6
Totalt	653

Utviklingen av organisasjons- og finansieringsmodeller innen pleie- og omsorgssektoren må ses i lys av en mer overordnet utvikling når det gjelder styreformer innen offentlig forvaltning som ofte blir betegnet som New Public Management (NPM). Vi vil derfor nedenfor begynne med å se på hva denne styreformene innebærer, selv om ikke dette begrepet inngår i søkestrengen som vi anvendte. Videre vil vi redegjøre for hvordan bestiller-utførermodellen, stykkprisfinansiering og stoppeklokkeordninger er blitt diskutert i landets aviser, og da særlig relatert til byråkratisering og tidsbruk innen pleie- og omsorgssektoren. Deretter vil vi mer spesifikt se på hvordan rapporterings- og dokumentasjonskrav innenfor denne sektoren er blitt diskutert i mediene.

3.2.1 New Public Management

Kommunene kan organisere pleie- og omsorgstjenestene på ulike måter. En hovedretning for styring innen offentlig forvaltning de siste årene er kalt for *New Public Management* (NPM). Dette er blitt en samlebetegnelse på de siste tiårs forsøk på å overføre foretningsinspirerte ideer til offentlig forvaltning (Røvik 2007). NPM har særlig vært tydelig fra midten av 1990-tallet. Dette er ikke en samlet modell, men kan arte seg forskjellig. NPM er en styreform som blant annet kjennetegnes av en vektlegging av konkurranseutsetting og privatisering, bestiller-utførermodell, mål- og resultatstyring, brukermedvirkning og budsjett disiplin (Busch 2001, Hallandvik 2000, Haug og Paulsen 2007). I NPM er det ikke en selvfølge at tjenester i helse- og omsorgssektoren ytes av det offentlige. Anbudskonkurranse og "pengene følger brukerne" er eksempler på måter å få til konkurranseutsetting på. Dette innebærer at det innhentes anbud på selve utføringen av en tjeneste, og den som har rimeligst anbud får tilslaget (Haug og Paulsen 2007). Hensikten med *bestiller-utførermodellen*, som vi kommer nærmere inn på etter hvert, er å skille den "styrende" delen av den offentlige forvaltningen, det vil si den delen som bestiller tjenester, fra den delen som utfører tjenester. Denne modellen kan også innebære privatisering av den iverksettende delen, men den trenger ikke å gjøre det. Konkurranseutsetting og privatisering av tjenestene innen omsorgssektoren er et tema som har vært gjenstand for mye diskusjon i mediene. NPM har ført til mer markedsorientering i offentlig sektor.

3.2.2 Bestiller- utførermodellen

Ut over 1990-tallet pågikk det en diskusjon i mediene knyttet til innføringen av bestiller-utførermodellen og stykkprisfinansiering innen helsevesenet. Diskusjonen var i begynnelsen i all hovedsak knyttet til organiseringen og finansieringen av sykehusene. Mot slutten av 1990-tallet gikk denne diskusjonen over til også å omfatte hjemmetjenesten, i første omgang, og deretter også sykehjemstjenesten. Likevel er et stort flertall av artiklene relatert til hjemmetjenesten. Diskusjonen i mediene var i stor grad relatert til innføringen av eller forsøk på innføring, og erfaringer med bestiller-utførermodellen i ulike kommuner. Diskusjonen kom både fra faglig og politisk hold. Mens det i noen av artiklene argumenteres for modellens fordeler, gis det i andre uttrykk for kritikk av den. I hele denne perioden har det også pågått en mer overordnet og generell diskusjon om hvordan helsevesenet og pleie- og omsorgssektoren skal organiseres og finansieres, og hvorvidt kvaliteten på tjenestene er tilfredsstillende.

I norske kommuner har vært vanlig at de som produserer tjenestene, også er de som bestiller dem. Tankegangen ved å skille bestiller og utfører, er at det er snakk om forskjellige roller; forvaltning er én ting, tjenesteproduksjon én annen. I kommuner som innfører denne modellen for pleie- og omsorgssektoren vil man for eksempel opprette bestillerkontorer med egne fagkonsulenter som blant annet drar på førstegangsbesøk hos pasienten, for så å levere bestillingen videre til hjemmesykepleien, som utfører oppdraget. Dette innebærer at de som utfører tjenesten, jobber i hjemmetjenesten, og skal hjelpe hjelpetrequende eldre, kun skal utføre det som er bestemt på bestillerkontoret.

Argumentasjonen i artiklene hvor en stiller seg positiv til modellen, dreier seg om at modellen fordrer en rolleavklaring mellom forvaltning og produksjon som kan være nyttig i alle kommuner. Vurderingsfunksjonen når det gjelder å vurdere å fatte enkeltvedtak om hvem som skal motta omsorgstjenester, blir profesjonalisert, noen som anses som positivt. Denne funksjonen er en vesentlig del av bestillerarbeidet. I en artikkel i Kommunal rapport 24. januar 2001 vises det til stortingsmeldingen «Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene» (St.meld. nr. 28, 1999-2000), hvor det heter at den kommunale saksbehandlingen ofte går på rettssikkerheten løs. I artikkelen pekes det på at rettssikkerheten til den enkelte bruker kan bli bedre ivaretatt når det ikke er utfører som vurderer hjelpebehovet. Dette bidrar ifølge artikkelen til at like tilfeller i større grad behandles likt. I artikkelen argumenteres det for at alle innbyggere skal sikres et forutsigbart og likeverdig tilbud på tjenestene, uavhengig av alder, hjelpebehov og bosted. Der det ikke skiller mellom bestiller og utfører, kontrollerer utføreren seg selv.

De som er kritiske til bestiller-utførermodellen argumenterer for at modellen krever doubling av kompetanse. Man må for eksempel ha sykepleierfaglig kompetanse både hos bestiller og utfører. Videre gis det uttrykk for at modellen kan oppleves byråkratisk, og byråkratiseringen kan bety lengre ventetid fra behov for omsorg melder seg til utføring av tjenester. De som har behov for hjemmebaserte tjenester har ofte store og sammensatte behov. Tid til omsorg, mulighet for omprioriteringer og fleksibilitet er derfor svært viktig. Ifølge kritikerne til modellen kan det at arbeidsgiver krever at ansatte skal følge en rigid tidsskjemaliste med kun helt konkrete arbeidsoppgaver, bidra til at de blir tvunget inn i situasjoner som føles som et overgrep mot dem de skal hjelpe. I en artikkel i Bergens Tidende 16. oktober 2003 uttalte Fagforbundet at denne styringsmodellen skaper mer byråkrati, større avstand fra pasient til beslutningstaker, dårligere arbeidsmiljø for de som jobber i utøvende tjeneste, samt at det erfaringsmessig er en tilrettelegging for privatisering. *"Når pleie og*

omsorg omsettes i minutter og sekunder vitner det ikke om noe vi forbinder med verdighet og respekt.” De som er kritiske til modellen mener at den innføres for å få en sterkere styring og kontroll slik at det ikke brukes mer penger enn det som er bevilget. I samme artikkel pekes det på at ved å etablere et eget bestillerkontor får man den nødvendige avstanden til pasientene slik at ressursene kan gis i samsvar med budsjettet og ikke ut fra behov.

I en rekke artikler i Harstad Tidende i 2006, deriblant 3. mars 2006, uttrykkes det en frykt for at en innføring av bestiller-utførermodellen i Harstad vil føre til at pleie- og omsorgstjenestene i fremtiden blir styrt av stoppeklokke og tidsskjema. Her pekes det på ulike problematiske sider ved modellen, deriblant at den vil tappe pleietjenesten for ressurser fordi rådmannen drar inn fagfolk som skal brukes til saksbehandling, noe som vil svekke den faglige kvaliteten på tjenesten. I tillegg til at modellen bidrar til at byråkratiet vokser, vil det bli vanskeligere å rekruttere fagfolk til hjemmetjenesten fordi arbeidssituasjonen blir mer stressende. I en artikkel i Harstad Tidende 23. mai 2006 med overskriften ”Kampen om omsorgens sjel”, refereres det til Kirsten Thorsen, professor og forsker ved NOVA (Norsk Institutt for oppvekst, velferd og aldring), som uttaler at begrunnelsen for innføring av bestiller-utførermodellen er rettferdighet og likhet, men den innebærer mer byråkrati, og det blir enda vanskeligere å endre hjelpen på kort sikt fordi nye bestillingsskjemaer må fylles ut av bestillerkontoret. I artikkelen vises det også til Mia Vabø, forsker ved NOVA, som uttaler at arbeidslederne i hjemmetjenesten uttaler at deres innflytelse over omsorgshverdagen er blitt svekket. Omsorgspersonalet er de som i betydelig grad er skikket til å vurdere hjelpebehovet fordi det ikke er statisk, men ustabil og foranderlig. I Nordlys 29. september 2009 vises det også til Vabøs (2006) forskning på hjemmetjenestevirksomheten i kommuner som har innført bestiller-utførermodellen. Ifølge henne må pleierne stadig konfronteres med å måtte velge mellom det som er bestilt og det de selv vurderer som faglig og moralsk viktig for å dekke menneskenes behov. Her argumenteres det for at det dreier seg om verdivalg og menneskesyn, og at det er snakk om en gruppe mennesker som i svært varierende grad er i stand til å formidle egne behov.

3.2.3 Innsatsstyrt finansiering og bruk av "stoppeklokke"

Fra 1997 gikk man over til mer *innsatsstyrt finansiering* (ISF) av sykehusene (Hammandvik 2002).²² Mens *rammefinansiering* innebærer at sykehusene og pleie- og omsorgssektoren får et visst budsjett de må forholde seg til, innebærer innsatsstyrt finansiering at hver enkelt tjeneste prises og at pengene følger brukeren. Flere av de største sykehusene har altså siden 1990-tallet fått en stor del av sine inntekter gjennom betaling for hver pasient som blir behandlet. Samtidig vokste det fram en diskusjon i mediene rundt innsatsstyrt finansiering og stykkprisfinansiering av sykehusene. Diskusjonen på 1990-tallet dreier seg blant annet om at stykkprisfinansiering kan føre til økt byråkrati, fare for selektiv pasientbehandling, sterk kostnadsvekst og dårlig eller mangel på samarbeid. Fra rundt 2002 omfattet etter hvert diskusjonen i mediene om stykkprisfinansiering også pleie- og omsorgssektoren.

Diskusjonen i mediene de siste ti årene har i stor grad dreid om hvordan økt vektlegging av effektivisering kan medføre ytterligere skjevheter innenfor pleie- og omsorgssektoren og hvordan stykkprisfinansieringsordningen kan påvirke kvaliteten på behandlingen og omsorgen som ulike pasientgrupper får. I Nordlys pågikk det en diskusjon i 2004-2005 om innføring av innsatsstyrt finansiering i hjemmetjenesten. Fra 1.1.2005 skulle hjemmetjenesten i Tromsø få betalt per person de behandlet. Ved å innføre ISF håpet kommunen å kunne styre økonomien strengere, siden hjemmetjenesten da vil få penger ut fra hvilke og hvor mange tjenester de utfører. I artikkelen vises det til at det ble gjennomført en tidsstudie i hjemmetjenesten i Kristiansand hvor konsulentene kartla hvor lang tid pleierne brukte på ulike oppgaver. På den måten kunne kommunens utgifter per stell beregnes. ISF beskrives samtidig i flere avisinnleggene som et godt verktøy for å effektivisere kommunale tjenester, basert på klare produksjonskrav til de ansatte. Andre avisartikler legger vekt på at ISF nettopp vil bety større byråkrati og merarbeid for de ansatte. Det stilles blant annet spørsmål som "*Hva slags menneskesyn forfekter vi når eldre og syke blir sett på som en vare, en*

²² Hensikten med å innføre stykkprisfinansiering var å få til økt effektivitet og produktivitet, og dermed også få ned sykehuskostene, ved å lokke med utsikter til økonomisk belønning. Stykkprisbetalingen skal skje etter forhåndsbestemte satser, avhengig av sykdomstilfellet. Satsene er beregnet slik at sykehusene vil komme noenlunde likt ut økonomisk som de to foregående år, dersom de behandler like mange pasienter som de gjorde disse årene. Dersom de behandler flere pasienter, har de også mulighet til å tjene mer. Det krever samtidig at sykehusene blir mer effektive. Imidlertid stilles det ikke resultatkrav før pengene utbetales. Sykehuset får med andre ord sin stykkpris per utskrevet pasient, selv om behandlingen ikke skulle vise seg å være vellykket.

økonomisk belastning?” I en artikkel i Nordlys 7. mai 2004 tar også Fagforbundet sterkt avstand fra å bruke tidsskjema i eldreomsorgen. Leder for helse- og sosialseksjonen i Fagforbundet mener ISF vil bety store kostnader for hjemmetjenesten, og at de ansatte vil få mindre tid hos brukerne. Det trekkes fram mange negative konsekvenser av modellen: Stort byråkrati, tungvinte arbeidsmetoder, vansker med å arbeide tverrfaglig, en mindre fleksibel arbeidssituasjon og mer fokus på økonomi enn kvalitet. Det uttrykkes samtidig frykt for at medarbeiderne kan bli fristet til å være «kreative» når de registrerer utførte oppgaver, for å få mest mulig penger.

Fra 2004 og i årene fremover pågikk det samtidig en diskusjon i mediene om fordeler og ulemper ved å bruke ”stoppeklokke” i eldreomsorgen, hvor man skal måle tidsbruk. De som mener stoppeklokkeordningen er positiv argumenterer for at den gir et beregningsgrunnlag for hjemmetjenestens behov for bevilgninger som man ikke har hatt tidligere. Tidligere har man tildelt hjemmetjenesten penger ut fra et pluss eller minus basert på fjorårets bevilgning. Tilhengerne mener at denne ordningen gir et bedre grunnlag for å beregne hva tjenestene i realiteten koster ved at man kalkulerer ressursforbruket per aktivitet gjennom tidsregistrering av sentrale aktiviteter i hjemmetjenesten. Enkelte ser utfordringer knyttet til ordningen, men mener likevel at modellen bør prøves ut i blant annet hjemmetjenesten som et budsjettverktøy, ikke for å spare penger, men for å gi dokumentasjon på hva kommunen bruker penger på.

Omtrent halvpartene av artiklene i mediene på 2000-tallet, knyttet til denne diskusjonen, uttrykker kritikk eller bekymring knyttet til innføring av stoppeklokkeordningen i pleie- og omsorgssektoren. Hovedinnvendingene dreier seg om at det er vanskelig å prise pleie og omsorgstjenester. I Dagsavisen 27. august 2003 under tittelen ”Anbud ikke god løsning” pekes det på utfordringene i sykehjemmene med tanke på mangel på fagfolk, for få stillinger og høyt sykefravær. Her argumenteres det for at konkurranseutsetting og stoppeklokken ikke er svaret på problemene. I en artikkel i Stavanger Aftenblad 14. februar 2004 står det at de ansatte i hjemmetjenesten peker på at pasientenes pleiebehov på kort tid kan endre seg mye. Her argumenteres det for at byråkratiet rundt dette hindrer en god behandling av hver enkelt: *«Førstegangsbesøket hos en pasient avdekker ikke alltid alle behov. Vi blir nødt til å sende meldinger om endringer hos pasienten til saksbehandlerne støtt og stadig. Dette stjeler tid fra pasienten. Vi må huske at vi arbeider med mennesker. Hverdagen er uforutsigbar.»* Det pekes også på at sosiale behov ikke blir dekket, og at det nye stoppeklokkesystemet setter kvantitet fremfor kvalitet på tjenesten. I en artikkel 14. juli 2005 uttaler Håkon Lie

seg svært kritisk til dette systemet og sier at *"Dette er omsorg på akkord"*. Ifølge han har hjemmehjelperne har så trange tidsrammer at de ikke har tid til å snakke med brukerne. *"De flyr rundt med stoppeklokke og måler tidsbruken på vasking."* VG fortsetter diskusjonen dagen etter, 15. juli 2005, hvor det argumenteres for at *"Den menneskelige siden ved hjemmehjelpen er effektivisert bort. Det er blitt mer administrasjon og papirarbeid. Flere skjemaer og rapporter skal fylles ut, sendes, leses, følges opp og kontrolleres."*

Aftenposten peker i en artikkel 5. januar 2005 på at stadig flere ansatte og brukere av hjemmehjelpen klager på kvaliteten etter hvert som tjenesten effektiviseres, og at tidspresset i hjemmetjenesten er altfor stort. Mange kommuner organiserer i dag omsorgstjenestene etter profittmodeller fra næringslivet. I artikkelen argumenteres det for at hjemmehjelp blir service i stedet for omsorg, pasientene blir kunder i stedet for brukere. Begrunnelsen er rettferdighet og likhet, men det innebærer mer byråkrati, og det blir vanskeligere å endre hjelpen på kort sikt. Det er et mer rigid system. Svært mange brukere i hjemmetjenesten er veldig skrøpelige. I artikkelen uttaler Kirsten Thorsen (NOVA) at mange hjelpetrengende eldre ikke har ressurser til å opptre som kunde på et marked. Sammen med flere forskere har Thorsen bidratt til og vært redaktør av boken «Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis» (Dahle og Thorsen (red.) 2004). Her gis en kritikk av den nye organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene. Hjemmehjelpere som skal bidra til at eldre får en verdig og trygg tilværelse, får svært spesifiserte arbeidsinstrukser der tjenestene har koder, og der tidsbruken registreres på minuttet. *"Å gi omsorg til gamle hjelpetrengende er noe kvalitativt annet enn produksjonslogikken i den standardiserte vareproduksjonen"* sier Thorsen i Aftenposten. Her pekes det videre på at Fagforbundet i lang tid har advart i sterke ordelag mot utviklingen, og mot et system som medfører at tjenestene ofte er lite tilpasset behovene til tjenestemottakerne, samtidig som behovene ofte endrer seg fra dag til dag. Her pekes det på at hjemmehjelperne kunne før i samråd med brukerne selv vurdere hvordan tiden skulle disponeres. Hvis brukeren var spesielt dårlig en dag, kunne gulvvasken vike. Hvis det var behov for medisiner, kunne hjemmehjelpen gå på apoteket. *"Vi snakker om gamle og pleietrengende mennesker, ikke handelsvarer"* sier nestleder i Fagforbundet i samme artikkel.

På begynnelsen av 2000-tallet ser vi også en økning i artikler som fokuserer på at helsepersonell, og da særlig sykepleierne, men også helsefagarbeiderne, opplever økt tidspress. I en artikkel i Dagsavisen 6. september 2007 diskuteres resultatene fra Arbeidstilsynets tilsyn med arbeidsforholdene i hjemmetjenesten i Oslo

kommune. Tilsynet varslet 440 pålegg til kommunen for kritikkverdige forhold. Arbeidsforholdene kritiseres, og det pekes bl.a. på at flere ansatte har opplevd økt tidspress og bemanningen er for liten flere steder. I artikkelen peker en hjemmehjelp fra en bydel i Oslo på *”politikerne sa det skulle bli slutt på stoppeklokkeomsorgen, men vi har fortsatt klare tidsbegrensninger per bruker.”* Dette gir ifølge de ansatte ofte et håpløst arbeidspress, når arbeidsoppgaver lett kan ta mye lengre tid. Det pekes i artikkelen på at dette kan gi dårligere omsorg, samt uholdbare arbeidsforhold for de ansatte. Det argumenteres for at bestiller-utførermodellen har ført til mer tidspress for de ansatte, og har ikke lengre mulighet til å påvirke sin egen arbeidstid.

3.2.4 Byråkratisering og tidsbruk - rapportering og dokumentasjonsarbeid

Som en del av diskusjonen knyttet til organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene og ulike finansieringsmodeller, har det også fra slutten av 1990-tallet vokset frem en diskusjon om byråkrati og tidsbruk i offentlig forvaltning. Denne debatten ble først knyttet til sykehusene og skolesektoren, for deretter også å omfatte pleie- og omsorgssektoren. I disse artiklene er hovedbudskapet at ansatte bruker mye tid til rapporteringer og dokumentasjonsarbeid, samt andre oppgaver, som reduserer den direkte brukerretnende tiden og som kan svekke kvaliteten på tjenestene.

Midt på 1990-tallet startet det en diskusjon om kvaliteten på og håndteringen av pasientenes journaler på sykehusene. I en artikkel i Aftenposten 15. september 1994 med overskriften *”Rot i legejournaler koster liv”* pekes det på at dagens journalføring ikke er bra nok alle steder, det er svikt i dokumenteringen og signeringen, noe som kan medføre store variasjoner i kvalitet og utforming. Det argumenteres for at en god dokumentasjon over hva som er gjort, er viktig for pasientens sikkerhet. Det er også viktig for å kunne spore tilbake hvis noe skulle gå galt. Manglende signering ved endring av diagnosen er ett av hovedpunktene i en alvorlig pasientsak som nylig skjedde ved et av Oslo-sykehusene. *”Pasientjournalen i et sykehus er like viktig som fartsskriveren i et fly.”* Det argumenteres for at bedre rutiner og et ryddigere system ved journalføring vil bedre pasientens sikkerhet. Det vil også være ressursbesparende. Ved flere sykehus er man kommet godt i gang med skriftlig pasientorientering ved utskrivning, en foreløpig epikrise. Her informeres pasienten om hva som er gjort, hvilke medisiner som skal tas, og hvilken oppfølging som kan ventes. I artikkelen gis det uttrykk for at mange sykehus har etterlyst et større engasjement og klarere retningslinjer fra sentrale helsemyndigheter og at denne ordningen bør innføres

som standard ved alle sykehus. I Aftenbladet 5. oktober 2011, nesten 20 år senere, argumenteres det nettopp for at bedre dokumentasjon i sykehusene kan bidra til å hindre unødvendige dødsfall.

I en artikkel i Aftenposten 28. april 1996 hvor tittelen var "Grenseløst byråkrati" vises det til NOU 1997:2 "Pasienten først!", hvor det pekes på at helsearbeidere ved sykehus opplever at de bruker stadig mer tid på møter, dokumentasjon, rapportering, koordinering og aktiviteter som ikke kommer pasienten direkte til gode. Videre understrekes behovet for bedre ressursutnyttelse ved sykehusene. I en artikkel i VG, over ti år senere, 8. oktober 2007 med overskriften "Leger drukner i papirarbeid på sykehusene", blir det pekt på at legene bruker mye tid til dokumentering og medisinsk koding. Her argumenteres det også for at de omfattende kontrollsystemene tar unødvendig mye tidsbruk. Legene bruker svært mye tid på å kvalitetssikre diagnoser, som bare er en liten del av papirarbeidet. I en artikkel i Aftenposten 25. mai 2011 uttrykker Legeforeningen bekymring for at sykehuslegene bruker under halvparten av arbeidsdagen på pasienter.²³ Resten går med til papirarbeid og byråkrati ifølge artikkelen. Her pekes det også på at legene må bruke mye tid på oppgaver som kommer i tillegg til de tradisjonelle legeoppgavene, slik som å bestille egne blodprøver eller skrive notater. Dette kan bl.a. løses gjennom å ansette mer administrativt personell på avdelingsnivå. Det pekes også på at legene må bruke mye tid på IKT-systemer som ikke fungerer godt nok. I samme artikkel argumenterer statssekretæren i Helse- og omsorgsdepartementet at god dokumentasjon og mulighet for å etterprøve behandlingen reduserer mulighetene for å gjøre feil. I en artikkel i Trønder-avisa 4. oktober 2011 diskuteres nettopp IT-satsingen i sykehusene. Her uttrykkes det frykt for at IT-satsingen vil føre til frustrasjon, unødig tidsbruk og mindre pasientkontakt. Systemene handler ofte om kontroll og rapportering.

Fra slutten av 1990-tallet ser vi mange artikler knyttet til tidsbruk i skolesektoren. En artikkel i Kommunal Rapport, 19. mars 1999 har overskriften "Rektorer kveles av regler og skjemavelde". Her argumenteres det for at det statlige og kommunale byråkratiet har tatt kvelertak på rektorene. To rektorer uttrykker: "*Vi blir kvalt av skjemaer, papirer og rapporter som det offentlige skal ha.*" De opplever at det i tillegg til skjemaveldet er et ork å følge alle lover og forskrifter som gjelder på skolen. I 2009 gjennomførte Tidsbruksutvalget en undersøkelse av lærernes tidsbruk (Jordfald m.fl. 2009). Etter at resultatene fra undersøkelsen ble

²³ Det vises her til data fra Legeforeningens forskningsinstitutt basert på ca. 1600 yrkesaktive leger, som viser at sykehuslegen bare bruker 46 prosent av arbeidsdagen direkte på pasientrettet arbeid, som er en nedgang fra 54 prosent i 2000.

offentliggjorte, kom det er rekke artikler som tok opp denne problematikken. I en artikkel i Stavanger Aftenblad 4. juli 2009 "Tidstyver og ressursbruk i skolen" drøftes resultatene fra en undersøkelse av Tidsbruksutvalget, som skulle se på tidsbruken i skolen, som viser at 23 prosent av arbeidstiden til lærerne går med til møter og ulikt kontorarbeid. I rapporten fra Fafo er man opptatt av "tidstyvene", aktiviteter som tar tiden bort fra det som brukes til elevenes læring. Særlig er frustrasjonen stor i forhold til at mye tid går med til administrasjons-, dokumentasjons- og rapporteringsoppgaver. I Dagbladet Magasinet 1. mai 2010 stiller lærer Håvard Tjora spørsmål ved hvor mye byråkrati det er rimelig å godta. Han understreker hvor enormt mye tid lærerne bruker på arbeidsoppgaver som ikke er knyttet til planlegging eller gjennomføring av undervisning, deriblant skriftlige rapporter og vurderinger. I en artikkel i Aftenposten 27. september 2011 forteller også faglig ansatte ved Universitetet i Stavanger at de bruker stadig mer tid på byråkrati på bekostning av forskning.

Vi ser også fra årtusenskiftet stadig flere artikler knyttet til økt tidspress i helsevesenet, samtidig som diskusjonen om tidsbruk i skolen fortsetter. I Aftenposten 29. september 2008 argumenteres det for at flommen av detaljstyring, rapporteringer, evalueringer og intern møtevirksomhet innen skole- og helsesektoren tar mye arbeidsglede. Her trekkes det også frem at de ansatte sjelden får tilbakemeldinger på det som rapporteres inn. Det spares også inn på merkantile stillinger, noe som medfører at fagpersoner må bruke stadig mer av sin tid til merkantile oppgaver. Ansatte opplever denne utviklingen som er dokumentasjonstyranni som skaper stor frustrasjon.

4. mars 2010 uttaler AP-nestleder Helga Pedersen i Kommunal Rapport at det er ønskelig å gå gjennom tidsbruken i hele kommunesektoren, slik tidsbruksutvalget gjorde i skolen. Innen helse og omsorg vil det være viktig å se nærmere på om papirarbeidet tar for mye tid i forhold til å yte tjenestene. I samme artikkel uttaler Sykepleierforbundets leder at det innen helse og omsorg er viktigere å effektivisere måten papirarbeidet gjøres på enn å redusere mengden. Hun trekker bl.a. frem fordelene ved elektroniske pasientjournaler. I Kommunal Rapport 17. juni 2010 uttaler KS at de ønsker et offentlig utvalg som kan se kritisk på tidsbruken i kommunale helsetjenester, slik det er blitt gjort i skolen. Bakgrunnen er at en rekke reformer og lovendringer i helse- og sosialtjenestene det siste tiåret stiller økende krav til rapporteringer og oppfølging av statlige tilsyn. KS ønsker at et utvalg skal se på hvordan de ansatte kan bruke mindre tid på byråkratisk rapportering og mer på å yte gode tjenester.

I løpet av de siste årene har det i mediene pågått en diskusjon om hvorvidt arbeid i forbindelse med tilsyn tar mye tid. I Kommunal Rapport 11. mars 2010 "Det statlige myndighets- og tilsynstyranniet er blitt stadig mer omfattende". Her argumenteres det for at mengden regler og myndighetspålegg fra statlige faglige enheter har økt mye, og at ingen tar ansvar for å koordinere og regulere mengden. Kommunene opplever en stor utføring med å holde seg oppdatert. *"Og det holder ikke å kunne reglene og følge dem. Det skal også dokumenteres at de følges. Og dokumentasjon tar tid, både for lederne og for de som er i direkte tjenesteyting."* Dette medfører mindre tid til brukerne. Det omfattende regelverket medfører at nesten alle kommuner får merknader og/eller avvik. Her pekes det på at selv om mange av reglene og myndighetspåleggene er nødvendige og bra, er en del også unødvendige. De er ofte detaljerte, på bekostning av det faglige skjønnet. Dahle og Thorsen (2004) peker på det samme når de hevder at medarbeiderne tilskrives en ren utførrerolle, og mister den skjønnsrett de tidligere har hatt. I artikkelen argumenteres det for at det må skapes en bedre balanse mellom overordnet styring og regelverk og rom for faglig skjønn.

3.2.5 IPLOS

Fra 2007 starter diskusjonen knyttet til IPLOS (individuell pleie- og omsorgsstatistikk) i mediene. I en artikkel i Kommunal rapport 7. februar 2007 argumenteres det for at IPLOS kan bli et godt verktøy for styring av pleie og omsorgstjenestene i kommuner. Det trekkes her frem fire mulige forbedringer som følge av IPLOS:

1) Bedre produksjonstall: IPLOS tvinger kommunene til å rapportere tidsbruken sin. Det skal settes et timetall på alle vedtak og start/stopppdato for vedtakene. Det har ikke vært vanlig å fatte så konkrete vedtak. Det gjelder i alle fall hjemmesykepleien, som jo tar mesteparten av ressursene i hjemmebaserte tjenester. Timevedtakene gir bedre muligheter for analyse av ressursbruken. Man kan telle tildelte timer i stedet for antall brukere. Det gir samtidig muligheter for aktivitetsbasert budsjettering (pengene følger vedtaket). Politikerne kan dermed få bedre kunnskap om og styring over sektoren. Timevedtak betyr dessuten mer forpliktende vedtak. Det er til fordel for brukerne.

2) Lettere å sammenligne kommuner: IPLOS tvinger kommunene til en detaljert inndeling av tjenestene i pleie og omsorg. Rapporten til staten skiller mellom 20 ulike vedtak/tjenester. Dette gir muligheter for å sammenligne ressursbruken med andre kommuner. Fra 1.1.2007 er IPLOS blitt koblet til KOSTRA, slik at produksjonstallene (timene) kan knyttes til kommuneregnskapet. KOSTRA-

regnskapet for 2007 vil fortelle hva hver time i hjemmetjenesten har kostet i ulike kommuner. Det gjør det lettere å sammenligne kommunenes enhetskostnader etter en innkjøringsperiode. Erfaringen med KOSTRA er at det tar noen år før kvaliteten på nøkkeltallene blir god.

3) Elektronisk saksbehandling: IPLOS tvinger kommunene til å rapportere dataene elektronisk til staten på individnivå innen 15.2. året etter. Dette er meget tøffe krav. Det forutsetter bruk av databaserte saksbehandlingssystemer. IPLOS har bidratt til å få innført data i pleietjenesten i kommunene flere år før det ellers hadde skjedd. Det har vært et stort prosjekt i de fleste kommuner. Det har ført til bedre dokumentasjon og helt nye muligheter for kvalitetskontroll.

4) Mer lik vurdering: IPLOS innebærer en standardisert kartlegging av hjelpebehovet med 17 ulike variabler. Det betyr at det etter hvert blir mer lik vurdering av sakene og dermed mer rettferdig tildeling av tjenester. Dette er spesielt viktig i kommuner med distriktsorganisering uten bestiller-utførermodell.

I artikkelen uttrykkes det usikkerhet om hvorvidt behovskartleggingen vil gi et bedre mål for det samlede pleiebehovet i kommunene. Det argumenteres for at det gjennomsnittlige pleiebehovet på de 17 variablene som kartlegges er et dårlig mål. Man kan være dement eller ha en psykisk lidelse og få lav gjennomsnittsskår, samtidig som pleiebehovet er meget stort. Brukernes organisasjoner har kritisert IPLOS for en altfor detaljert kartlegging av deres privatliv. Ifølge Kommunal Rapport ser det ut til at denne kritikken imøtekommes ved at funksjonskartleggingen avgrenses til det som er relevant for søknaden. Flere av artiklene i mediene de siste årene er kritiske til innføringen av IPLOS. I Bladet Tromsø 6. mai 2008 argumenteres det for at *"IPOLS er et skrekkens eksempel på hva brukere av hjemmebaserte tjenester må finne seg i av utleverende kartlegging"*.

3.2.6 Velferdsteknologi og tidsbruk – rapportering

Fra midten av 2000-tallet ser vi en diskusjon i mediene knyttet til velferdsteknologi knyttet til rapportering i pleie- og omsorgssektoren.

I en artikkel i Kommunal Rapport, publisert 2. november 2005, diskuteres bruk av mobiltelefon i hjemmetjenesten. Med mobiltelefon og en liten brikke i dørkarmen hos dem som mottar hjemmehjelp, skal hjemmetjenesten i Tønsberg bruke mer tid på brukerne og mindre på rapportering. Siden 3. oktober har en del av de ansatte i hjemmetjenesten i Tønsberg kommune brukt mobiltelefon for å

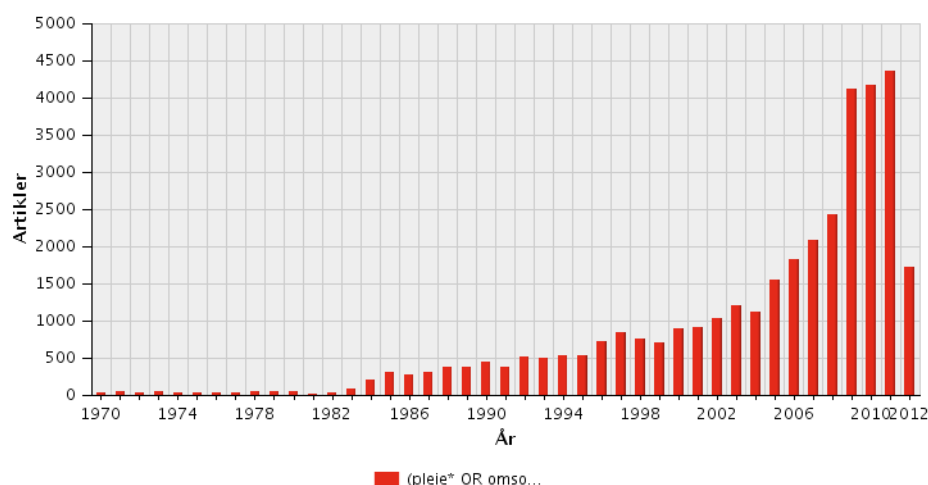
registrere og rapportere tidsbruk og arbeidsoppgaver direkte fra brukernes hjem. En liten brikke er festet i dørkarmen til dem som mottar tjenester fra hjemmetjenesten. Når pleieren kommer, registrerer hun seg inn, og når hun går, registrerer hun seg ut. Enkle registreringer av hva som er blitt gjort, f.eks. medisiner, sårstell eller matlaging, gjøres også. Avvik eller andre merknader kan skrives som tekstmelding. Dermed er all rapportering gjort idet hjemmehjelpen går fra boligen. Dette gjør registreringen lettere, og mobiltelefonene er lette å betjene. Men det går mye tid til opplæring. Kommunen har innført mobiløsningen i én av hjemmetjenestens soner, og planen er at den etter hvert skal erstatte rapporteringen hjemmetjenesten gjør manuelt når de kommer inn fra dagens runde. Dermed skal de spare tid på skrivearbeid og heller bruke mer tid ute blant brukerne. Målet er at informasjonsflyten skal forenkles. Foreløpig er systemet så ferskt i Tønsberg at alt registreres dobbelt, for å sikre at alt blir som det skal. Den tekniske løsningen består av mobiltelefoner som kommuniserer med et sentralt datasystem. Rapportene lagres sentralt, og da kan administrasjonen velge hva de vil ha skrevet ut av informasjon. Rapportene vi får er helt fantastiske, understreker Backe. Hjemmetjenesten i Tønsberg har ni telefoner i bruk, og rundt 35 personer har fått opplæring i dette nye systemet. Det er fort gjort å lære seg dette, og de fleste lykkes med en gang, sier soneleder i hjemmetjenesten. Han forteller at de ansatte stort sett er positive til mobiløsningen, selv om enkelte synes det er litt vanskelig å få det til. Karlsen har lagt vekt på oppfølging underveis og tilbyr veiledning foran hver vakt, for å sikre at de ansatte vet hvordan rapporteringen skal foregå. Det har vært noen rapporter som ikke har vært korrekte, men Karlsen tror det skal gå over, etter en innkjøringsfase.

Skien kommune har valgt å bruke samme teknologi til å løse andre oppgaver, i første omgang til å effektivisere matinnkjøp og til registrering og utdeling av hjelpemidler. Jan-Harald Aas, enhetsleder for pleie og omsorg i Skien, opplyser at i dag går seks stillinger med til å gjøre matinnkjøp for brukerne. Han ønsker at disse stillingene heller skal brukes til direkte kontakt med brukerne. Fra november skal kommunen prøve ut et system med bestillingslister hjemmetjenesten har med seg. Der bestilles matvarene ved hjelp av en strekkode, og via mobiltelefon skal bestillingen gå direkte til en matleverandør. Leverandører skal så kjøre ut matvarer sammen med middagsmaten. Vi håper å bruke gevinsten av dette på tilsvarende stillinger i direkte kontakt med brukerne. Målet er å ha tjenesten på plass i hele kommunen etter nyttår.

3.2.7 Medias rolle som pådriver for økt rapportering og dokumentasjonskrav

Som vist i figur 3, har det vært en økning i mediaoppslag som tar for seg hvordan den kommunale pleie- og omsorgssektoren er organisert og finansiert. I flere av artiklene stilles det spørsmål ved om måten denne sektoren er organisert på i kommunen gir god kvalitet på pleie- og omsorgstjenestene. Det har de senere årene også vært en stor økning i oppslag i mediene om innbyggernes rettigheter til ulike helse- og omsorgstjenester og kritikk av tjenestene. Her trekkes ofte enkelthistorier eller personer frem for å vise uverdige forhold eller mangel på innfrielse av rettigheter innenfor sektoren. Ved å søke i ATEKS på søkestrengen (pleie* OR omsorg* og helse*) AND (rettighet* OR uverdige* OR svikt* OR kritikk* OR klage*) fikk vi 35 760 treff for perioden 1.1.1980 frem til i dag (11.6.2012). I figur 4 nedenfor ser vi at det har vært en sterk økning i artikler knyttet til dette temaet særlig de siste ti årene.

Figur 4 Oversikt over referanser, etter år



Samtidig som det har skjedd en utvikling med økte individuelle rettigheter innenfor helse- og omsorgsfeltet, samt en økende rettighetstenkning i befolkningen, har fokuset på den enkeltes rettigheter til pleie- og omsorgstjenester økt i mediene (St. meld. 17, 2004-2005). Media setter dagsorden og prioriterer politiske saker etter nyhetsverdi og har stor innflytelse og påvirkningskraft i de fleste situasjoner og forhold. I løpet av de siste årene har vi, som figuren ovenfor viser, sett en sterk vekst i mediaoppslag om mennesker som hevder de ikke har mottatt den omsorg eller pleie de har hatt behov for og

mener de har krav på. Slike konkrete oppslag om uheldige hendelser eller uverdige forhold har hatt overskrifter som "Anna på 96 år er dement, men nektes sykehjemsplass" eller "Ola på 89 år sendt hjem fra sykehus til kaldt og tomt hus". På bakgrunn av slike oppslag blir kommunen stilt til ansvar, og må ofte på kort tid finne en løsning for personen det gjelder. Dette viser for det første at media har mulighet til å påvirke hvem som skal få hvilke pleie- og omsorgstjenester. For det andre, og som er særlig relevant i forhold til hva som har vært fokus for vår studie, så legger medias økte vektlegging av slike oppslag et press på kommunene om "å ha sitt på det tørre" og kunne dokumentere hvem som har fått hva av hvilke tjenester til enhver tid. I tillegg kan selvsagt også, som vi kommer tilbake til, kommunene motta klager fra tjenestemottakere og pårørende, samt at det gjennomføres ulike statlige tilsyn, både varslede og uanmeldte, med denne sektoren.

I St.meld. 57 (2000-2001 s.3) står følgende: "*Mediene har også en funksjon i forhold til å utøve kontroll med offentlig og privat maktutøvelse i samfunnet.*". Medieforskere trekker frem tre punkter som sentrale med tanke på hvilken rolle media spiller i samfunnet (Allern 2001): *Informasjonsfunksjonen* der målet er spredning av kunnskap om viktige begivenheter, det som i hovedsak oppfattes som nyhetsformidling. *Vaktbikkjefunksjonen* er definert som medienes evne til, som en fjerde statsmakt, å overvåke mektige institusjoner, grupper og enkeltmennesker, mens den siste oppgaven er *arenafunksjonen*. Mediene som arena skal sikre plass for aktivt å medvirke til debatt om viktige samfunnsproblemer (Østbye, Kvalheim 2009:5). Medieforsker Sigurd Allern utdyper det siste punktet og hevder at pressen ikke bare er *arena* for samfunnsdebatt, men også *aktør* på egne vegne og utøver en *definisjonsmakt* i samfunnet (Allern 2001).

Flere har vært opptatt av og diskutert medias rolle i samfunnet. Media er portvakter for informasjon og setter dagsorden for hva vi skal være opptatt av. Edvardsen stiller i boka "Media og samfunnsstyring" (1994) spørsmål ved om media er bevisst sin maktposisjon og det ansvar denne posisjonen pålegger dem. I St.meld. nr. 17 (2004-2005) diskuteres medienes rolle når det gjelder dagsordensetting, meningsdannelse og politiske beslutningsprosessene. I Makt- og demokratiutredningen pekes det på at det har vært en utvikling fra en politisk styrt presse til dagens kommersielle mediebilde. Oppløsningen av bindingene til de politiske partiene har, kombinert med utviklingen av nye normer for journalistens yrkesrolle, styrket medienes premiss- og dagsordenmakt (ibid.). Den journalistiske selvoppfatningen er ifølge utredningen å stå på folkets side i avsløringen av de mektige. Utviklingen har dermed gjort mediene til en mer

uforutsigbar maktfaktor i samfunnet. Medienes nye rolle har påvirket det politiske liv, blant annet ved at enkeltsaker og personspørsmål er blitt viktigere i mediene og dermed også i politikken. Samtidig har det skjedd en utvikling hvor enkeltskjebner og personifisering i stadig større grad preger fremstillingen i mediene. Det skaper liten helhet. Konsekvensen er ifølge utredningen at politikken vris mot det dagsaktuelle og bort fra det langsiktige og prinsipielle.

Rettsliggjøringsprosess som har vokst frem i samfunnet og som vi diskuterte i kapittel 1, må derfor ses i sammenheng med den rolle media spiller, dersom vi ønsker å forstå utviklingen med økte krav til rapportering og dokumentasjon i pleie- og omsorgssektoren.

3.3 SAMMENDRAG

Omsorg- og pleiesektoren kan deles i to hovednivå. Det ene er det politisk-administrative makronivået, som skal planlegge, holde oversikten over og føre kontroll med blant annet effektivitet, resultat, kvalitet og økonomi innen pleie- og omsorgstjenestene. Det andre er det tjenesteytende mikronivået der det direkte pleie- og omsorgsarbeidet blir utført av helse- og omsorgsarbeidere overfor enkeltbrukerne og der dette arbeidet blir opplevd av den enkelte tjenesteyter. På det tjenesteytende mikronivået blir tiltakene som er utviklet på makronivået implementerte. Det er på dette nivået intenderte og uintenderte konsekvenser blir realisert og opplevd.

Dokumentasjonsarbeid er nødvendig for at vi skal kunne registrere og holde oversikt over hva som blir gjort, føre kontroll med det, føre tilsyn, oppdage feil og eventuelt avdekke mangel på kompetanse hos tjenesteytere. Spørsmålet er om dokumentasjonsoppgavene som pålegges pleie- og omsorgssektoren er blitt så omfattende for tjenesteyterne at de fungerer som en tidstyv.

Gjennomgangen av relevant litteratur på feltet viser at det fremkommer kunnskap om rapporteringsoppgaver og bruken av tid til slike oppgaver i flere steder i relevant litteratur. Likevel ser vi ikke at noen har gjort forsøk på å estimere tidsbruk på rapportering og dokumentasjon, eller hvilken betydning og hensikt dette vurderes å ha. Litteraturgjennomgangen viser at særlig fire aktivitetstyper blir regnet som tidstyver:

1. Dokumentasjonsarbeid og rapporteringer som regnes som unødig tidsbruk av pleie- og omsorgspersonell (f.eks. en del møteaktivitet).
2. Dokumentasjonsarbeid og rapporteringer som regnes som nødvendige og viktige selv om de er tidkrevende (f.eks. journalføring).
3. "Praktiske oppgaver".
4. Arbeidsoppgaver knyttet til personaladministrasjon, herunder oppgaver knyttet til økende sykefravær.

Det siste indikerer også at presset på pleiepersonalet øker. Med et økende antall pleietrengende i tiden framover kan vi neppe forvente at presset på pleiepersonalet vil gå ned.

Dokumentstudien viser at tidsbruk i pleie- og omsorgssektoren må ses i sammenheng med hvordan omsorgstjenestene er organisert. I løpet av de siste årene har New Public Management (NPM) vokst frem som er ny styreform i mange kommuner. Mens flere mener at ulike sider ved NPM vil gjøre den kommunale pleie- og omsorgstjenesten mer effektiv og sikre brukerne mer likeverdige tjenester, mener andre at dette vil medføre økt tidspress og byråkratisering for de ansatte, og svekke kvaliteten på tjenestene.

Et sentralt spørsmål i vår studie av tidsbruk og byråkrati i pleie og omsorg gjelder hva en kan gjøre for å motvirke tidstyveri. Lar det seg gjøre å dempe kravene om rapporteringer til statlige myndigheter? Hva trenger kommunen selv av rapporterings- og dokumentasjonsarbeid fra virksomhetene? Lar det seg gjøre å finne dokumentasjons- og rapporteringssystem som er mer hensiktsmessige, men som ikke tar tiden fra det direkte pasientrettede arbeidet?

Gjennomgangen av medieoppslag viser at det skjedde en betydelig vekst i omtaler av tidsbruk knyttet til rapportering og dokumentasjon innen denne sektoren fra 2000-tallet og fremover, med en topp rundt 2009. Siden har antallet nyhetsoppslag gått litt tilbake, men er fremdeles høyt. Oppslagene er knyttet delvis til tidstyveri i det praktiske arbeidet, i administrativt arbeid og personalarbeid, samt organisering og styringsformer i kommunal sektor. De senere årene har det også vært en stor økning i oppslag i mediene om innbyggernes rettigheter til ulike helse- og omsorgstjenester og kritikk av tjenestene, hvor enkelthistorier eller personer ofte blir trukket frem for å vise det en mener er kritikkverdige forhold innen sektoren. Media kan derfor, sammen med blant annet rettsliggjøringsprosessen i samfunnet, sies å være en pådriver for økte krav til rapportering og dokumentasjon.

4. RAPPORTERINGS- OG DOKUMENTASJONSARBEID

I dette kapitlet vil vi se på hva ansatte i pleie- og omsorgssektoren forteller at de utfører av rapporterings- og dokumentasjonsarbeid. Vi vil gi en beskrivelse av de mest sentrale rapporterings- og dokumentasjonsoppgavene som utføres i virksomhetene. Her vil vi skille mellom:

- Rapportering pålagt av statlige myndigheter
- Rapportering pålagt av kommuneadministrasjonen
- Ikke-pålagt rapportering (egeninitiert i virksomhetene)

Det er imidlertid ikke alltid like tydelig hvem som har pålagt eller initiert rapporteringen og dokumentasjonsarbeidet som de ansatte i pleie- og omsorgssektoren utfører. Det er heller ikke nødvendigvis samsvar mellom hvem som har pålagt rapporteringen, og hvem som skal bruke det som rapporteres inn. Et eksempel her er den daglige dokumenteringen i brukernes journaler. Helsepersonell er pålagt av statlige myndigheter å journalføre (jfr. Helsepersonelloven), men det er helsepersonellet på sykehjemmet eller i hjemmetjenesten som først og fremst leser i journalene for å følge opp brukerne.

Videre i kapitlet vil vi si noe om hvilket omfang de ulike rapporterings- og dokumenteringsoppgavene har. Her vil vi ta utgangspunkt i spørreundersøkelsen som var rettet til ansatte til pleie- og omsorgssektoren i et utvalg kommuner. Vi vil så, med utgangspunkt i intervjuene med ansatte som utfører dette arbeidet på sykehjemmene og i hjemmetjenesten, og rådmennene, diskutere hvor mye tid de opplever at rapporterings- og dokumentasjonsoppgavene tar og i hvilken grad de mener at kravene har økt. Avslutningsvis i kapitlet diskuterer vi hva som kan ses som drivkreftene bak utviklingen med økte krav til rapportering og dokumentasjon i denne sektoren.

4.1 OVERSIKT OVER RAPPORTERING OG DOKUMENTASJON

Før vi går nærmere inn på enkelte krav til rapportering og dokumentasjonsarbeid i den kommunale pleie- og omsorgssektor, skal vi gi en skjematisk fremstilling av de viktigste kravene virksomhetene må forholde seg til. Vi har sett på krav pålagt av statlige myndigheter, kommuneadministrasjonen og virksomhetene selv, hver for

seg.²⁴ Det må også påpekes at krav pålagt av kommuneadministrasjonen på forskjellige måter kan ha bakgrunn i statlige krav. Enkelte rapporterings- og dokumenteringsoppgaver kan også være overlappende. Oversikten nedenfor er heller ikke utfyllende. Når det gjelder krav til rapportering og dokumentering pålagt av kommuneadministrasjonen eller som er egeninitiert av virksomheten selv, vil disse kunne variere noe fra kommune til kommune, og også fra virksomhet til virksomhet innad i samme kommune. Vi har også sett at mens enkelte rapporteringsoppgaver ved noen virksomheter oppleves som et krav fra kommuneadministrasjonen, er dette noe man frivillig velger å gjøre andre steder. I tillegg blir enkelte rapporteringsplikter utløst av endringer i tilstander og lignende, for eksempel arbeidsulykker eller fall.

Vi har i spørreundersøkelsen vært opptatt av hvor mye tid de ansatte bruker til forberedelser, informasjonsinnhenting, bearbeiding, innsending og etterarbeid knyttet til rapporterings- og dokumentasjonsoppgavene. Fremstillingen nedenfor inkluderer både elektronisk og manuell (skriftlig) rapportering. Når vi i spørreundersøkelsen så på tid som går med til disse oppgavene er også venting på tilgang på PC medregnet. I oversikten over ulike rapporterings- og dokumentasjonskrav har vi ikke tatt med muntlig rapportering (eksempelvis ved vaktskifte).²⁵

Tabell 13 Rapportering pålagt av staten

Oppgaver	Beskrivelse/utdypning	Rettet mot ²⁶
Skrive i pasientjournalene	Jfr. Helsepersonelloven § 39	B
Forberede, fylle ut og oppdatere IPOS og opplæring i kartleggingsverktøyet	Jfr. Helseregisterloven § 9	B
Utarbeide og fornye vedtak om bruk av tvang overfor utviklingshemmede	Jfr. kapittel 4A i Sosialtjenesteloven	B
Søke om dispensasjon fra utdanningskravet i forhold til bruk av tvang og makt overfor	Jfr. kapittel 4A i Sosialtjenesteloven	B

²⁴ Her viser vi til hvem som har pålagt kravet, ikke hvem som skal ha eller bruke dokumentasjonen.

²⁵ Vi har ikke inkludert møter generelt, men har tatt med tid til referatskriving fra møter med ansatte og pårørende.

²⁶ P – personalet, B – brukerne, Ø – økonomi, A - annet

utviklingshemmede		
Skrive meldinger om enkeltsituasjoner der det er brukt tvang og makt overfor utviklingshemmede	Jfr. kapittel 4A i Sosialtjenesteloven	B
Utarbeide og fornye vedtak om bruk av tvang overfor demente	Jfr. kapittel 4A i Pasientrettighetsloven	B
Dokumentere etter legevisitt	Jfr. Helsepersonelloven	B
Rapportere om brukerne (IPLOS)	Jfr. Helseregisterloven	
Rapportere antall beboere	Jfr. Helsepersonelloven	B
Lage og vedlikeholde medisinkort, signere medisinar, kvittere for klargjøring og kontrollering av dosetter	Jfr. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp § 3	B
Rapportere sykefravær til NAV og følge opp sykemeldte arbeidstakere (fylle ut skjema, lage og fylle ut oppfølgingsplaner, koordinere og delta på dialogmøter mm)	Jfr. Folketrygdloven § 8-7, Arbeidsmiljøloven § 4-6 og FOR 1997-03-25 nr 272: Forskrift om føring av statistikk over sykefravær og fravær ved barns sykdom.	P
Fylle ut skademeldinger til NAV og Fylkesmannen ved større skader eller ulykker som er påført ansatte under arbeid eller påført pasienter som følge av ytelse av helsehjelp, eller ved at en pasient eller bruker skader en annen.	Jfr. Folketrygdloven § 13-14 og Helsepersonelloven § 38	P
Skrive avviksmeldinger – brukerne og personalet	Jfr. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 5 og Kvalitetsforskriftene	B P
Tilsyn (forberede, gjennomføre og etterarbeid)	Arbeidstilsynet, Fylkesmannen, Fylkeslegen, Mattilsynet, Helsetilsynet.	A
Utføre HMS-arbeid	Jfr. Arbeidsmiljøloven § 3	P
Lage og oppdatere Individuell Plan	Jfr. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer § 7-1.	B
Melde inn antall sykehjemspasienter, bruk av dobbeltrom, tjenesteomfang, bruk av personell osv.	Jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. kap. 5,	

Opplæring i forbindelse med nye forskrifter og lover	Dette gjelder for eksempel Forskrift om ernæring, kap. 4A i Sosialtjenesteloven, kap. 4A i Pasientrettighetsloven,	A
--	--	---

Tabell 14 Rapportering på initiativ fra kommuneadministrasjonen

Oppgaver	Rettet mot
Registrere ADL-skåre/hjelpetbehov	B
Skrive søknader om hjelpemidler, eks. rullestol	B
Rapportere tidsbruk på hver bruker	B
Lage og oppdatere kompetanseplaner for ansatte	P
Rapportere økonomi og ressursbruk i forhold til budsjett	Ø
Skrive årsmeldinger	A
Lage virksomhetsplaner o.l.	A
Brukerundersøkelser	A

Tabell 15 Ikke-pålagt rapportering – oppgaver som virksomhetene selv har lagt opp til

Oppgaver	Rettet mot
Utarbeide og oppdatere tiltaksplaner, pleieplaner o.l.	B
Krysse av for dusjing, avføring, ernæring m.m.	B
Skrive i beskjedbok o.l. til pårørende	B
Søke om IA-tilskudd på person eller gruppe	P
Skrive referat fra møter med pårørende	B
Svare på henvendelser angående brukerne fra andre offentlige instanser (fastlege, sykehus m.fl.)	B
Hjelpe brukerne med å skrive søknader om hjelp fra andre instanser (eks. fysioterapi) eller institusjonsplass	B
Skalere i forhold til OBS-demens ²⁷	B
Fylle ut registreringsskjema i forhold til vekt/BMI	B
Skrive referat fra møter med ansatte	P
Søke om tilskudd og rapporteringer på disse	Ø
Søke om prosjektmidler og kompetansemidler	Ø
Søke om ekstra ressurser	Ø
Lage handlingsplaner	A

²⁷ Vurderingsskjema for eldre med mental svikt eller demens. Det finnes også andre hjelpemidler for diagnostisering.

Oppfølging av lærlinger	A
Dokumentere og evaluere gjennomførte prosjekter, kurs o.l.	A
Svare på enkelthenvendelser fra media m.fl.	A
Opplæring i data ved elektronisk rapportering	A
Oppdatere dags- og ukeplaner	A
Forskning og evaluering ²⁸	A
Opplæring i bruk av håndholdte terminaler	A
Søke om midler fra øremerkede tilskudd og rapportering på disse ²⁹	Ø

4.2 PÅLAGT AV STATLIGE MYNDIGHETER

Kommunene rapporterer jevnlig til staten. Den kommunale rapporteringen er til en viss grad samordnet gjennom etableringen av systemet Kommunal-stat-rapportering (KOSTRA). Fra 2001 har alle landets kommuner og fylkeskommuner sendt data om ressursbruk og tjenester til staten ved hjelp av KOSTRA, som er en offentlig database som er tilgjengelig via Statistisk Sentralbyrå (SSB) sine nettsider. Informasjonen brukes som grunnlag for analyser, planlegging og styring og som grunnlag for å vurdere om nasjonale målsettinger er oppnådd.³⁰ For helse og omsorg er det stort sett aktivitetsdata, kapasitetsdata og data om helsepersonell og annet personell som rapporteres, for eksempel hvor mange institusjonsplasser en kommune har, hvor mange som mottar hjemmesykepleie osv. (Aune 2007, Øggar og Hovland 2004).

Kommunalt rapporteringsregister (KOR) ble opprettet i 2006 for å samordne kommunal rapportering og gi en samlet elektronisk oversikt over kommunesektorens rapporteringsplikter til staten.³¹ Alle rapporteringsplikter skal meldes

²⁸ Statlige myndigheter, deriblant departementer og direktorater, iverksetter en rekke forskningsbaserte evalueringer som omfatter både surveys og kvalitative studier. Disse har ikke myndighet til å pålegge virksomhetene å delta.

²⁹ Dette kan f.eks. være tilskudd til kompetansekrevede tiltak innen ernæring, lindrende behandling og omsorg ved livets slutt og kompetanseutviklingskurs om demens.

³⁰ 55 prosent av kommunale rapporteringer inngår i KOSTRA (PwC 2011).

³¹ Jfr. Forskrift om Kommunalt rapporteringsregister 2005-10-27, nr. 1255.

inn til KOR.³² Dette registeret viser hvilke typer data om ressursbruk og tjenesteyting som ulike statlige etater krever fra kommuner og fylkeskommuner. Registeret er hjemlet i Kommuneloven § 49a. Registeret skal være et verktøy for samordningsfunksjonene i KOSTRA og bidra til gjenbruk av informasjon samt fremme standardisering av rapporteringer og redusere risikoen for dobbeltarbeid.

De fleste rapporteringsordningene bruker et skjema som instrument for oversendelse av data fra kommune til stat. Dette er tradisjonelle skjema eller datasystemer som en logger seg inn på og legger inn data ved gitte tidspunkt. Det siste gjelder IPLOS³³ (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk) som er en av flere pålagt rapporteringsforpliktelse innenfor helsesektoren.³⁴ Ved utgangen av 2010 var det registrert 161 skjemaer i KOR. Etter at KOR ble opprettet har utviklingen vist en svak økning i den registrerte rapporteringsbyrden. Helsedirektoratet (2012) viser at det pr i dag finnes 344 styringsdokumenter (veiledere, nasjonale faglige retningslinjer, rundskriv, handlingsplaner m.m.) hvorav flertallet berører kommunene.

Nedenfor vil vi beskrive de viktigste kravene til rapportering og dokumentasjonsarbeid som den kommunale pleie- og omsorgssektoren er pålagt av statlige myndigheter.³⁵

4.2.1 IPLOS

Fra 1. mars 2006 ble det obligatorisk for alle kommunene å ta i bruk IPLOS i den kommunale saksbehandlingen og å innrapportere IPLOS-data i SSB (St.meld. nr. 25, 2005-2006). I motsetning til KOSTRA tar IPLOS utgangspunkt i opplysninger om den enkelte tjenestemottakers situasjon og hjelpebehov. IPLOS-dataene inneholder informasjon om tjenestemottakernes bolig, om hvilke kommunale tjenester som mottas og omfanget av disse i timer per uke. Dataene inneholder også en skåring av hjelpebehovet for å ivareta dagliglivets funksjoner, for eksempel behovet for hjelp til å spise, å kle på seg, å vaske seg osv. IPLOS-registeret inneholder systematisert standardinformasjon basert på individopplysninger om søkere og mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester.

³² Departementer og underliggende etater har plikt til å melde fra til KOR før nye rapporteringsplikter for kommuner og fylkeskommuner settes i kraft eller eksisterende rapporteringsplikter endres. Rapporteringsplikten kan ikke iverksettes før den er publisert i KOR.

³³ Pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk.

³⁴ Jfr. Helseregisterloven 2001, § 9.

³⁵ Se tabell 13.

Det er utarbeidet en veileder som viser hvilke data som skal registreres hvor i skjemaet (Helsedirektoratet 2009). Hensikten er å ensrette registreringspraksisen mest mulig slik at dataene samlet sett representerer valide resultater. IPLOS inneholder i dag 17 variabler som måler ulike sider ved bistandsbehovet til mottakere av helse- og omsorgstjenester. Hver person som søker om kommunale sosial- og helsetjenester kartlegges i forhold til disse 17 parametrene.³⁶ Innenfor hver enkelt parameter kan søkeren skåre på en skala fra en til fem. Personer som blir ansett som pleietrengende, må samlet sett ha karakteren tre eller høyere. Dersom personens situasjon eller tilstand endres i forhold til noen av variablene skal informasjonen om personen i registeret oppdateres. Det varierer fra kommune til kommune hvor ofte registreringene oppdateres, men det vanlige er at det skjer hver 12 uke (PwC 2011). Enhetene rapporterer inn til kommuneadministrasjonen som en gang i året oversender dataene til staten.

Formålet med IPLOS-registeret er å gi statlige myndigheter og kommunene kunnskap om utviklingen i pleie- og omsorgssektoren. Det nasjonale helse-registeret IPLOS danner grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. En fordel med IPLOS er muligheten den gir for sammenligning og analyse av trender. En svakhet ved rapporteringssystemet er manglende føringer i veilederen, og at ulike kommuner vurderer brukere ulikt. I studien vi har gjennomført uttrykker flere avdelingsledere og sykepleiere bekymring for at det er store forskjeller i hvordan man skårer. Rapporten fra PwC (2011) antyder også at det er grunn til å tro at IPLOS-registreringen føres ulikt i kommunene. Årsaken til dette er at veilederen kan oppleves utydelig og fortolkes ulikt. Muligens er heller ikke IPLOS like godt egnet for å registrere alle typer behov for hjelp.

4.2.2 Statlige tilsyn

Tilsynsmyndigheter fører jevnlig tilsyn med sykehjem og hjemmetjenester. I dag er det flere instanser som fører tilsyn med deler av omsorgstjenestene, deriblant Helsetilsynet, Mattilsynet, Farmasøytisk tilsyn, Arbeidstilsynet og Fylkesmannen. Formålet med statlig tilsyn, som må være hjemlet i lov, er å se til at kommunene oppfyller de pliktene de er gitt i lov, forskrift og annet regelverk. Statlig tilsyn med kommunesektoren er avgrenset til å gjelde kontroll av om kommunene oppfyller pliktene de er pålagt i eller i medhold av lov. Dersom kommunene ikke oppfyller

³⁶ Første gang en person søker om bistand fra kommunen kartlegges personens behov i forhold til følgende parametre; evne til å utføre alminnelig husarbeid, skaffe seg varer og tjenester, personlig hygiene, på- og avkledning, toalett, lage mat, spise, bevege seg innendørs, bevege seg utendørs, ivareta egen helse, hukommelse, kommunikasjon, beslutninger i dagliglivet, sosial deltakelse, styre atferd, syn og hørsel.

sine plikter, kan det iversettes reaksjoner. Staten og kommunene har et felles overordnet mål i å gi gode tjenester til innbyggerne. Et hensiktsmessig og målrettet tilsyn vil også kunne gi grunnlag for læring og kvalitetsutvikling i kommunene, og kan være et viktig bidrag inn i kommunenes eget kontrollarbeid.

I forkant av tilsynene må lederne skaffe tilveie dokumentasjon som blir etterspurt av tilsynsmyndighetene og i etterkant skal eventuelle pålegg følges opp. Enkelte virksomheter som inngår i studien, har blant annet fått pålegg om å dokumentere fordelingen av legemidler på en bedre måte. En virksomhetsleder sier:

”Så har vi tilsyn. Det er en del jobb med det – helsetilsynet, arbeidstilsynet, farmasi. Og det er en del etterarbeid med det, ting vi må forbedre. Så må vi vise hva vi har gjort med det og så blir det vurdert om det er godt nok.”

Tilsynene kan være både planlagte og uanmeldte. Det er flere av våre informanter som mener det er uheldig at tilsynene i liten grad er koordinerte, slik at den samme virksomheten kan oppleve å få flere tilsyn over en kort periode, noe som er utfordrende tidsmessig.

Statlige tilsyn med kommunene må ses i sammenheng med det generelle forholdet mellom staten og kommunesektoren (St. meld. 7, 2009 – 2010). I stortingsmeldingen som tar for seg statlige tilsyn med kommunene, blir det presisert at ved utformingen av statlig tilsyn må det tas hensyn til at kommunene er selvstendige rettssubjekter (ibid.). De har selvstendig myndighet og et selvstendig ansvar for sin virksomhet. Stortinget kan gjennom lover vedta å legge oppgaver til kommunene. Staten har ikke generell instruksjonsmyndighet overfor kommunene, og må derfor i utgangspunktet styrer kommunesektoren gjennom lovgivning og regelverk, finansieringsordninger og mykere styringsvirkemidler som retningslinjer og veiledning. Rammestyring med rom for lokale prioriteringer og tilpasninger er et overordnet prinsipp når staten skal innrette ordninger og virkemidler rettet mot kommunesektoren. Det at statlig tilsyn kun skal kontrollere lovligheten av kommunenes virksomhet, er et uttrykk for rammestyringsprinsippet. Så lenge kommunene opererer innenfor rammene av loven, må staten akseptere kommunenes utøvelse av virksomheten. Samtidig er det et legitimt behov for å kontrollere at kommunene oppfyller sine lovpålagte

plikter overfor innbyggerne.³⁷ Balansegangen mellom lokalt handlingsrom og statlig styring er en hovedutfordring i relasjonen mellom stat og kommune. Dette kan være utfordrende fordi det kommunale landskapet er mangfoldig - det er variasjoner i kommunestørrelse, kompetansetilgang, behov og utfordringer. En finner variasjoner både mellom kommuner og mellom ulike sektorområder i samme kommune. I St. meld. 7 (2009-2010) pekes det på at disse variasjonene gir en utfordring i å utforme en statlig politikk som bidrar til å oppnå sentrale politiske målsettinger på ulike områder og sikre helhetlige løsninger av sektorens samlede oppgaver, samtidig som den skal gi rom for utvikling, lokal variasjon og tilpasning.

Tilsyn er et sterkt statlig kontroll- og styringsvirkemiddel, og fire hensyn og verdier bør inngå i en overordnet vurdering av behov for statlig tilsyn med kommunesektoren (jf. NOU 2004:17 og Ot.prp. nr. 97 (2005 – 2006)):

- Hensynet til den enkeltes rettssikkerhet
- Hensynet til (økonomisk) bærekraftig utvikling og samfunnssikkerhet
- Hensynet til det kommunale folkestyret
- Hensynet til en formålseffektiv offentlig ressursbruk

NOU 2004:17 peker på at kommunen har en sentral rolle som produsent av velferdstjenester. Dette gjør at mange av rettskravene i lovgivningen i dag er rettet mot kommunesektoren. *Den enkeltes rettssikkerhet* er et sentral aspekt ved denne typen grunnleggende velferdstjenester. Dette er en viktig begrunnelse for at staten har etablert ulike kontrollordninger med kommunesektoren, som klageinstanser, lovlighetskontroll og tilsyn. Kommunene har lang erfaring med å veie ulike samfunnsinteresser opp mot hverandre og finne tverrsektorielle løsninger. Fordi kommunesektoren disponerer en stor andel av ressursene i den norske økonomien, har kommunenes *økonomiske disponeringer* mye å si for den makroøkonomiske styringen. Hensynet til *samfunnssikkerhet* er knyttet til ivaretagelse av særlig viktige samfunnsfunksjoner, som for eksempel beredskap

³⁷ Kommunene kontrolleres og påvirkes på mange ulike måter (St. meld. nr 7, 2009-2010): Innbyggernes synspunkter fanges opp gjennom *den demokratiske styringskjeden*. Politikerne er avhengige av å imøtekomme innbyggerne for å bli gjenvalgt, og kommuneorganisasjonen er avhengig av støtte hos innbyggerne for å kunne opprettholde sin legitimitet. Avgjørelser truffet av folkevalgte organ eller den (fylkes)kommunale administrasjon kan bringes inn for departementet for *lovlighetskontroll*. Kommunene driver selv *egenkontroll* overfor egen virksomhet med utgangspunkt i kommunelovens bestemmelser om kontrollutvalg, revisjon og administrasjonssjefens internkontroll. I tillegg setter særlovgivningen på flere områder krav til internkontroll i kommunene. Ett eksempel på dette er forskrift om internkontroll i helse- og sosiallovgivningen. Innbyggernes rett til å *påklage enkeltvedtak* er også en viktig kontrollmekanisme.

knyttet til helsetjenester. Det grunnleggende er å sikre at slike viktige funksjoner, selv i krisesituasjoner, ikke bryter sammen. *Det lokale selvstyret* har en sterk stilling i det norske politiske systemet. Kjernen i det lokale folkestyret er innbyggernes rett til å styre seg selv og velge sine egne ledere. I NOU 2004:17 legges det vekt på lokaldemokratiet som et element i en maktfordeling mellom forvaltningsnivåene, der utfordringen er å finne et balansepunkt som både tar hensyn til statens behov for styring og til kommunenes behov for lokal deltakelse, ansvar og oppgaveløsning.

Handlingsrommet for bruken av offentlige ressurser er begrenset både på kommunalt og statlig nivå. Staten må vurdere om statlig tilsyn er formålstjenlig og kostnadseffektivt. Er statlig tilsyn et egnet virkemiddel for å nå de målene som følger av lovgivningen? Overstiger nytteverdien av tilsyn kostnadene? Tilsyn med kommunesektoren må derfor ses i sammenheng med de øvrige virkemidlene, mekanismene og ordningene som er egnet til å påvirke, kontrollere og sikre at kommunene oppfyller sine lovpålagte plikter.³⁸

4.2.3 Oppfølging av sykemeldte

NAV krever at lederne ved sykehjem og hjemmetjenester følger opp ansatte som er sykemeldte.³⁹ Lederne skal sørge for at det innkalles til møter mellom den sykemeldte, arbeidsgiver, lege og NAV og fylle ut sykefraværsskjema som finnes på nettsidene til NAV. Oppfølging av sykemeldte er en arbeidsoppgave som ifølge våre informanter, krever langt mer tid nå enn tidligere. Fra 1. juli 2011 ble det innført regler for oppfølging av sykemeldte som innebærer at leder skal ta kontakt med den sykemeldte før det er gått tre dager, lage oppfølgingsplan etter fire uker som skal sendes til fastlegen og etter syv uker skal det gjennomføres dialogmøte hvor sykemeldt, NAV, arbeidsgiver og fastlege skal delta. Lederen skal også sende inn skjemaer til NAV innen gitte tidsfrister og dersom reglene ikke følges får virksomheten 5000 kroner i bot. Dette er arbeidsoppgaver som virksomhetene er pålagt av arbeidsmyndighetene, og som studien vår viser, oppleves som arbeidskrevende og til dels unødvendig byråkratiserende av lederne.

³⁸ Det skal en særskilt begrunnelse til før man innfører statlig tilsyn. I henhold til Ot.prp. nr. 97 (2005-2006), skal en slik vurdering bygge på en risiko- og sårbarhetsanalyse. I en slik analyse vil summen av kontrollordninger og andre måter å overvåke eller påvirke kommunen være et viktig moment i vurderingen av risikobildet knyttet til det fagområdet som skal analyseres. Det må undersøkes i hvilken grad tilsyn faktisk har eller vil ha den ønskede effekt, og det må foretas en analyse av i hvilken grad tilsyn er det virkemidlet som, innenfor en gitt ressursramme, er den mest effektive metoden for å nå de målene som er satt.

³⁹ Fra 1. juli 2011 er det gjort endringer i folketrygdloven og arbeidsmiljøloven som skal sikre tidlig og tett oppfølging av sykemeldte.

4.2.4 Melding om yrkesskader

Dersom en ansatt blir skadet på jobb skal det fylles ut et skjema som skal sendes NAV, jfr. Folketrygdloven § 13-14. Det samme gjelder dersom en ansatt får yrkessykdom på grunn av arbeidet. Alle skader eller yrkessykdommer som gjør det nødvendig med medisinsk behandling eller medfører arbeidsuførhet, skal meldes. Meldingen skal sendes inn snarest og senest innen tre dager. Unnlatelse av å sende inn melding kan straffes med bøter, se Folketrygdloven § 25-12 andre ledd. Ifølge NAV skal skademeldingen sikre den skadedes rettigheter etter Folketrygdloven, gi NAV grunnlag for å vurdere om personskaden/sykdommen kan godkjennes som yrkesskade eller yrkessykdom slik at Folketrygdlovens særbestemmelser for yrkesskade skal gjelde, gi de offentlige myndigheter opplysninger som kan være til hjelp i arbeidet med vurdering av sikkerhetsspørsmål og vernetiltak mv. og danne grunnlag for utarbeidelse av skade/ulykkesstatistikker.

En sykepleier ved et sykehjem sier at de er nøye med å registrere arbeidsskader, som for eksempel slag eller utskjelling fra pasienter. Sykehjemmet dokumenterer og lagrer skadeskjemaet, videresender dokumentet til kommunen og til NAV. Hun sier at *"I tilfelle senskader så vil vi at de (skadeskjemaet) skal registreres hos NAV"*. I studien har vi også sett at det er ikke alt som alle virksomheter rapporterer. For eksempel ser vi at det er ikke alle steder utskjelling av personalet fra brukere eller pårørende registreres.

4.2.5 Pasientjournaler

Da helsereformen trådte i kraft 1.1.2001 skjedde det en endring med hensyn til helsepersonells dokumentasjonsplikt. Gjennom helsepersonelloven fikk alt helsepersonell som yter helsehjelp på selvstendig grunnlag plikt til dokumentasjon. Den mest omfattende delen av dokumentasjonsarbeidet som blir utført i virksomhetene, dreier seg om brukernes journaler. Journalføring er lovpålagt helsefaglig dokumentasjonsarbeid. Alle som yter tjenester til brukere er altså forpliktet til å dokumentere sine tjenester (jfr. Lov om helsepersonell § 39). I Helsepersonelloven står følgende: *"Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient."*

Dokumentasjonen av den løpende tjenesteytingen består i observasjon, vurderinger, beslutninger og iverksatte tiltak. Ifølge Helsepersonelloven skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen. Videre står det at journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. Det skal også fremgå hvem som har ført opplysningene i journalen. I Forskrift om pasientjournal (2001) er det nærmere beskrevet hvilke opplysninger som skal nedtegnes i pasientjournalen.

Formålet med loven er å bidra til kvalitet og kontinuitet i behandlingen og sikre etterprøvnbarhet av den helsehjelp som er gitt. Faglig dokumentasjonsarbeid i den kommunale pleie- og omsorgssektoren inneholder utforming av pleie- og tiltaksplaner, føring av helsefaglig informasjon og vurderinger i elektroniske pasientjournaler og eventuelt også skriftlig i permer og lignende, føring av avviksmeldinger av helsefaglig art og referat som nedtegnes i forbindelse med møter mellom helsepersonell, bruker og pårørende og som angår tjenestetilbudet til bruker. Dette handler om dokumentasjon av hvilket tjenestetilbud brukeren har behov for og hvilke tjenester han eller hun har mottatt. Det er også dokumentasjon om kommunikasjonen mellom virksomheten og pårørende, og mellom virksomheten og sykehus eller fastlege.

4.2.6 Vedtak om bruk av tvang overfor demente

I 2006 ble det vedtatt at helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp, skal kunne gis dersom det treffes vedtak om dette (jfr. Pasientrettighetsloven kapittel 4A). Formålet med reglene i kapittel 4A er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett. Det kan treffes vedtak om helsehjelp dersom en unnlattelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og helsehjelpen anses nødvendig, og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelpen. Dersom disse vilkårene er oppfylt, kan helsehjelp gjennomføres med tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten. Vedtak om helsehjelp treffes av det helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen. Vedtak kan bare treffes for inntil ett år av gangen. En sykepleier sier:

”Tvangstiltak kan vi gjøre, men de må dokumenteres. Alt personale skal kunne dette. Det skal være undervisning hvert år i dette og det skal dokumenteres. Det handler om å evakuere folk fra hjemmet, knuse tabletter i syltetøy. Tvangstiltak skal dokumenteres, men også at andre metoder har vært prøvd.”

Der det gjennomføres tvangstiltak uten vedtak, regnes det som et avvik og rapporteres på avviksskjemaer i sykehjem og hjemmesykepleien.

Ved et av sykehjemmene som inngår i studien, har man ni vedtak om bruk av tvang. Dette gjelder hovedsakelig eldre som motsetter seg hjelp til personlig hygiene. Virksomhetsleder forteller at de har en regelmessig gjennomgang av vedtakene, og legger til:

”Vi fatter vedtak som sendes til Fylkesmannen, som etter tre måneder skal ha tilsyn. Vi skal da si om det opphørte og om det fortsatt skal gjelde. Sykepleierne skriver vedtakene. Jeg vil se over dem og vite hvem som har vedtak.”

Det gjennomføres også jevnlig opplæring i når og hvordan tvangstiltak kan gjennomføres og hvordan dette skal dokumenteres av personalet. Intervjuene viser at dette oppleves å ta mye tid. Samtidig understrekes det at der personalet er dyktig, klarer man langt på vei å begrense antall vedtak om bruk av tvang, og omfanget av dette dokumentasjonsarbeidet blir mindre.⁴⁰

4.2.7 Avviksmeldinger

Virksomhetene har avviksskjema som skal fylles ut og sendes til overordnede når det oppstår situasjoner som avviker fra det som regnes som vanlig og forventet.⁴¹ Det fins flere typer avvik, som berører både brukerne og personalet. Dette kan for eksempel dreie seg om brukere som opptrer truende eller voldelig overfor personalet eller andre beboere, medisin det ikke er kvittert for, oppgaver som

⁴⁰ I hvilken grad personalet klarer å unngå behov for søknader om bruk av tvang avhenger av flere forhold, ikke minst kompetanse, stabilitet blant de ansatte, tilstrekkelig bemanning osv.

⁴¹ I Forskrift om interkontroll i sosial- og helsetjenesten § 5 står det at ”Internkontroll skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.”

ikke er gjort eller hvis brukere faller og slår seg. Avvikene registreres noen steder skriftlig, i permer og lignende. Andre steder registreres avvikene elektronisk, blant annet i et program som heter Kvalitetslosen.

4.3 PÅLAGT AV KOMMUNEADMINISTRASJONEN

Pleie- og omsorgssektoren rapporterer blant annet økonomi og ressursbruk inn til kommuneadministrasjonen, og tar del i utviklingen av årsplaner, strategiske planer m.m. Noe av dokumentasjonsarbeidet som virksomhetene er pålagt å gjennomføre av kommuneadministrasjonen rapporteres ikke inn med mindre pårørende eller andre klager på tjenestetilbudet. Som nevnt innledningsvis vil det også variere noe fra kommune til kommune *hva* kommuneadministrasjonen krever eller ønsker av rapporteringer og dokumentasjon fra virksomhetene. Kommunene kan også se seg nødt til å etablere ytterligere rutiner for dokumentasjonsarbeid, for å imøtekomme statlige krav.

Som tidligere nevnt må virksomhetslederne rapportere hvordan midlene er anvendt og hvordan regnskapet ser ut. En del av disse tallene rapporterer kommuneadministrasjonen videre til statlige myndigheter gjennom KOSTRA. Det er vanlig å rapportere om virksomhetens økonomiske situasjon til kommuneadministrasjonen en gang i måneden. Flere steder må også virksomhetslederne rapportere mer detaljert hvordan ressursene anvendes. En avdelingsleder som jobber ved en virksomhet i en kommune som har innført bestiller-utførermodellen⁴², mener dette har medført at de nå må rapportere mer inngående hvordan tiden brukes:

”Vi dokumenterer alt på tid nå. Vi har gått fra et system der vi ikke var konkurranseutsatt og var bestillere selv. Nå er det adskilt, og vi vurderer ikke lengre, men så er det kommet flere arbeidsoppgaver i tillegg. Alle besøk skal dokumenteres – at du har ditt på det rene.”

Andre rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver som kommuneadministrasjonen krever fra virksomhetene kan for eksempel være utarbeidelse av diverse planer (se tabell 14).

⁴² I kapittel 3.2.2 beskriver vi bestiller-utførermodellen mer inngående.

4.4 IKKE-PÅLAGT RAPPORTERING

I tillegg til det rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som statlige myndigheter og kommuneadministrasjonen ønsker at ledelsen og ansatte i den kommunale omsorgstjenesten skal utføre, ser vi også at virksomhetene i varierende grad pålegger seg selv slike arbeidsoppgaver. Som vi så i tabell 15 i avsnitt 4.1 er det mye rapporterings- og dokumentasjonsarbeid som virksomhetene ikke er pålagt, verken fra statlige myndigheter eller fra kommuneadministrasjonen, men som ledelsen anser som viktig. Nedenfor vil vi kun se nærmere på dokumentasjon knyttet til kurs og interne prosjekter, samt veiledning og oppfølging.

4.4.1 Dokumentering fra kurs, prosjekter o.l.

Det er vanlig at virksomhetene deltar i faglige prosjekter om for eksempel etikk, ernæring, palliativ behandling og tekniske hjelpemidler. Ofte er det noen ansatte ved virksomheten som deltar i hvert prosjekt og som har ansvaret for å formidle videre det de har lært til personalet. I noen tilfeller er det virksomheten selv som søker om å få ta del i et prosjekt, i andre tilfeller er det for eksempel utviklingssykehjemmene⁴³ som legger prosjekter til virksomheter. I enkelte kommuner er det egne administrativt ansatte som søker om midler for at sykehjem eller hjemmetjenester skal kunne delta i prosjekter. Formålet med prosjektene kan for eksempel være å heve kvaliteten på tjenestene eller å prøve ut nye og andre behandlingsmetoder. Det synes å være stor enighet om at det er viktig å delta i prosjekter for å heve kvaliteten på tjenestene. En rådmann som selv har erfaring fra pleie- og omsorgstjenesten, sier at det kontinuerlig er mange prosjekter i gang i tjenesten, men at det er uklart hva virksomhetene og personalet har igjen for dette og i hvilken grad gode resultater blir innarbeidet i pleie- og omsorgstjenestens praksis. En av virksomhetslederene sier:

”Vi har mange prosjekter. Vi tar med oss det vi kan bruke, noen blir videreført og noen ikke.”

⁴³ Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenesten (USHT) er en nasjonal satsing som skal bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Det finnes vanligvis to USHT i hvert fylke.

Der det gjennomføres kurs og prosjekter, velger ofte virksomheten å dokumentere disse og vurdere om de oppleves som nyttige. En virksomhetsleder sier: *"Hva personalet deltar på dokumenteres. I tillegg fyller de ut en egnevaluering."* En annen virksomhetsleder forteller:

"Vi er med på et palliativt prosjekt. Det er spennende. Her blir det mye dokumentasjon og skjemaer som skal fylles ut. Vi som deltar skriver rapporter."

Denne dokumentasjonen er kun til intern bruk.

Mens sykepleierne har legemiddelhåndtering som del av utdanningen, gir ikke helsefagarbeiderutdanningen helsefagarbeidere autorisasjon til å dele ut medisiner til brukere. Det er derfor vanlig at de tar medisinkurs. Noen steder er det sykepleierne ved virksomheten som har ansvaret for å holde kursene og dokumentere at dette er gjort på en forsvarlig måte. En sykepleier forteller:

"Når det gjelder hjelpepleierne skal vi (sykepleierne) sørge for opplæringskurs. De skal ha enkeltvise fullmakter til å gi medisiner. Dette skal skje jevnlig. Denne oppdateringen skal skje annen hvert år og alt dette skal dokumenteres."

Interne kurs i virksomheten medfører altså ofte mye dokumentasjonsarbeid.

4.4.2 Dokumentasjon av veiledning og oppfølging

Ved flere virksomheter veileder sykepleiere sykepleierstudenter og har ansatte som er praksislærere. Noen av våre informanter nevner at de veileder helsefaglæringer. Både det å være praksislærer og veilede lærlinger innebærer dokumentasjonsarbeid. Enkelte avdelingsledere oppgir at dette er så arbeidskrevende for virksomheten at de vurderer å ikke ta imot flere lærlinger og studenter:

"Lærlingene må ha oppfølging og det krever mye, også av dokumentasjonsarbeid. Noen hos oss har gått på kurs for å vite hva de skal dokumentere og følge opp når det gjelder lærlinger. Nå vurderer vi om vi gidder å ha lærlinger. Det krever mer enn vi får igjen."

Dette viser at det å si "ja" til å ta imot studenter og lærlinger, som virksomhetene velger om de vil eller ikke, også innebærer mye dokumentasjonsarbeid.

Virksomhetene forsøker også å legge til rette for at sykepleiere og helsefagarbeidere som er ansatt i virksomheten, skal få anledning til å ta videreutdanning i for eksempel geriatri, kreftsykepleie eller demensomsorg. Dette ansees som sentralt med tanke på rekruttering og det å beholde personell i tillegg til at det bidrar til økt kvalitet på tjenestene. Mange av virksomhetslederene gir uttrykk for at det er vanskelig og antakelig vil bli enda vanskelig å skaffe kvalifisert helsepersonell i årene som kommer. En virksomhetsleder sier:

”Det er vanskelig å skaffe personell. Vi må beholde det personalet vi har, så vi vil gjerne utdanne dem. Vi har søkt om kompetanseløft på ledelse og kreftsykepleier.”

Også det å legge til rette for og følge opp ansatte som ønsker å videreutdanne seg, kan innebære dokumentasjonsarbeid.

4.5 TIDSBRUK PÅ ULIKE AKTIVITETER

I samtalene med ledere og ansatte i hjemmetjenester og sykehjem spurte vi om hvor mye tid de opplever at ulike krav til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid tar, og hva de eventuelt opplever er mest tidkrevende. Dette var også noe vi ønsket å kartlegge i spørreundersøkelsen. I kapittel 6 og 7 vil vi komme tilbake til de ansattes opplevelse av nytteverdi av dette arbeidet, men vi må her nevne at opplevelsen av hvor tidkrevende ulike oppgaver er til en viss grad henger sammen med opplevelsen av nytte. Arbeid som tar tid og som i tillegg oppleves som lite nyttig, kan ofte oppleves å ta mer tid og være en større belastning.

Vårt inntrykk etter å ha intervjuet både ledere, sykepleiere og helsefagarbeidere i pleie- og omsorgssektoren er at det først og fremst er virksomhetslederene og avdelingslederene som opplever at rapporterings- og dokumenteringsarbeid tar mye tid. En avdelingssykepleier forteller:

”Jeg bruker mye tid på kontoret, sitter der hele tiden. Personalet er misfornøyd med det, og jeg er jo der nesten hele tiden. Jeg har lurt på om jeg er dårlig å strukturere tiden, men jeg er ikke det. Jeg jobber veldig raskt. Nå skal jeg skrive årsrapport.”

Flere av avdelingslederne opplever, som vi også vil komme tilbake til senere i rapporten, at dette er oppgaver som tar tid de ellers ville ha brukt på brukerne. Andre opplever ikke dette arbeidet som tidkrevende. Det kan henge sammen med at avdelingslederstillingen ikke er likt utformet ved alle virksomhetene. Det kan også henge sammen med alder og hvor lang fartstid avdelingslederen har i sektoren. Vårt inntrykk er også at mens noen sykepleiere og helsefagarbeidere opplever rapporteringen som tidkrevende, synes andre dette arbeidet er uproblematisk. Det betyr likevel ikke at dette er ukomplisert. Som vi vil diskutere i neste kapittel opplever mange utfordringer knyttet til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid, for eksempel når det gjelder skriving i brukernes journaler.

Selv om det overordnet kan sies å være den samlede mengden av krav til rapporteringer og dokumentasjon som oppleves tidkrevende av særlig lederne i pleie- og omsorgssektoren, er det likevel enkelte oppgaver som oppleves å ta mer tid enn andre. I tillegg til journalføringen, opplever avdelingslederne særlig at det å skulle følge opp sykemeldte i forhold til NAV og dokumentere ressursbruk overfor kommuneadministrasjonen tar mye tid.

Det er ikke enkelt å skulle gi et bilde av hvor mye tid det samlede omfanget av rapporterings- og dokumentasjonsarbeid som utføres i den kommunale pleie- og omsorgssektoren utgjør. Respondentene som har besvart spørreundersøkelsen og informantene i casestudien, understreker at det er vanskelig å anslå nøyaktig tidsbruk. Mange oppgaver er flettet inn i hverandre, slik som en avdelingsleder sier: *"HMS driver man med hele tiden. Det er vanskelig å beregne tid."* Som nevnt tidligere utføres enkelte oppgaver bare noen få ganger i året eller utløses av bestemte hendelser. Tidsbruken kan også variere fra uke til uke.

I spørreundersøkelsen fikk respondentene detaljerte spørsmål knyttet til hvor mye tid de i løpet av en uke normalt sett benytter på ulike typer rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i forhold til *personalet* på egen arbeidsplass, *brukerne* og spesifikt i forhold til *økonomi*. I tillegg fikk de også spørsmål om å gi anslag på tidsbruken knyttet til en del andre typer rapporteringer.

Tabell 16: Tid brukt av ulike profesjoner på rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til personalet, brukere, økonomi og annet. Minutter per uke. Timer per uke i parentes. Gjennomsnittstall.

Aktiviteter knyttet til	Institusjonsleder (N=19)	Avdelingsleder (N=44)	Sykepleier (N=63)	Vernepleier (N=16)	Helsefagarbeider (N=85)	Andre (N=47)	
Personalet	354 (5,9)	193 (3,21)	13 (0,2)	5 (0,08)	7 (0,12)	84 (1,4)	
Brukere	218 (3,63)	279 (4,65)	310 (5,17)	300 (5)	161 (2,68)	204 (3,4)	
Økonomi	190 (3,17)	102 (1,7)	1 (0,02)	6 (0,1)	3 (0,05)	21 (0,35)	
Annet	212 (3,53)	146 (2,43)	49 (0,82)	36 (0,6)	32 (0,53)	90 (1,5)	
Totalt	974 (16,23)	720 (12)	373 (6,21)	347 (5,78)	203 (3,38)	399 (6,65)	503 (8,38)

I tabellen over ser vi at respondentene bruker i gjennomsnitt 8 timer og 23 minutter per uke på rapporterings- og dokumentasjonsarbeid. Virksomhetslederne bruker mest tid på slike oppgaver, 16 timer og 15 minutter, mens helsefagarbeiderne bruker minst tid på dette, i gjennomsnitt 3 timer og 23 minutter. Nedenfor vil vi redegjøre nærmere for denne tidsbruken.⁴⁴

4.5.1 Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til personalet

Når det gjelder rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til *personalet*, så ble respondentene bedt om å angi tidsbruk (minutter per uke) på seks ulike arbeidsoppgaver. Dette var:

- Følge opp sykemeldte arbeidstakere
- Rapportere sykefravær til NAV
- Skrive referat fra møter med ansatte
- Fylle ut skademelding til NAV

⁴⁴ N vil variere i tabellene nedenfor ettersom det varierer hvor mange respondenter som oppgir å utføre de ulike rapporterings- og dokumentasjonsoppgavene.

- Utføre HMS-arbeid
- Lage og oppdatere kompetanseplaner

Hvis vi ser på den tiden som benyttes av de ulike profesjoner på de seks aktivitetene, får vi et bilde som vist i tabell 17.

Tabell 17: Tid brukt av ulike profesjoner på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til personalet. Minutter per uke. Gjennomsnittstall.

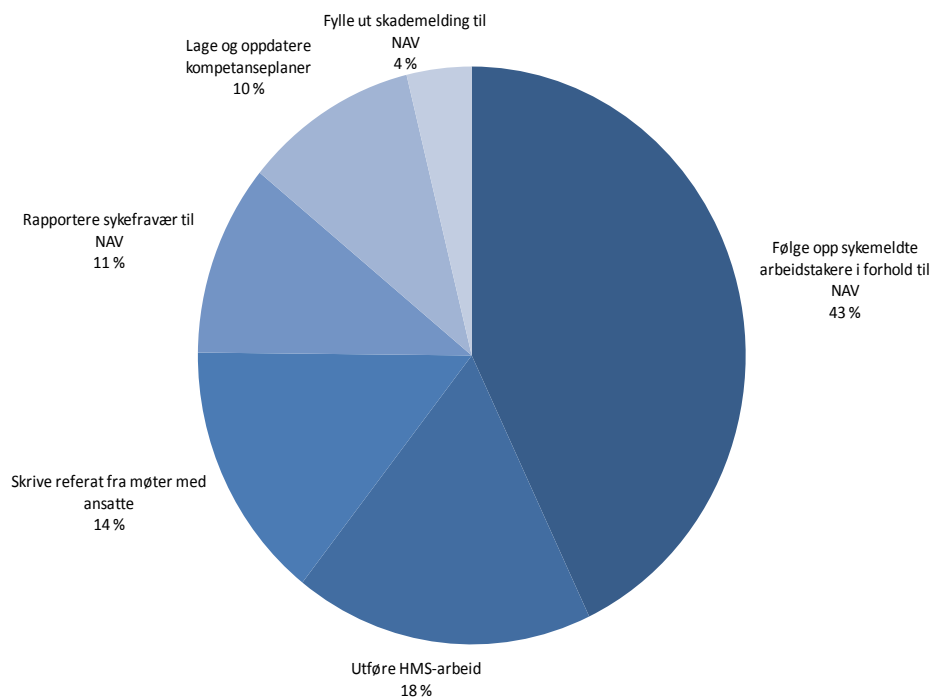
Aktiviteter	Institusjons- leder (N=19)	Avdelings- leder (N=44)	Syke- pleier (N=63)	Verne- pleier (N=16)	Helsefag- arbeider (N=85)	Andre (N=47)	Alle (N=276)
Følge opp sykemeldte arbeidstakere i forhold til NAV	160	93	1	0	0	30	31
Rapportere sykefravær til NAV	28	21	0	0	0	7	6
Skrive referat fra møter med ansatte	51	36	5	5	1	16	14
Fylle ut skademelding til NAV	12	7	0	0	0	2	2
Utføre HMS-arbeid	72	17	5	0	6	23	15
Lage og oppdatere kompetanseplaner	31	19	2	0	0	6	7
Totalt Minutter	354	193	13	5	7	84	75
Totalt timer	5,9	3,21	0,2	0,08	0,12	1,4	1,25

Tallene i tabellen er gjennomsnittstall for de av respondentene. Ut fra tabell 16 kan vi lese at institusjonslederne bruker i gjennomsnitt 160 minutter pr. uke til oppfølging av sykemeldte arbeidstakere i forhold til NAV. Tilsvarende tall for avdelingslederne er 93 minutter. Total tidsbruk blant respondentene på forskjellig

rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til personalet er en time og femten minutter per uke.

Hvis vi går over fra absolutte til relative tall viser vi i figur 5 den *relative* fordelingen av tidsbruken som respondentene benytter på de seks ulike aktivitetene.

Figur 5 Relativ fordeling av respondentenes tidsbruk på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til personalet. (N=59-92).



Som det fremgår av figur 5 over er det oppfølging av arbeidstakere i forhold til NAV som legger beslag på klart mest tid. 43 prosent av rapporterings- og dokumentasjonstiden går med til denne aktiviteten. Aktiviteten som tar nest mest tid er HMS-arbeid, som legger beslag på 18 prosent av rapporterings- og dokumentasjonstiden relatert til personalet.

I figur 5 ser vi at omtrent en fjerdedel (24 %) av tid brukt på rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til personalet dreier seg om ikke-lovpålagte oppgaver – skrive referat fra møter med pårørende og lage og oppdatere kompetanseplaner.

4.5.2 Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne

Når det gjelder rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til *brukerne*, så ble respondentene her bedt om å angi tidsbruk (minutter per uke) på 18 ulike arbeidsoppgaver. Dette var:

- Utarbeide, evaluere og oppdatere tiltaksplaner, pleieplaner o.l.
- Rapportere i brukernes journal
- Krysse av for dusjing, avføring, ernæring
- Skrive avviksmeldinger
- Lage og oppdatere Individuell Plan
- Forberede, utfylle og oppdatere IPLOS
- Forberedelse, gjennomføring og etterarbeid i forbindelse med planlagte og uanmeldte tilsyn
- Skrive referat fra møter med pårørende
- Skrive brev/svare på henvendelser angående brukerne
- Utarbeide og fornye vedtak om bruk av tvang overfor utviklingshemmede
- Søke om dispensasjon fra utdanningskravet i forhold til bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede
- Skrive A-meldinger om enkeltsituasjoner der det er brukt tvang og makt overfor utviklingshemmede
- Utarbeide og fornye vedtak om bruk av tvang overfor demente
- Lage og vedlikeholde medisinlister/kort
- Kvittere for medisin som er gitt
- Skrive eller hjelpe brukerne å skrive søknader om hjelp og tiltak fra ulike instanser
- Registrere ADL-skåre/ hjelpebehov
- Skalere i forhold til OBS-demens

Ut fra respondentenes svar, har vi i tabell 18 vist tidsbruken på de 18 aktivitetene fordelt på de ulike profesjoner.

Tabell 18: Tid brukt av ulike profesjoner på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne. Minutter per uke. Gjennomsnittstall.

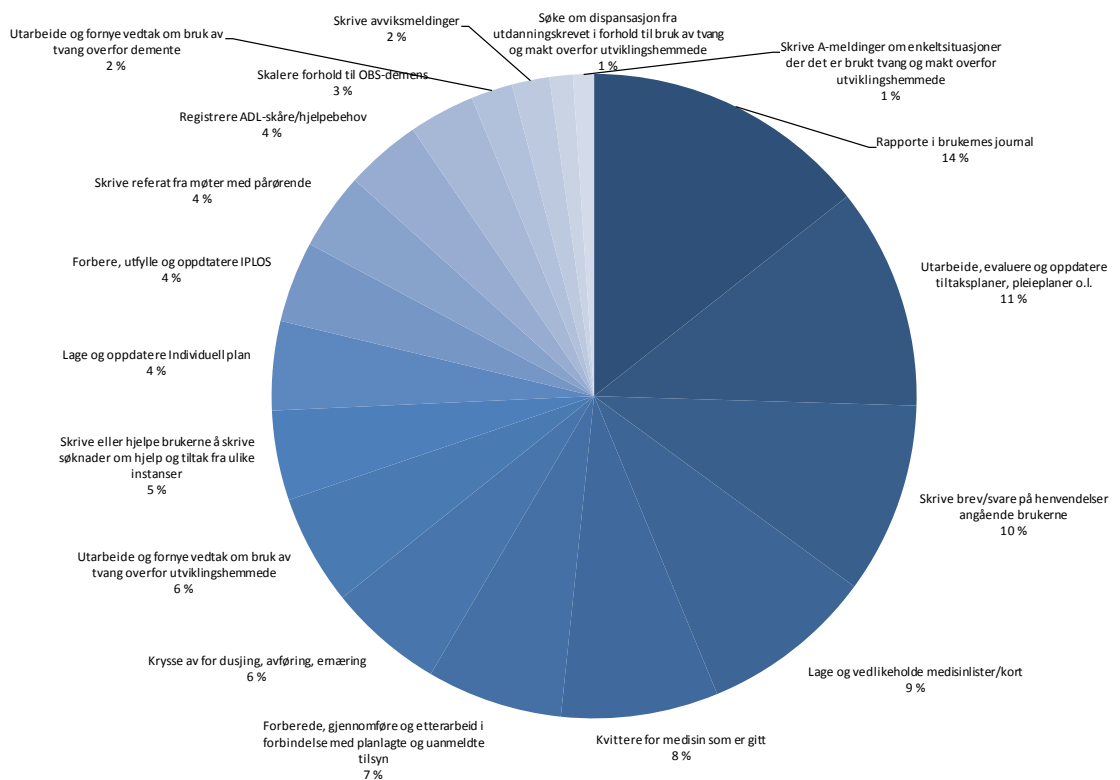
	Institusjons- leder (N=19)	Avdelings- leder (N=44)	Syke- pleier (N=63)	Verne- pleier (N=16)	Helsefag- arbeider (N=85)	Andre (N=47)	Alle (N=276)
Utarbeide, evaluere og oppdatere tiltaksplaner, pleieplaner o.l.	24	40	40	66	15	21	29
Rapportere i brukernes journal	45	43	82	64	60	44	59
Krysse av for dusjing, avføring, ernæring	16	5	17	14	31	12	18
Skrive avviksmeldinger	2	7	9	8	4	5	6
Lage og oppdatere Individuell plan	2	4	6	10	2	13	5
Forberede, utfylle og oppdatere IPLOS	16	18	10	8	4	8	9
Forberedelse, gjennomføring og etterarbeid i forbindelse med planlagte og uanmeldte tilsyn	32	16	0	2	0	16	8
Skrive referat fra møter med pårørende	14	18	8	10	2	9	8
Skrive brev/svare på henvendelser angående brukerne	34	61	20	23	5	26	24
Utarbeide og fornye vedtak om bruk av tvang overfor utviklingshemmede	15	8	1	4	0	2	3
Søke om dispensasjon fra utdanningskravet i forhold til bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede	2	1	0	0	0	0	0
Skrive A-meldinger om enkeltsituasjoner der det er brukt tvang og makt overfor utviklingshemmede	1	1	0	1	0	1	0
Utarbeide og fornye vedtak om bruk av tvang overfor demente	7	2	1	0	0	1	1
Lage og vedlikeholde medisinalister/kort	3	20	42	42	0	5	16

Kvittere for medisin som er gitt	0	11	48	26	30	17	26
Skrive eller hjelpe brukerne å skrive søknader om hjelp og tiltak fra ulike instanser	3	14	13	8	4	14	10
Registrere ADL-skåre/hjelpebehov	2	8	9	13	4	7	7
Skalere forhold til OBS-demens	0	2	4	1	0	4	2
Totalt minutter	218	279	310	300	161	204	232
Totalt timer	3,63	4,65	5,17	5	2,68	3,4	3,87

Ut fra tabell 18 kan vi lese at institusjonslederne bruker i gjennomsnitt 24 minutter pr. uke til utarbeidelse, evaluering og oppdatering av tiltaksplaner, pleieplaner o.l. Tilsvarende tall for både avdelingslederne og sykepleierne er 40 minutter. I gjennomsnitt bruker personalet om lag 29 minutter per uke til dette arbeidet. Total tidsbruk blant respondentene på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne er om lag 232 minutter (litt under 4 timer) per uke.

Hvis vi går over fra absolutte til relative tall har vi i figur 6 visualisert den *relative* fordelingen av tidsbruken som respondentene benytter på de 18 ulike aktivitetene.

Figur 6: Relativ fordeling av respondentenes tidsbruk på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne. (N=19-276).



I og med at det er snakk om så vidt mange aktiviteter blir kaken svært oppstykket, men det fremgår av figuren at de to aktivitetene som tar mest tid (rapportering i brukernes journaler og utarbeidelse, evaluering og oppdatering av tiltaksplaner, pleieplaner o.l.) legger beslag på en fjerdedel av tidsbruken knyttet til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid rettet mot brukerne.

Figuren viser også at om lag en fjerdedel av tidsbruken knyttet til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid rettet mot brukerne, kan relateres til rapporteringsoppgaver som ikke er lovpålagte.⁴⁵

4.5.3 Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til økonomi

Når det gjelder rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til *økonomi*, så ble respondentene her bedt om å angi tidsbruk (minutter per uke) på fire ulike arbeidsoppgaver. Dette var:

- Rapportere økonomi og ressursbruk
- Argumentere for ressursbruk og bemanningsnorm overfor kommuneadministrasjonen
- Søke kommuneadministrasjonen om ekstra ressurser
- Søke om tilskudd og rapportering på disse

Med utgangspunkt i respondentenes svar, har vi i tabell 19 vist tidsbruken på de fire aktuelle aktivitetene fordelt på de ulike profesjoner.

⁴⁵ Dette gjelder følgende oppgaver: skalere i forhold til OBS-demens, registrere ADL-skåre/hjelpebehov, skrive referat fra møter med pårørende, skrive eller hjelpe brukerne med å skrive søknader om hjelp og tiltak fra ulike instanser, samt krysse av for dusjing, avføring og ernæring.

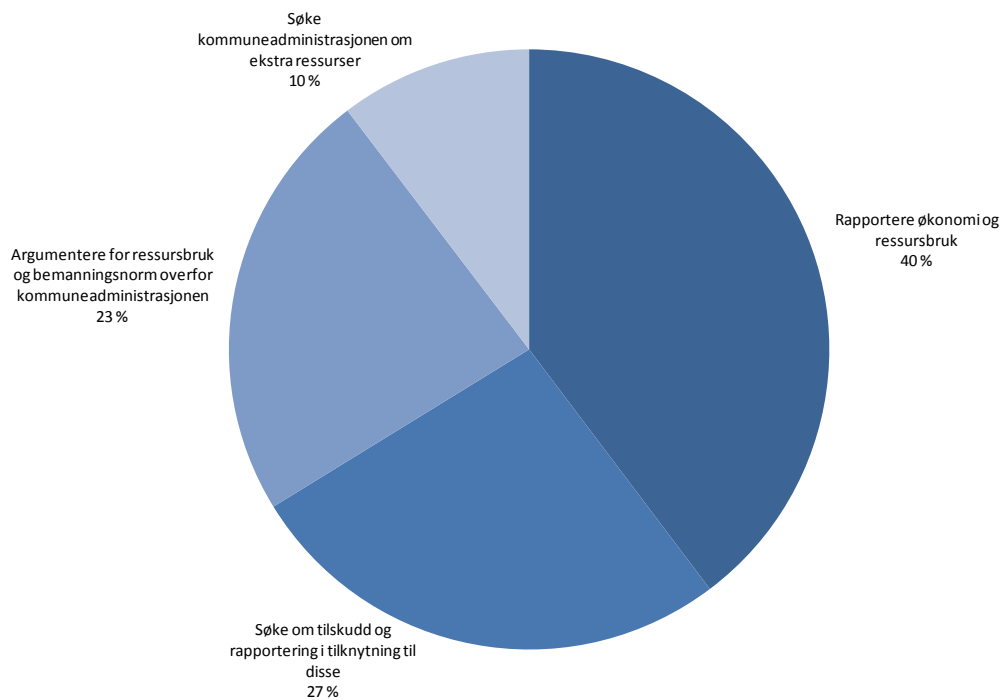
Tabell 19: Tid brukt av ulike profesjoner på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til økonomi. Minutter per uke. Gjennomsnittstall.

Aktiviteter	Institu- sjonsleder (N=19)	Avdelings- leder (N=44)	Syke- pleier (N=63)	Verne- pleier (N=16)	Helsefag- arbeider (N=85)	Andre (N=47)	Alle (N=276)
Rapportere økonomi og ressursbruk	131	40	1	5	3	13	19
Argumentere for ressursbruk og bemanningsnorm overfor kommuneadministrasjonen	28	32	-	-	-	5	8
Søke kommuneadministrasjonen om ekstra ressurser	7	7	-	-	-	1	2
Søke om tilskudd og rapportering i tilknytning til disse	24	23	-	1	-	2	6
Totalt minutter	190	102	1	6	3	21	35
Totalt timer	3,17	1,7	0,02	0,1	0,05	0,35	0,58

Ut fra tabell 19 kan vi se at institusjonslederne bruker i gjennomsnitt 131 minutter per uke til å rapportere økonomi og ressursbruk. Total tidsbruk blant respondentene på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til økonomi er om lag 35 minutter per uke. For institusjonslederne er det 190 minutter og for avdelingslederne 102.

Når vi går over fra absolutte til relative tall har vi i figur 7 visualisert den *relative* fordelingen av tidsbruken som respondentene benytter på de fire ulike økonomiaktivitetene.

Figur 7: Relativ fordeling av respondentenes tidsbruk på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til økonomi. (N=36-79).



Som vi ser ut fra figur 7 er det den generelle rapporteringen av økonomi og ressursbruk som legger beslag på den største andelen av rapporterings- og dokumentasjonstiden knyttet til økonomi med 40 prosent. Vi ser videre at tidsbruk knyttet til å søke kommunestyret om ekstra ressurser legger beslag på 10 prosent av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet knyttet til økonomi.

Figuren viser også at over halvparten (60 %) av rapporterings- og dokumentasjonsoppgavene knyttet til økonomi, omfatter oppgaver som ikke er lovpålagte.

4.5.4 Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til "annet"

Når det gjelder rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til "annet", så ble respondentene her bedt om å angi tidsbruk (minutter per uke) på 10 ulike arbeidsoppgaver. Dette var:

- Registrering og vedlikehold av opplysninger som senere skal rapporteres
- Skrive årsmeldinger o.l.
- Få opplæring i kartleggingsverktøy (IPLOS, OBS-demens osv.)
- Svare på enkelthenvendelser fra media, statlige myndigheter m.fl.
- Søke om prosjekter og kompetansemidler
- Dokumentere eller gjennomføre egne evalueringer knyttet til prosjekter, kompetanseutvikling m.m.
- Få opplæring i forbindelse med nye forskrifter, lover, rapporteringskrav
- Få opplæring i bruk av data ved elektronisk rapportering
- Få opplæring i bruk av håndholdte terminaler
- Utføre dokumentasjonsarbeid knyttet til det å ha lærlinger

Med utgangspunkt i respondentenes svar, har vi i tabell 20 vist tidsbruken på de 10 ulike aktivitetene fordelt på de ulike profesjoner. Dette er i all hovedsak ikke-lovpålagte oppgaver.

Tabell 20: Tid brukt av ulike profesjoner på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til annet. Minutter per uke. Gjennomsnittstall.

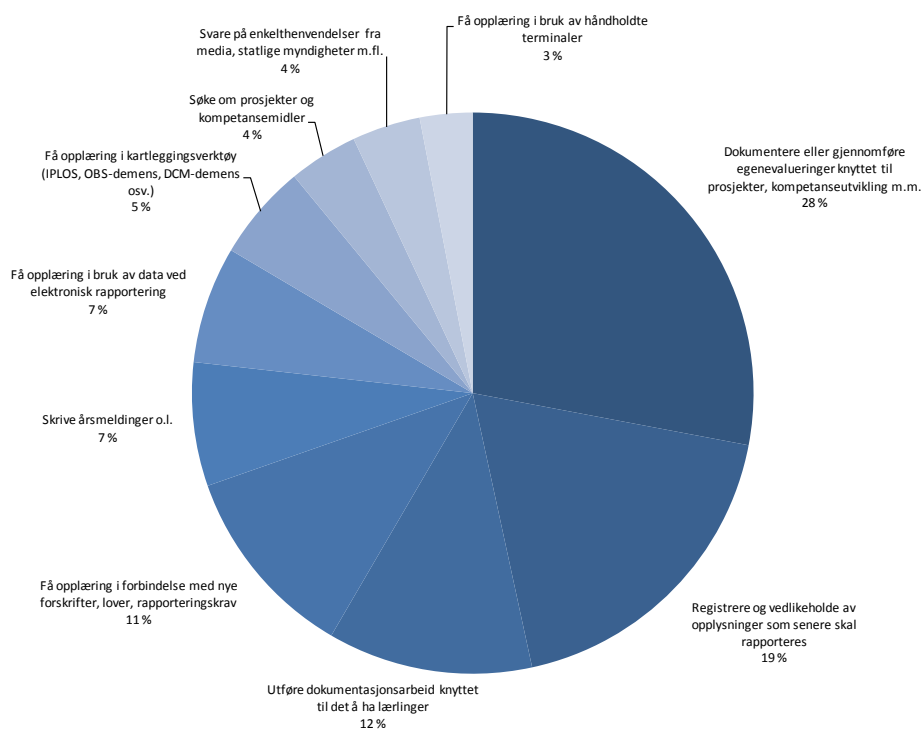
	Institu- sjons- leder (N=19)	Avdelings- leder (N=44)	Syke- pleier (N=63)	Verne- pleier (N=16)	Helsefag- arbeider (N=85)	Andre (N=47)	Alle (N=276)
Registrering og ved- likehold av opplysninger som senere skal rapporteres	34	42	18	13	8	14	19
Skrive årsmeldinger o.l.	16	7	1	4		5	4
Få opplæring i kart- leggingsverktøy (IPLOS, OBS-demens, DCM- demens osv.)	6	12	5	3	2	2	5
Svare på enkelt- henvendelser fra media, statlige myndigheter m.fl.	3	4				3	1

Søke om prosjekter og kompetansemidler	5	4				1	1
Dokumentere eller gjennomføre egen-evalueringer knyttet til prosjekter, kompetanseutvikling m.m.	60	8	4	1		39	13
Få opplæring i forbindelse med nye forskrifter, lover, rapporteringskrav	70	28	5	6	6	6	14
Få opplæring i bruk av data ved elektronisk rapportering	14	17	8	4	6	14	10
Få opplæring i bruk av håndholdte terminaler		1	1		1	1	1
Utføre dokumentasjonsarbeid knyttet til det å ha lærlinger	4	23	7	5	9	5	9
Totalt minutter	212	146	49	36	32	90	77
Totalt timer	3,53	2,43	0,82	0,6	0,53	1,5	1,28

Tabell 20 viser at institusjonslederne som driver registrering og vedlikehold av opplysninger som senere skal rapporteres, benytter i gjennomsnitt 34 minutter per uke til denne aktiviteten. En helsefagarbeider benytter i gjennomsnitt 8 minutter per uke til denne aktiviteten og en sykepleier 18 minutter. På alle de 10 rapporterings- og dokumentasjonsaktivitetene vi har samlet i kategorien "annet", benytter våre respondenter 77 minutter per uke.

Når vi beveger oss over fra absolutte til relative tall har vi i figur 8 visualisert den *relative* fordelingen av tidsbruken som respondentene benytter på de 10 ulike "annet"-aktivitetene.

Figur 8: Relativ fordeling av respondentenes tidsbruk på forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til annet. (N=29-171).

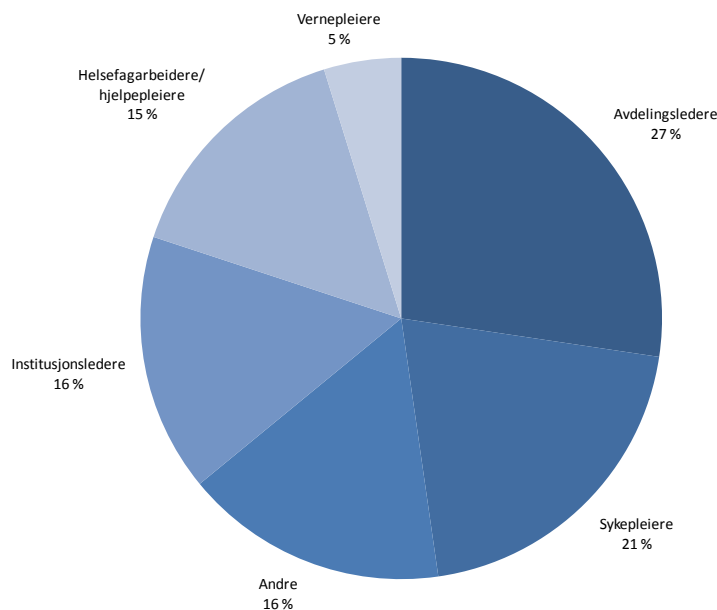


Som det vil fremgå av figur 8 er det to aktiviteter som skiller seg noe ut. Det er: dokumentere eller gjennomføre egnevalueringer knyttet til prosjekter, kompetanseutvikling m.m. og registrering og vedlikehold av opplysninger som senere skal rapporteres. Av tidsbruk på rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til de 10 "annet"-aktivitetene som vi har sett på, opptar disse to aktivitetene nesten halvparten (47 %) av respondentenes tidsbruk.

4.5.5 Tidsbruk etter profesjon

Det kan også være interessant å se på hvordan den samlede tidsbruken som våre 276 respondenter benytter på dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter innenfor helse- og omsorgssektoren, fordeler seg på profesjon. Dette er vist i figur 9.

Figur 9 Ulike profesjoner sin andel av samlet tidsbruk som brukes til dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter innenfor helse- og omsorgssektoren. (N=276)

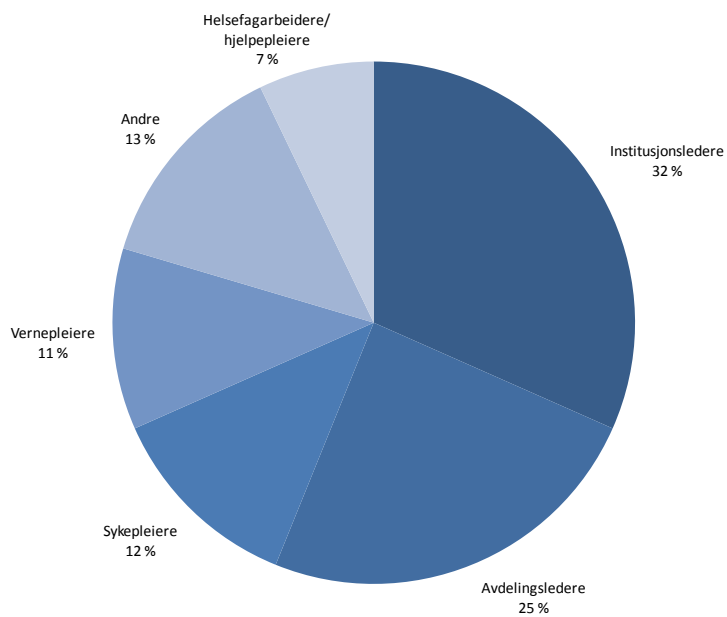


Som det fremgår av figur 9 er det avdelingslederne som "belastes" den største andelen av samlet tidsbruk med 27 %. Minst andel av samlet tidsbruk faller på vernepleierne med 5 %. I gruppen "andre" finner vi stort sett alle de aktuelle profesjoner, med en liten "overrepresentasjon" av personer som kan defineres inn i gruppen helsefagarbeidere/hjelpepleiere.

Hvis vi tar utgangspunkt i den samlede tidsbruken til dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter til respondentene og ser denne i sammenheng med den samlede arbeidstiden til respondentene, kan vi anslå hvor stor andel av arbeidstiden som medgår til dokumentasjons- og rapporteringsaktivitetene. Selv om det er en del usikkerhet knyttet til denne beregningen, er tallene interessante.

I figur 10 vises det hvor stor andel av arbeidstiden de ulike profesjoner blant respondentene benytter til dokumentasjons- og rapporteringsarbeid innenfor pleie- og omsorgssektoren.

Figur 10 Andel av total arbeidstid til respondentene brukt på dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter innenfor helse- og omsorgssektoren fordelt på profesjon. (N=276).



Som det fremgår av figur 10 benytter de av respondentene som oppgir å være institusjonsledere nesten 1/3 av tiden til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid. Tilsvarende tall for helsefagarbeidere/hjelpepleiere er kun syv prosent.

4.5.6 Tidsbruk etter "etterspørre" – statlige og kommunale krav

En annen dimensjon knyttet til den tidsbruken som medgår til dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter innenfor pleie- og omsorgssektoren er *hvem* som etterspør den aktuelle informasjonen; staten eller kommunen selv. Det er ikke uproblematisk å fordele de ulike aktivitetene på stat eller kommune, men vi har valgt å betrakte følgende 19 dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter som statlige krav:⁴⁶

- Oppfølge sykemeldte arbeidstakere i forhold til NAV (fylle ut skjema, lage og fylle ut oppfølgingsplaner, koordinere og delta på dialogmøter mm).
- Rapportere sykefravær til NAV.
- Fylle ut skademelding til NAV i forbindelse med større skader og ulykker som er påført ansatte under arbeid.
- Utføre HMS-arbeid (fylle ut småskadeskjema, vernerunder mm).
- Rapportere i brukernes journal (rapportere dagens hendelser).
- Skrive avviksmeldinger (eks. ikke gitt medisin).
- Lage og oppdatere Individuell Plan.
- Forbedre, utfylle og oppdatere IPLOS (pleiebehov/funksjonsnivå).
- Forberede, gjennomføre og etterarbeid i forbindelse med planlagte og uanmeldte tilsyn (Arbeidstilsynet, Fylkesmannen, Fylkeslegen, Mattilsynet).
- Utarbeide og fornye vedtak om bruk av tvang overfor utviklingshemmede (kap. 4A i sosialtjenesteloven).
- Søke om dispensasjon fra utdanningskrevet i forhold til bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede.
- Skrive A-meldinger om enkeltsituasjoner der det er brukt tvang og makt overfor utviklingshemmede.
- Utarbeide og fornye vedtak om bruk av tvang overfor demente (kap. 4A i pasientrettighetsloven).
- Lage og vedlikeholde medisinlister/kort.
- Kvittere for medisin som er gitt.
- Registrere og vedlikeholde av opplysninger som senere skal rapporteres.

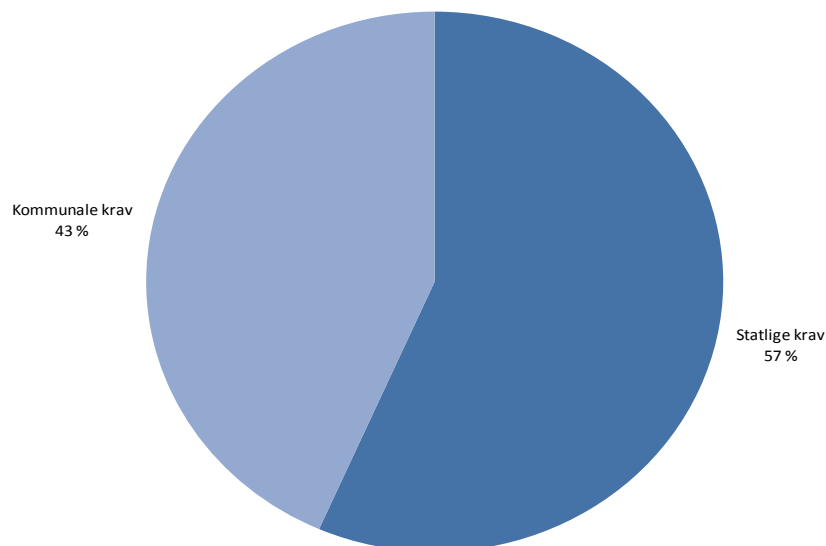
⁴⁶ Som vi vil diskutere senere i rapporten er krav til rapportering og dokumentasjon pålagt av kommuneadministrasjonen eller virksomhetene selv, et resultat av sammensatte prosesser i samfunnet hvor bl.a. flere rettigheter via lover, økt bevissthet om rettigheter og medias fokus på tematikken, som har en sentral rolle i å "tvinge frem" behov for å rapportere og dokumentere mest mulig detaljert om tjenestene som gis.

- Få opplæring i kartleggingsverktøy (IPLOS, OBS-demens, DCM-demens osv.).
- Få opplæring i forbindelse med nye forskrifter, lover, rapporteringskrav (eks. forskrift om ernæring, kap. 4A om bruk av tvang, osv.).
- Få opplæring i bruk av data ved elektronisk rapportering.

De øvrige 19 dokumentasjons- og rapporteringsaktivitetene som var inkludert i spørreundersøkelsen, har vi her definert inn under kommunale krav. Dette omfatter både krav initiert og pålagt av kommuneadministrasjonen, samt krav som virksomhetene pålegger seg selv.

Med utgangspunkt i aktivitetene ovenfor har vi i figur 11 vist hvordan respondentenes tidsbruk på de 38 aktuelle dokumentasjons- og rapporteringsaktivitetene fordeler seg på informasjon som etterspørres av henholdsvis staten eller den enkelte kommune.

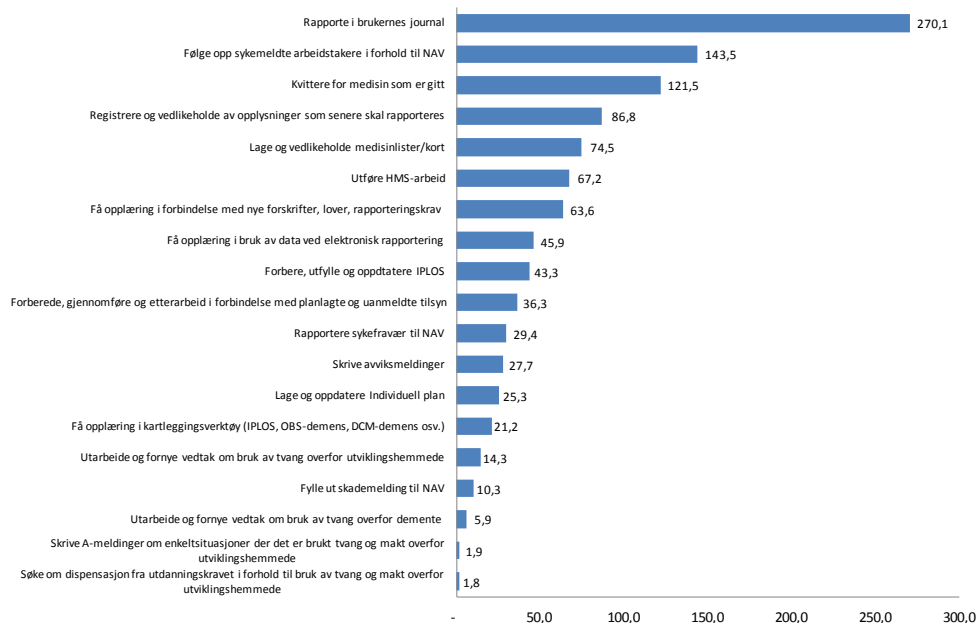
Figur 11 Respondentenes tidsbruk på dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter innenfor pleie- og omsorgssektoren fordelt på "etterspørres". (N=276).



Som vi ser ut fra figur 11 legger statlige krav beslag på 57 prosent av den samlede tidsbruken som brukes på rapporterings- og dokumentasjonsarbeid.

Hvis vi kun tar for oss de dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter som etterspørres av statlig myndighet, og ser på tidsbruken knyttet til disse, får vi en fordeling av tidsbruken som illustrert i figur 12.

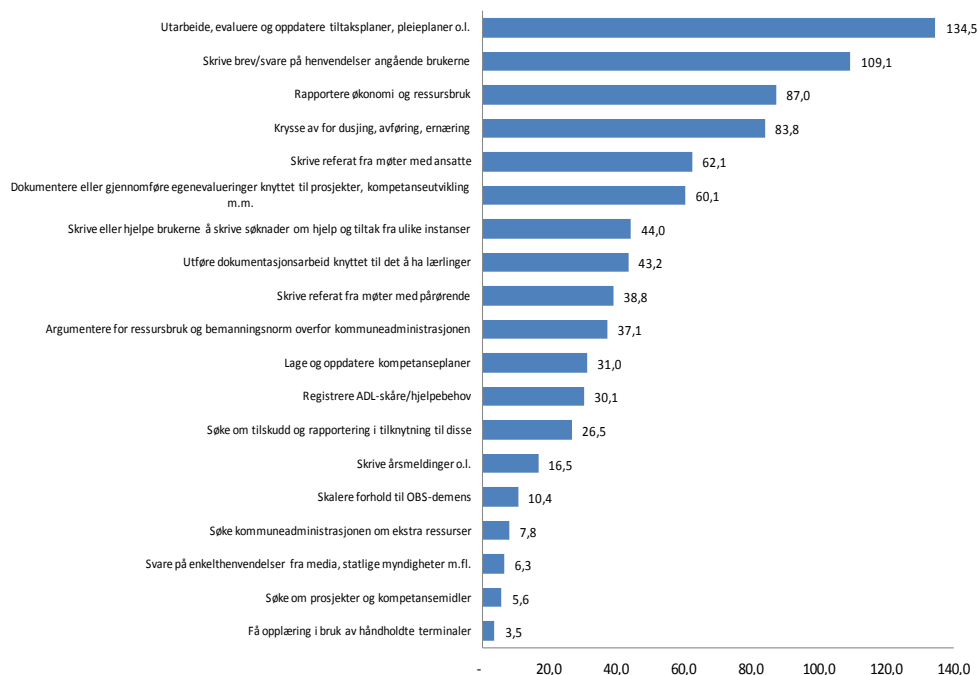
Figur 12 Respondentenes tidsbruk på dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter innenfor pleie- og omsorgssektoren som etterspørres av staten. Timer pr. uke (N=276).



I figuren over ser vi at når det gjelder statlige krav er det rapportering i brukernes journaler og oppfølging av sykemeldte arbeidstakere i forhold til NAV, som tar mest tid.

Hvis vi til slutt tar for oss de dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter som etterspørres av kommunen, og ser på tidsbruken knyttet til disse, får vi en fordeling av tidsbruken som vist i figur 13.

Figur 13 Respondentenes tidsbruk på dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter innenfor pleie- og omsorgssektoren som etterspørres av kommunen. Timer pr. uke (N=276)



Når det gjelder krav til rapportering og dokumentasjon etterspurt fra kommunen, viser figur 13 at det er utarbeiding og oppdatering av tiltaksplaner og lignende, skrive brev og svare på henvendelser angående brukerne, rapportere ressursbruk og økonomi og avkryssing for dusjing med mer som tar mest tid.

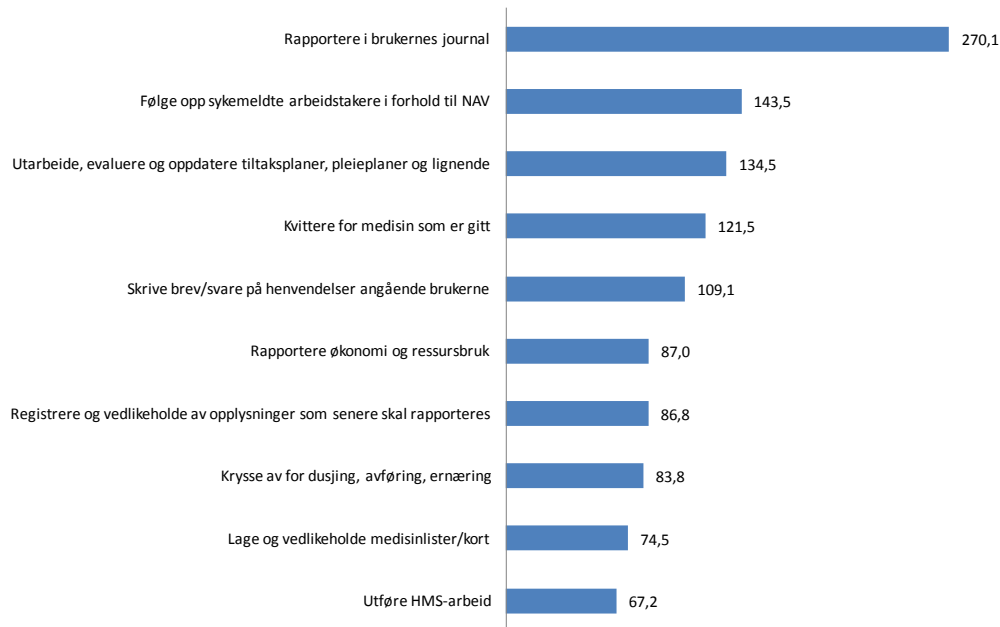
Rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter knyttet til statlige krav legger beslag på om lag 5590 årsverk tilsvarende lønnskostnader på 2,5 mrd. kr. Kommunale krav legger beslag på 4222 årsverk tilsvarende lønnskostnader på 2374 mill. kr.

4.5.7 Tidsbruk på de 10 aktivitetene som tar mest tid

I avsnittene 4.5.1-4.5.4 har vi til sammen analysert respondentenes tidsbruk på i alt 38 rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter. Seks av disse var knyttet til personalet, 18 var knyttet til brukerne, fire var knyttet til økonomi mens ti

aktiviteter var samlet i kategorien "annet". I figur 14 nedenfor har vi rangert de ti aktivitetene som respondentene oppgir å bruke mest tid på.

Figur 14: Tidsbruk på de 10 rapporterings- og dokumentasjonsaktivitetene som respondentene benytter mest tid på. Timer per uke. (N=276).



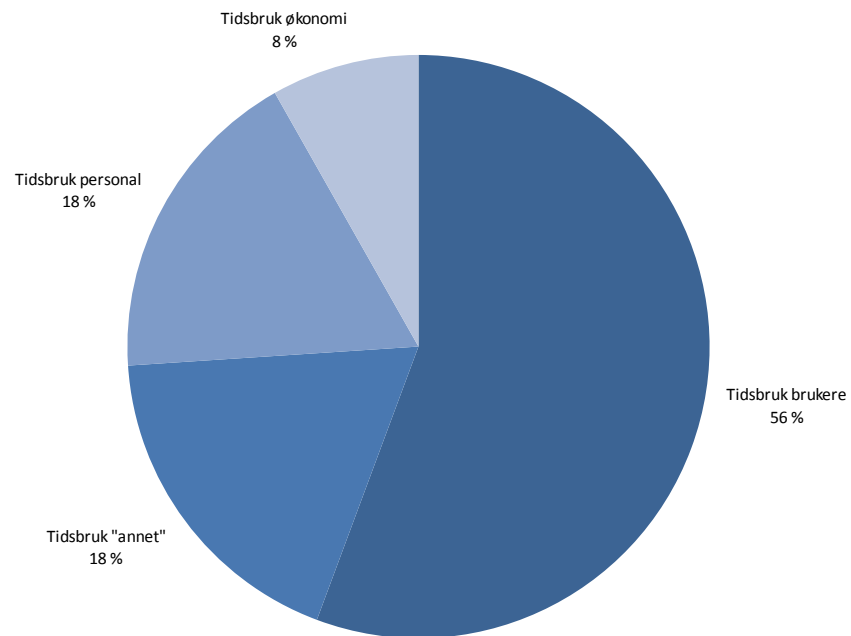
Som det fremgår av figur 14 er det tidsbruk knyttet til rapportering i brukernes journaler som skiller seg ut med størst tidsbruk, men også tidsbruken knyttet til å følge opp sykemeldte arbeidstakere i forhold til NAV er relativt ressurskrevende. Dette er oppgaver som er lovpålagt av statlige myndigheter. Av de ti aktivitetene er seks knyttet til brukerne, to til personal, en til økonomi og en til "annet".

4.5.8 Tidsbruk etter hovedkategori

En annen måte å betrakte tidsbruken til de ulike rapporterings- og dokumentasjonsaktivitetene, er å se denne i forhold til hovedkategoriene "personal", "brukere", "økonomi" og "annet".⁴⁷ Den relative fordelingen av respondentenes tidsbruk på disse fire hovedkategoriene er vist i figur 15.

⁴⁷ I avsnitt 4.5.4 er det nærmere beskrevet hva som inngår i "annet"-kategorien.

Figur 15: Relativ fordeling av respondentenes tidsbruk på rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter knyttet til "personal", "brukere", "økonomi" og "annet". (N=276).



Som det fremgår av figur 15 utgjør brukerrettede rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter 56 prosent av respondentenes tidsbruk på rapporterings- og dokumentasjonsarbeid. Tidsbruk knyttet til økonomisk rapportering utgjør 8 prosent av respondentenes samlede rapporterings- og dokumentasjonstidsbruk.

4.6 HVORFOR ØKTE KRAV TIL RAPPORTERING OG DOKUMENTASJON?

4.6.1 Økte krav til rapportering og dokumentasjon

”Rapporteringskravene har økt betydelig. Det har vært en byråkratisering av tjenestene. En driver nå med mer saksbehandling og registreringer enn før. Da la vi en lapp i en mappe.”

Diskusjonen i media de siste årene gir i likhet med sitatet over fra en sykepleier på et sykehjem, et bilde av at kravene til rapportering og dokumentering innenfor pleie- og omsorgssektoren har økt betydelig de siste årene. Kravene til dokumentasjon av undersøkelser og behandling utført av helsepersonell ble da også skjerpet fra 1.1.2001 med ny helsepersonellov og ny pasientrettighetslov. Flere lover som pålegger helsepersonell å dokumentere har sammen med blant annet flere lover, forskrifter og veiledere som ansatte i pleie- og omsorgssektoren må sette seg inn i og følge, gjennomføring av flere statlige tilsyn og krav om tettere oppfølging av sykemeldte, bidratt til flere krav til rapportering og dokumentasjon til statlige myndigheter. Når det gjelder krav til rapportering og dokumentasjon fra kommuneadministrasjonen har det særlig vært en økning i rapportering om ressursbruk og behov. Virksomhetene dokumenterer i dag også mye mer detaljert i journalene og skriver i større utstrekning referat fra møter med ansatte og pårørende enn de gjorde tidligere.

Store deler av økningen i rapportering og dokumentasjon innen pleie- og omsorgssektoren er ikke direkte brukerrelatert. Det gjelder ikke minst oppfølging av sykemeldte arbeidstakere i forhold til NAV og rapportering rundt ressursbruk og økonomi. Det er likevel vanskelig å anslå nøyaktig for det første - hvor stor økning det har vært i rapporterings- og dokumentasjonsarbeid innen sektoren, og for det andre – hvor stor andel av økningen i krav (tidsbruk knyttet til rapportering og dokumentasjon) som ikke er brukerrelatert.

I vårt datamateriale er det noe delte oppfatninger om hvorvidt det har vært en sterk vekst i rapporterings- og dokumentasjonskrav i sektoren. Hovedinntrykket vårt, etter å ha intervjuet mange ansatte på ulike nivå i pleie- og omsorgssektoren, er at det er blitt flere krav. De fleste lederne oppgir at tiden som går med til dokumentasjon og rapportering har økt sett i et 5-10 års perspektiv. En avdelingsleder sier: *”Mengde dokumentasjon har eksplodert.”* Det

pekes blant annet på at man nå i større grad enn tidligere skriver referat fra møter med pårørende, legevisitter, telefonsamtaler, osv. Videre mener mange at *"vi får tildelt flere og flere skjema vi skal fylle ut"* og *"å skrive oppfølgingsplaner tar mer mye mer tid nå enn før"*. Studien viser også at flere avdelingssykepleiere opplever at det er atskillig flere møter i dag enn det var tidligere, og som en avdelingssykepleier sier: *"All form for henvendelser skal dokumenteres. Det er dette som tar tid."* Flere avdelingsledere som mener at kravene har økt, er samtidig tydelig på at det ikke er satt av tilstrekkelig med ressurser til dette arbeidet eller tid til opplæring i journalsystemer og lignende.

Flere av informantene mener at det først og fremst er kommuneadministrasjonen selv som etterspør dokumentasjon. Dette henger nok delvis sammen med at de ansatte ikke alltid vet hvem som har pålagt dokumenteringen, eller hva kommunen skal rapportere videre til statlige myndigheter. To virksomhetsledere som mener dette, sier:

"Rapporteringen til staten er småtter. Det er de daglige kommunale tingene som tar tid."

"Andelen rapporteringer inn til staten har ikke endret seg så veldig, men det er blitt mye mer planarbeid, mer rapporteringer inn til kommunen."

Ikke alle informantene har en opplevelse av at det er blitt så mange flere krav til rapportering og dokumentasjon. De mener derimot at det forventes at de skriver mer *detaljert* i pasientjournalene, noe vi diskuterer nærmere i kapittel 5.4.1. Dette dreier seg om en opplevelse av at det i løpet av de siste årene er blitt viktigere å dokumentere stadig mer detaljert om brukerne - om almentilstand, aktivitetsnivå, matlyst osv. To helsefagarbeidere sier følgende om rapportering knyttet til brukerne:

"Økningen kom de siste 3-4 årene. Det er egentlig blitt helt annerledes enn før. Mye mer og mye mer systematisk og nøyaktig og detaljert."

"Før skrev vi ikke hver dag. Vi skrev hvis det skjedde noe. Nå skriver vi alt som skjer – både det vanlige og det uvanlige. Det som er i planen og det som er utenfor."

Informantene peker på at dette henger sammen med overgangen til elektronisk journalføring, som en helsefagarbeider sier:

"Vi har fått høre at det er veldig viktig å dokumentere den minste ting. Det ble særlig fokus på det da dataen kom for to år siden. Rapportering har alltid vært viktig, men nå er det liksom mer viktig. Vi er mer pålagt at vi må skrive mer og at alle må gjøre det."

Ansatte i sektoren og rådmenn vi har intervjuet peker på at det har skjedd en byråkratisering innenfor pleie- og omsorgssektoren. Flere sier: *"Det er blitt så byråkratisk."* En sykepleier ved en hjemmetjeneste forteller at skal vedtak endres, for eksempel hvis brukerne har behov for å motta flere timer hjemmesykepleie, har behov for fysioterapi osv., må det skrives skriftlige søknader. Det holder ikke å ringe som man tidligere kunne. *"Alt må komme som skriftlige søknader!"* Dette oppleves å ta mye tid. Det forventes også at hjemmeboende brukere selv skal kunne fylle ut søknader, noe de ofte ikke klarer, og dersom de ikke har pårørende som gjør dette, blir det en ekstra oppgave for de ansatte i hjemmetjenesten. En sykepleier i hjemmesykepleien forteller at deres arbeidsoppgaver har skiftet karakter og blitt byråkratisert:

"For ti år siden ga vi de tjenestene som brukerne hadde behov for. Nå er det så mange søknader. Det er blitt så byråkratisk. Vi holder på å lage et papirvelde som er helt fantastisk. Det tar veldig mye tid. Det er veldig lettvent å si - vi må ha skriftlig søknad. Det er vi som skal fylle ut alt dette!"

Rådmennene som inngår i studien vår, har alle inntrykk av at rapporterings- og dokumenteringsmengden har økt i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Flere mener også at denne sektoren har mer rapportering og dokumentasjon sett i forhold til de andre kommunale sektorene. Rådmennene legger vekt på at kvalitetsutviklingen i tjenesten har bevisstgjort kommunene på at dette er viktig, samtidig som den teknologiske utviklingen muliggjør dette mer enn før. Rådmennene er også klar over at en del av det rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som utføres i pleie- og omsorgssektoren, er pålagt av dem. Flere av rådmennene forteller at de forsøker ikke å gjøre dette til mer tidkrevende oppgaver enn nødvendig. To av rådmennene omtaler denne avveiningen slik:

"Politikerne finner dem nyttig, og for oss som ledelse er de også nyttige. Men det er et spørsmål om de er for omfattende. Det er ressurskrevende og tidkrevende når det står på, men vi prøver å sørge for at omfanget ikke skal bli for stort."

”Det er ikke sikkert vi er god nok på bare å be om rapporter og dokumentering som er nyttige.”

Dette viser at rådmennene er klar over at ansatte i pleie- og omsorgstjenestene må bruke mye tid på rapportering og dokumentasjon som også er pålagt av kommuneadministrasjonen, og som ikke alltid oppleves som like viktig. Samtidig er flere tydelige på at de forsøker å unngå unyttig rapportering.

4.6.2 Hva er drivkreftene bak utviklingen med økte krav?

Utviklingen vi har sett de siste årene med stadig flere krav til rapportering og dokumentasjon i pleie- og omsorgssektoren pålagt både av statlige myndigheter og kommunene selv, må som vi har diskutert tidligere i rapporten, forstås i en større kontekst.

Vi har i løpet av de siste 10-15 årene fått flere lovfestede rettigheter knyttet til pleie- og omsorgstjenestene. Dette gjelder blant annet Pasientrettighetsloven, Kommunehelsetjenesteloven, Helsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Lov om kommunale tjenester slår fast at kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, skal tilbys forsvarlige og nødvendige helse- og omsorgstjenester. Samtidig er brukere og pårørende blitt mer bevisst på hva de kan kreve av tjenester, og klager oftere hvis rettighetene ikke innfris slik man forventer. Dette er en del av en større *rettsliggjøringsprosess* som vi ser på mange områder i samfunnet. Stadig flere områder rettsreguleres, ikke minst innenfor velferdssektoren. Og ved innføringen av flere lovfestede rettigheter økte også statens behov for å kontrollere at kommunene innfrir lovene – gjennom forskrifter og veiledere som helsepersonell må sette seg inn i, og gjennom statlige tilsyn med sektoren. Med andre ord – rettsliggjøringsprosessen har medført økte krav til rapportering og dokumentasjon fra statlige myndigheter. Flere av rådmennene vi har intervjuet, peker på at kommunen må etterspørre en del rapportering og dokumentasjon ettersom det ligger krav til å dokumentere i lovgivningen. Det har også skjedd en bevisstgjøring blant ledelse og ansatte i sektoren om at dette er viktig, noe som henger sammen med en mer generell kvalitetsutvikling i tjenesten.

I kapittel 6 kommer vi nærmere inn på kontrollaspektet ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet. Dette må også ses i sammenheng med rettsliggjøringsprosessen.

i samfunnet. For kommunen blir det viktig at ulike sider ved omsorgstjenestene blir dokumentert, i tilfelle klager og kontroll. Rettsliggjøringsprosessen har dermed også medført økte krav til rapportering og dokumentasjon fra kommuneadministrasjonen.

Kommunens behov for og ønske om å ha dokumentert meste mulig henger også sammen med at *mediene* de siste ti-tyve årene i økende grad har fokusert på organiseringen av omsorgstjenestene, hvorvidt kvaliteten på tjenestene er tilstrekkelig god og om brukerne får innfridd sine rettigheter på dette området. Dette legger et ytterligere press på kommunene om å ha "sitt på det tørre", og som har bidratt til at kommuneadministrasjonen ønsker mer detaljert rapportering og dokumentasjon innen sektoren. Ansatte på sykehjem og i hjemmetjenesten kan for eksempel pålegges å rapportere hvor mye brukerne har spist til hvert måltid, i tilfelle pårørende klager eller brukeren blir syk og det blir stilt spørsmål ved hvor mye han eller hun har spist den siste tiden.

I neste kapittel vil vi se nærmere på utviklingen fra skriftlig til elektronisk rapportering. Når vi her diskuterer drivkreftene bak en utvikling mer flere krav til rapportering og dokumentasjon, kommer vi ikke utenom *den teknologiske utviklingen*. Bruk av PC og overgangen til elektroniske pasienjournalssystemer og avviksregistreringssystem har bidratt til at man nå kan dokumentere mer detaljert. Bruk av håndholdte terminaler har medført at man forventer at helsepersonalet rapporterer flere ganger i løpet av vekten.

4.7 SAMMENDRAG

I dette kapitlet har vi sett nærmere på hva personalet i pleie- og omsorgssektoren utfører av rapporterings- og dokumentasjonsarbeid. Dette omfatter krav som er pålagt av statlige myndigheter og av kommuneadministrasjonen, samt egeninitiert i virksomhetene. Vi har videre diskutert de ansattes opplevelser av hvor tidkrevende rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet er.

Når det gjelder rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver relatert til *personalet* er det oppfølging av sykemeldte, HMS-arbeid og referat fra møter med ansatte som tar mest tid. Når det gjelder oppgaver relatert til *brukerne* er det rapportering i journalene og utarbeidelse og oppdatering av pleieplanene som tar mest tid. Når det gjelder oppgaver relatert til *økonomi* er det rapportering om

Økonomi og ressursbruk som tar mest tid. Sett under ett, er det rapportering i brukernes journaler som tar mest tid. Oppfølging av sykemeldte, arbeid med pleieplaner og lignende, kvittering for medisiner og det å besvare henvendelser om brukerne følger på de neste plassene.

Rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter knyttet til statlige krav legger beslag på om lag om lag 5590 årsverk tilsvarende lønnskostnader på 2,5 mrd. kr. Kommunale krav legger beslag på 4222 årsverk tilsvarende lønnskostnader på 2374 mill. kr.

Informantene opplever at kravene til rapportering og dokumentasjon innen pleie- og omsorgssektoren har økt de siste årene. Samtidig pekes det på at dokumenteringen, og da særlig i brukernes journaler, er blitt mer detaljert. Utviklingen med økte krav til rapportering og dokumentasjon må ses i en større samfunnsmessig kontekst, hvor ikke minst en rettsliggjøringsprosess med flere lovfestede rettigheter og økt bevissthet i befolkningen rundt hva en kan kreve av tjenester, har bidratt til flere krav, og da særlig fra statlige myndigheter som gjennom bl.a. tilsyn ønsker å kontrollere at kommunene oppfyller lovene. Også medias økte fokus på innhold i omsorgstjenestene og den enkeltes rettigheter innenfor helse- og omsorgsfeltet, kan ses som en pådriver i forhold til økte rapporterings- og dokumentasjonskrav, og har ikke minst påvirket kommunenes behov for "å ha sitt på det tørre" i tilfelle kontroll og klager. Samtidig har den teknologiske utviklingen med bruk av PC og elektroniske journalsystem lagt forholdene til rette for mer og mer detaljert rapportering og dokumentasjon.

5. ORGANISERING OG UTFORDRINGER

I studien har vi sett at det varierer hvilken praksis sykehjemmene og hjemmetjenestene har rundt rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet. Dette omfatter blant annet hvem som rapporterer hva, når arbeidet utføres, hva som rapporteres og hvordan rapporteringen skjer. I dette kapitlet vil vi gå nærmere inn på hvordan rapporterings- og dokumenteringsarbeidet praktiseres og organiseres i pleie- og omsorgssektoren. Vi vil videre drøfte opplevde utfordringer knyttet til ulike sider ved dette arbeidet. Sist i kapitlet vil vi se nærmere på hva informantene mener er viktig for å få til god praksis rundt rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet.

5.1 HVEM RAPPORTERER HVA?

Nedenfor vil vi se på hvilke rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver ansatte på ulike nivå i pleie- og omsorgssektoren utfører.

Virksomhetsleder⁴⁸ er øverste leder for virksomheten med ansvar for personal, økonomi og fag. Hun eller han ivaretar administrative oppgaver og lederoppgaver, og organiserer møter om økonomi, turnus, personalsamtaler, arbeidsmiljø, avvik osv. og sørger for opplæring og videreutdanning av personalet. Oppfølging av sykemeldte er en sentral del av arbeidsoppgavene til virksomhetslederen. Det er også vanlig at virksomhetslederen deltar i møter med pårørende dersom det har oppstått misnøye eller konflikter, og deltar i møter sammen med andre ledere i kommunen.⁴⁹

Avdelingslederne har noen steder rene administrative stillinger, mens dette de fleste steder også er brukerrettede stillinger, i motsetning til

⁴⁸ Det varierer noe hvordan stillingen som virksomhetsleder er utformet. Stillingsbenevnelsen vil også være forskjellig. Dette henger bl.a. sammen med hvordan arbeidsdelingen er ved den enkelte virksomhet, men også hvordan den som til enhver tid innehar stillingen utformer den. Selv om stillingsutformingen varierer noe fra virksomhet til virksomhet er beskrivelsen i dette avsnittet representativ for det datautvalget som ligger til grunn for denne studien.

⁴⁹ Virksomhetslederne jobber vanligvis ikke brukerrettet, og siden formålet med vår studie har vært å se på i hvilken grad rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver trekker pleieressurser bort fra direkte brukerrettet arbeid, vi vil derfor ikke legge stor vekt på denne stillingskategorien i den videre drøftingen i rapporten. Samtidig ser vi at virksomhetsledernes og avdelingsledernes arbeidsoppgaver henger sammen.

virksomhetslederstillingen. Avdelingslederne ved sykehjem og hjemmetjenester er vanligvis sykepleiere. De har i tillegg til journalføring ansvar for en rekke faglige og administrative oppgaver. Det varierer hvor tungt belastet avdelingslederne sier at de er når det gjelder administrative oppgaver som oppfølging av sykemeldte, turnuslister og lønn. Avdelingsledernes arbeidssituasjon synes å avhenge mye av virksomhetsledernes arbeidssituasjon som ofte delegerer administrative oppgaver de selv ikke har tid til. Hva avdelingslederne må utføre av administrative oppgaver avhenger også, i likhet med virksomhetsledernes arbeidsoppgaver, av hvilke merkantile ressurser virksomheten har. Flere avdelingslederne vi intervjuet, peker på at de bruker mye tid på administrative oppgaver, som en sier:

”For min del går det mest tid til personaladministrasjon i en eller annen form, desidert mest. (...) Alt fra vakter som skal dekkes opp, turnusarbeid, arbeidsmiljøforhold i en eller annen form, følge opp sykemeldte. Mesteparten av tiden går til det.”

I tillegg til rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver har altså virksomhetslederne og avdelingslederne andre administrative oppgaver, knyttet til blant annet lønn, personal, pårørende, HMS og kvalitetssikring.

Sykepleierne har et større rapporterings- og dokumenteringsansvar enn helsefagarbeiderne, men mindre enn avdelingslederne. I tillegg til å skrive i brukernes journaler er det vanligvis sykepleierne som har ansvar for å fylle ut IPLOS. Det varierer hvordan dette praktiseres. Noen steder er det en eller noen få sykepleiere som har ansvar for dette, mens det andre steder kan være flere. Likevel er det vanlig at sykepleierne drøfter dette med andre ansatte, også helsefagarbeiderne, før de fyller ut skjemaene. Sykepleierne regnes generelt som faglige ledere i forhold til helsefagarbeiderne. Dette skillet praktiseres på en måte som er langt mer merkbart i sykehjemmene enn i hjemmetjenesten. I hjemmesykepleien er skillet mellom sykepleiere og helsefagarbeidere nokså uklart fordi yrkesgruppene i stor utstrekning utfører de sammen arbeidsoppgavene. En teamleder i hjemmetjenesten sier at det er ideen om at hjemmeboende brukere skal ha færrest mulig tjenesteytere å forholde seg til som fører til at *”sykepleiere gjør mange oppgaver som ikke er sykepleieoppgaver”*. I sykehjemmene er dette annerledes. Arbeidsdelingen er tydeligere. Ved enkelte sykehjemsavdelinger tar sykepleierne del i pleie og stell av brukerne, men dette er i hovedsak helsefagarbeidernes arbeidsområde. Sykepleierne utfører en stor del av arbeidsoppgavene som er knyttet til legemidler, prøvetaking og faglig dokumentasjonsarbeidet ved avdelingen. Dokumentasjonsarbeidet består i å føre

inn opplysninger og vurderinger i pasientjournalene, lede muntlige rapportmøter, rapportere og skrive referat fra møter med lege, pårørende og brukere.

Det varierer noe hvor omfattende dokumentasjonsoppgaver helsefagarbeiderne har. I likhet med sykepleierne er de pliktig til å dokumentere tjenestene de yter overfor brukerne, i brukernes journaler. En avdelingssykepleier i hjemmetjenesten peker på hvor viktig det er at alle dokumenterer:

”I åpen omsorg legger vi vekt på at alle er like viktig. Alle skal dokumentere og gjøre vurderinger. De som er nærmest brukerne ser hva som er nødvendig og vi må ha deres vurderinger. Dessuten er hjelpepleierne ofte de mest stabile ansatte mens sykepleierne er mer flyktige. Hjelpepleierne er ofte så gode, og derfor er det helt avgjørende at alle dokumenterer.”

Men selv om både sykepleierne og helsefagarbeiderne skal skrive i journalene etter hver vakt, ser vi at det varierer noe hva helsefagarbeiderne og sykepleierne legger vekt på. En sykepleier sier:

”Som sykepleier dokumenterer og rapporterer vi mer når vi har hatt legevisitt, prosedyrer og litt mer kliniske ting. Men som sagt, det går mye i stell og mat. Vi rapporterer like mye om det i tillegg da. Begge deler. Vi har muntlige rapportering mellom hvert vaktskifte, pluss at vi skal dokumentere i Visma⁵⁰. Vi har fått beskjed om at vi skal dokumentere alle pasienter daglig etter hver vakt.”

Helsefagarbeiderne som har medisindelegasjon, kan også krysse av for medisin som er gitt. Enkelte steder deltar også helsefagarbeiderne i utforming og evaluering av pleie- og tiltaksplaner. De skal også registrere avviksmeldinger. Som vi har vært inne på tidligere, varierer det noe hvilke rutiner virksomhetene har rundt journalføringen. De ansatt skal i utgangspunktet rapportere etter hver vakt. Dette skjer vanligvis elektronisk. Ofte blir mye skrevet ned i permer, på lapper og lignende i tillegg. Noe av dette blir også skrevet inne elektronisk, men ikke nødvendigvis alt. Enkelte steder rapporterer de ansatte i løpet av vekten, men det som er mest vanlig er å rapportere mot slutten av hver vakt. I noen tilfeller overleveres informasjon muntlig til ansatte som kommer på neste vakt, som skriver det inn i journalen.

⁵⁰ Visma er et elektronisk pasientjournalssystem.

5.2 RAPPORTERING - SKRIFTLIG, ELEKTRONISK OG MUNTLLIG

Informasjon og vurderinger om utført eller påbegynt behandling og pleie, og brukernes behov, blir rapportert både muntlig og skriftlig. Den muntlige rapporteringen foregår i en nokså tradisjonell form, mens den skriftlige rapporten er mer omfattende, spesifikk og presis enn det som var vanlig tidligere. I dag skjer det meste av den skriftlige rapporteringen elektronisk.

5.2.1 Fra skriftlig til elektronisk rapportering

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) har i løpet av de siste tiårene inntatt alle deler av samfunnet, selv om pleie- og omsorgssektoren i varierende grad har tatt i bruk denne teknologien. I kommunene begynte man først å ta i bruk saksbehandlingssystemer i pleie- og omsorgssektoren for å håndtere søknader om forskjellige kommunale tjenester (Aune 2007). Etter hvert oppsto det et større behov for å kunne dokumentere de tjenestene og den helsehjelpen som faktisk ble gitt. Det er etter hvert blitt stilt stadig større krav til informasjonsutvekslingen, for å øke samhandling, kvalitet og effektivitet (Meum 2010). Da helsepersonelloven ble innført i 2001⁵¹, fikk de ansatte i pleie- og omsorgssektoren den samme journalføringsplikten som helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Dette førte til at det ble utviklet nye moduler og ny funksjonalitet i IKT-systemene for pleie og omsorg (ibid.). Det ble laget moduler for blant annet pleieplaner, legemidler og journalnotater. Helsepersonelloven § 46 åpner for at pasientjournalen kan føres elektronisk. Innenfor pleie- og omsorgssektoren har det i løpet av de siste årene skjedd en overgang til elektronisk rapportering i brukernes journaler. Den elektroniske pasientjournalen er det mest sentrale informasjons- og kommunikasjonsverktøy for helsepersonell i den daglige pasientbehandlingen.⁵²

Hver bruker eller beboer har i tillegg pleieplaner/tiltaksplaner. I enkelte virksomheter har man pleiekort som er en forenklet pleieplan, i tillegg eller i stedet for pleieplaner. Her står det blant annet hvordan brukeren skal stelles. Pleiekortene henger gjerne på badet der brukeren bor. I casestudien har vi sett at enkelte kan ha opptil syv pleieplaner som pleierne skal følge opp og rapporterer i forhold til. Dette er utfyllende informasjon om hvilke tjenester brukeren skal

⁵¹ Helsepersonelloven ble sist endret i 2011.

⁵² Pleie- og omsorgssektoren i kommunene benytter ulike pasientrapporteringssystemer for elektronisk journalføring, deriblant Geric og Profil.

motta. Pleieplanene evalueres og oppdateres med jevne mellomrom. En hjelpepleier ved et sykehjem forteller dette:

”Alle pasientene jeg har, har syv tiltaksplaner og det skal rapporteres hver dag på alle. Før skrev jeg bare hvis noe avvek fra planene, men jeg forstår at med dette har vi gardert oss og vist at alle har fått tilsyn på hver vakt. Jeg bruker rundt regnet 30 minutter hver dag på dokumentasjon. Så skal alle planene oppdateres hver tredje måned. Det tar ca 1,5 time for hver pasient.”

De ansatte som inngår i studien, trekker frem flere fordeler med elektronisk journalføring og informasjonsutveksling. Elektroniske journaler blir jevnt over oppfattet som positivt og som en forbedring. En av sykepleierne i hjemmesykepleien påpeker de positive sidene som muligheten for å sende e-post med kliniske problemstillinger til fastlegen og få svar innen få dager, og sykehuset kan sende epikriser og papirer elektronisk til hjemmesykepleien. Elektroniske registreringer av informasjon er effektivt blant annet fordi informasjonen blir tilgjengelig for flere uavhengig av tid og sted. Pasientinformasjon kan følge brukerne elektronisk inn og ut av sykehus og til tildelingskontor. Ifølge Aune (2007) vil effektivisering av informasjonshåndteringen innen helse-, pleie- og omsorgssektoren ha økonomiske betydninger, samt kunne ha betydning for pasientsikkerheten. Han mener blant annet at elektronisk utveksling eller deling av informasjon om legemidler kan redusere mye av den feilmedisineringen som skjer i dag. Selv om utbredelsen av elektronisk meldingsutveksling øker, er det fremdeles ikke alle samarbeidspartnere, deriblant sykehusavdelinger, som har elektroniske journalsystemer som de kan overføre digital informasjon til eller motta fra. Og derfor må altså, som våre informanter peker på, ofte henvisninger og epikriser fortsatt skrives ut på papir, sendes per post og skannes inn i mottakernes system. Det pekes også på at slike elektroniske system skaper etiske utfordringer med hensyn til personsikkerhet fordi mange har tilgang til informasjonen.

De ansatte bruker fortsatt mye av sin tid på å innhente papirbasert og telefonisk informasjon om brukerne, og formidler ulike typer informasjon og dokumenter i papirbaserte systemer. Det pågår en diskusjon mange steder rundt hva som skal dokumenteres elektronisk og hva som kan videreformidles skriftlig og/eller muntlig til neste vakt. Tidligere ble opplysninger om pasientene nedtegnet på papir og lagt i permer eller arkivmapper. Beskjeder ble skrevet på lapper og arkivert på samme måte. I dag skal altså pasientjournalene føres elektronisk.

Likevel er fremdeles permer som inneholder for eksempel timelister og skjema som skal fylles ut i forbindelse med utdeling av legemidler vanlig. Flere er tydelige på at det er viktig at alt rapporteres elektronisk. En sykepleier forteller:

”EPJ⁵³ er en stor fordel. Vi får ut informasjon om hvem som dokumenterer og hvem som ikke gjør det og driver med opplæring på det. Vi har prosjekt i samarbeid med høgskolen i praktiske sykepleierprosedyre, slik at vi alle lærer. Dette gjør vi for å øke kvaliteten på dokumentasjon og legge inn prosedyrer som skal følges. Vi har høyt fokus på dokumentasjon.”

Samtidig som det har skjedd en overgang til elektronisk rapportering, rapporteres og dokumenteres det som nevnt, fremdeles mye på papir. Informantene argumenterer for at det kan være ulike årsaker til at det kan være hensiktsmessig å rapportere på papir, enten i tillegg til eller i stedet for elektronisk. Vi vet at det er ikke alltid ansatte har tid, mulighet eller prioriterer å lese i journalene når de kommer på vakt. Dersom det er viktig informasjon neste vakt må få om brukerne kan det være hensiktsmessig å overlevere denne muntlig eller via lapper og lignende. En sykepleier sier:

”Det er ikke alt vi skriver i Kostdoc⁵⁴. Hvis det ikke er viktig nok skriver vi det heller på en blokk som en beskjed til neste vakt, for eksempel hvis en ikke har matlyst i dag så skriver vi det på blokken til neste vakt. Noen kan være litt for ivrig med å rapportere. Vi vil at en skal vente litt å se om dette er noe som vedvarer. Vi er fortsatt veldig flink med muntlig rapportering.”

Som dette sitatet illustrerer, anses også muntlig informasjonsutveksling for å være viktig.

5.2.2 Muntlig rapportering

Selv om tidsbruk knyttet til muntlig rapportering ikke inngår i studien vil vi likevel kort redegjøre for hva den innebærer, ettersom den skriftlige rapporteringen og dokumenteringen må forstås i sammenheng med den muntlige.

Både i sykehjem og hjemmetjeneste er det vanlig at informasjon utveksles muntlig ved vaktskifte morgen, ettermiddag og kveld. Enkelte steder er det også rapporteringsmøte midt på dagen. Dette kan være et møte hvor ansvarsvakt

⁵³ Elektronisk pasientjournal (EPJ)

⁵⁴ Kostdoc er et elektronisk pasientjournalssystem

rapporterer til påkommende ansvarsvakt eller et møte hvor alle som er på vakt er tilstede og utveksler informasjon. Midtveisrapporter foregår vanligvis i lunsjen og tar om lag 30 minutter. Enkelte steder går en gjennom alle brukerne, vurderer forholdet mellom behov og tjenestetilbud, og koordinerer arbeidsoppgaver mellom personalet. Andre steder nevnes bare situasjoner som er utenom det vanlige og brukere som har fått nye eller endrede behov. Det påpekes av informantene at dette er viktige møter. En sykepleier sier:

”Jeg føler at jeg skal ha 90 pasienter ”under huden”. Det er mange og det tror jeg ikke alltid jeg klarer. Jeg skal kjenne sykehistorien, funksjonsnivået... Det er kjempeviktig at vi har samme forståelse ellers blir det lett at vi gjør det på hver vår måte. Vi er nødt til å samles og snakkes.”

De aller fleste informantene vi intervjuet, opplever muntlige rapporter som avgjørende for å kunne gjøre en tilfredsstillende jobb og for å utveksle informasjon og vurderinger om brukernes situasjon. En sykepleier i hjemmetjenesten som opplever at den muntlige rapporteringen er svært sentral og fyller en viktig informasjons- og kontrollfunksjon, sier:

”Morgenmøtet og midtveisrapporteringen er svært viktig. Ufaglærte og hjelpepleiere må fortelle, sånn at sykepleierne får informasjon og kan vurdere eventuelle behov for annen hjelp. Det er viktig at de tør å si ifra, selv om jeg har det travelt. Det er mye viktig informasjon som kommer fra ufaglærte. De må si fra hvis noe avviker fra det som er normalt.”

Den muntlige rapporteringen oppleves altså som svært viktig, *i tillegg til* den skriftlige. Og som vi ser, er det nettopp gjennom muntlig rapportering at de *ufaglærte* får overlevert viktig informasjon. En avdelingsleder som mener at den muntlige rapporteringen er like viktig som den skriftlige legger vekt på at ansatte da kan stille spørsmål rundt den informasjonen som gis. Ifølge henne kan informasjonen som står i rapportene ofte være for lite utfyllende. Selv om det i løpet av de siste årene har skjedd en stor utvikling når det gjelder rapporteringspraksisen i omsorgstjenestene, ikke minst med tanke på innføring av elektronisk rapportering, er altså som vi har sett i studien, fremdeles den muntlige rapporteringen ved vaktskifte og eventuelt også midt på dagen, sentral.

5.3 HÅNDHOLDTE TERMINALER

Velferdsteknologi brukes for å effektivisere pleie- og omsorgstjenestene. Et eksempel på ny teknologi som kan erstatte manuelle rutiner, er bruk av håndholdte terminaler til dokumentasjonsarbeid. Disse brukes av hjemmetjenesten i flere kommuner, også flere av hjemmetjenestene som inngår i studien vår. Håndholdte terminaler, også kalt PDA (personal digital assistant), er små, mobile og trådløse datamaskiner. De er blitt kjøpt inn for å effektivisere og bedre kvaliteten på dokumentasjonsarbeidet i hjemmetjenesten. Ved å bruke håndholdte terminaler kan ansatte få arbeidslister, oversikt over hva som skal gjøres, pleieplaner, medisinkort og annen relevant informasjon om pasienten ved hjelp av maskinen som til enhver tid blir oppdatert.

Fordelene ved bruk av håndholdte terminaler er at ansatte etter hjemmebesøk umiddelbart kan logge seg inn på datanettverket til hjemmetjenesten i kommunen og skrive inn ny, oppdatert informasjon. Dataene blir kryptert og synkronisert over mobiltelefonnettet. Etter synkroniseringen tømmes dataene fra terminalen og datasystemet er oppdatert umiddelbart. Intensjonen er at de ansatte skal bruke mindre tid på rapporteringen (slipper å dra inn og rapportere), noe som anses som bedre ressursutnyttelse – de kan i stedet rekke over flere brukere eller bruke mer til hos hver bruker. Bruk av håndholdte terminaler anses også å kunne bedre kvaliteten på tjenestene ved at de ansatte får tilgang på nødvendige brukeropplysninger der og da. Samtidig legges det mindre press på felles PC`er.

Samtidig har vi sett at man enkelte steder opplever bruk av håndholdte terminaler som utfordrende, på flere måter. I utgangspunktet skal disse mobile terminalene gjøre rapporteringsarbeidet mer effektivt, men flere av våre informanter peker på at de ofte må gjøre rapporteringsarbeidet to ganger, som en sykepleier sier:

”Vi har håndholdte terminaler. Det går bra, men vi skriver ikke lange ting, bare korte beskjeder. De er så små, så ofte blir det ikke helt riktig skrevet og vi må endre eller rette på det, på datamaskinen, når vi kommer inn.”

Det oppleves altså problematisk at det er vanskelig å skrive fritekst. Det blir også påpekt at det kan medføre at ting som burde vært dokumentert faller ut. Flere av de ansatte vi intervjuet som anvender håndholdte terminaler, har hatt problemet med PDA`ene og praktiserte det vi kan kalle en ”delt løsning”. Dersom det er nødvendig å dokumentere mer og skrive mer enn kun litt tekst, skrives dette inn

når personalet er inne på hjemmetjenestens kontor. Det er enten i lunsjpausen, midt på dagen eller en stund før vaktskifte. Informantene fra hjemmetjenesten fortalte at det kan være så stor trafikk på datanettverket der de er at de ikke klarer å logge seg på. Også i slike situasjoner samler personalet opp opplysninger fra brukerne de besøker og skriver det inn i journalen når de kommer inn igjen på hjemmetjenestens kontor. Det sies også at det er lett å skrive feil – og at en ofte ikke ser feilene før en går inn på journalen fra en vanlig datamaskin. Informantene mener derfor det er svært viktig at personalet som bruker PDA'er sjekker at det de har skrevet fra bilen ble korrekt.

Andre utfordringer knyttet til bruk av håndholdte terminaler som informantene peker på er at de får problemer når "nettet er nede", maskiner er i utstand og lignende. En sykepleier fortalte at kommunen hadde kjøpt PDA'er som ikke tålte kulde særlig godt, noe som skapte betydelige problemer. Det ble også nevnt at mange ansatte ikke behersker PDA'ene skikkelig og det derfor har vært en noe lunken holdning til denne typen teknologi så langt blant personalet.

En hjelpepleier forteller at selv om håndholdte terminaler etter hans oppfatning er et gode, er det ikke blitt mindre papirarbeid av det. Han forteller:

"Før hadde vi perm. Det er mye bedre nå med elektoriske system. Det er mer tilgjengelig for oss, men det er ikke blitt mindre papir. Vi kan ikke stole bare på dataen. Plutselig stopper den håndholdte terminalen, så vi må skrive på papir også, for det er ikke alltid den PDA'en fungerer."

Flere rådmenn som vi intervjuet, gir uttrykk for at de anser at teknologiske hjelpemidler, som PDA, er et eksempel på, vil få stadig større betydning i pleie- og omsorgstjenesten i fremtiden. Enkelte forteller at kommunen vurderer å innføre håndholdte terminaler, for å spare tid og ressurser.

I spørreskjemaet ble respondentene spurt om det på deres arbeidsplass var tatt i bruk håndholdte terminaler.

Tabell 21 Har din arbeidsplass tatt i bruk håndholdte terminaler, etter arbeidssted, prosent (N=276)

	Ja	Nei	Vet ikke	Sum	Totalt
Sykehjem	5	81	14	100	79
Hjemmetjeneste	31	63	6	100	78
Boliger for funksjonshemmede	0	86	14	100	71
Annet sted	14	9	77	100	44
<i>I alt</i>	<i>12</i>	<i>76</i>	<i>12</i>	<i>100</i>	<i>276</i>

Vi ser i tabellen over at kun 12 prosent av respondentene (32 personer) oppgir at slike terminaler er tatt i bruk. Andelen er sannsynligvis noe høyere da det er en tilsvarende andel som ikke har kunnskaper om dette (12 % har svart vet ikke). Stort sett foregår altså rapporteringen uten bruk av mobile terminaler. Tabellen viser også at en adskillig større andel av de som jobber i hjemmetjenesten (31 %) oppgir at arbeidsstedet har tatt i bruk håndholdte terminaler enn av de som jobber på sykehjem (5 %). Av respondentene som har svart at arbeidsplassen har tatt i bruk håndholdte terminaler jobber et stort flertall i hjemmetjenesten (86 %), mens kun 14 prosent jobber i sykehjem.⁵⁵

Respondentene som svarte ja på om håndholdte terminaler var tatt i bruk, ble så bedt om å gi en vurdering av om dette tiltaket har bedret kvaliteten på dokumentasjonsarbeidet samt om det har gjort dette arbeidet mer tidsbesparende.

Tabell 22 Bruk av håndholdte terminaler har bedret kvaliteten på rapporteringen/dokumentasjonsarbeidet, absolutte tall (N=28), prosent i parentes

	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Totalt
Sykehjem	2	2	0	0	0	4
Hjemmetjeneste	5	7	8	2	2	24
<i>I alt</i>	<i>7 (25)</i>	<i>9 (32)</i>	<i>8 (29)</i>	<i>2 (7)</i>	<i>2 (7)</i>	<i>28 (100)</i>

I tabellen over ser vi at over halvparten (57 %) av respondentene som har svart på dette spørsmålet, har svar at de er helt eller delvis enig i at bruk av håndholdte

⁵⁵ Dette vises ikke i tabell.

terminaler har bedret kvaliteten på rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet. Kun 14 prosent svarte at de var delvis eller helt uenig i denne påstanden.⁵⁶

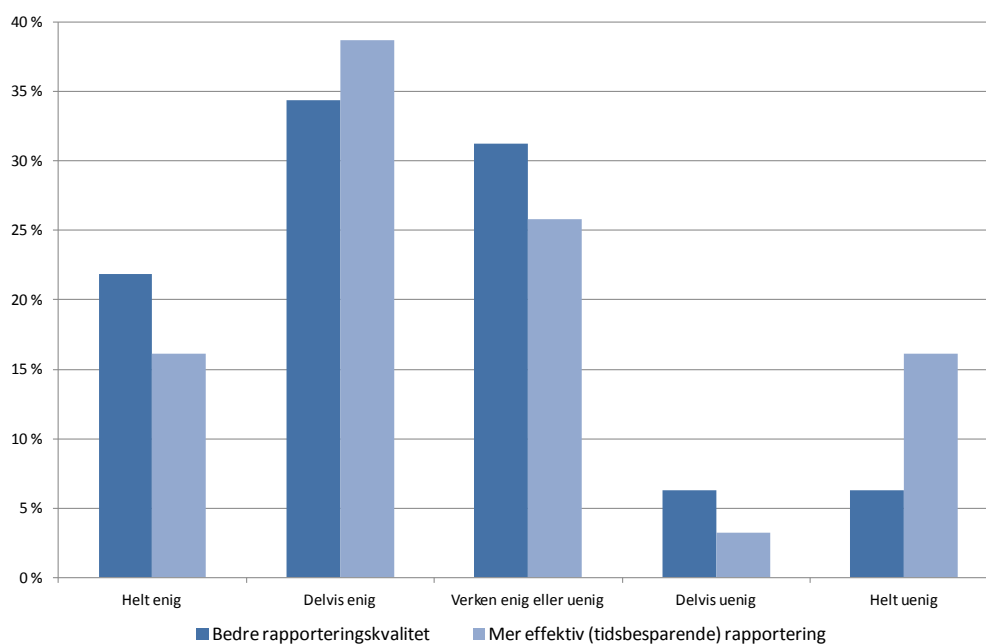
Tabell 23 Bruk av håndholdte terminaler har gjort rapporteringen/ dokumentasjonsarbeidet mer effektivt, absolutte tall (N=28), prosent i parentes.

	Helt enig	Delvis enig	Verken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Totalt
Sykehjem	2	2	0	0	0	4
Hjemmetjeneste	3	9	6	1	4	24
<i>I alt</i>	5 (18)	11 (39)	6 (21)	1 (4)	4 (14)	28 (96)

Som vi ser i tabell 23 mener også over halvparten (57 %) av de som har svart på spørsmålet, at bruk av håndholdte terminaler har gjort rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet mer effektivt. Omtrent en av fem (18 %) er delvis eller helt uenig i påstanden i dette spørsmålet. Svarene på disse spørsmålene illustreres også i figur 16.

⁵⁶ Det er her viktig å understreke at N er liten i tabell 22 og 23.

Figur 16: Respondentenes synspunkter på håndholdte terminaler sin betydning for rapporteringskvalitet og rapporteringseffektivitet. (N=32).



Som det fremgår av figur 16 er det en klar majoritet av respondentene som har besvart dette spørsmålet, som er enige i at bruk av håndholdte terminaler bedrer både rapporteringskvaliteten og rapporteringseffektiviteten. Hvis vi kun forholder oss til ytterpunktene "helt enig" og "helt uenig", synes det som om det er noe større enighet om at slike terminaler forbedrer *kvaliteten* på arbeidet og litt mindre enighet om at de medfører at arbeidet kan utføres mer *effektivt* (raskere).

5.4 UTFORDRINGER KNYTTET TIL RAPPORTERINGS- OG DOKUMENTASJONSARBEID

Nedenfor vil vi diskutere enkelte utfordringer knyttet til ulike sider ved rapporterings- og dokumenteringsarbeidet som våre informanter forteller om. Dette er utfordringer som har betydning både for kvaliteten av det som rapporteres og dokumenteres, men også for ressursbruken - hvor effektivt arbeidet kan gjøres.

De største utfordringene kan oppsummeres i følgende punkter:

- Usikkerhet rundt hvor omfattende og detaljert rapporteringen i journalene skal være
- Ikke tydelig hva som skal rapporteres og hvordan
- Ikke satt av tilstrekkelig tid til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid
- Praktiske utfordringer – bl.a. mangel på eller for få pc'er
- Utydelig hvordan det som rapporteres følges opp
- Uklart hvorvidt dokumentasjonen fanger virkeligheten

Disse punktene vil vi nedenfor diskutere nærmere. Andre utfordringer knyttet til tidsbruk i omsorgstjenestene, som vi ikke vil gå nærmere inn på her, men som ansatte vi har intervjuet har nevnt er:

- Det er vanskelig å dokumentere tid brukt på "ikke ansikt til ansikt" – oppgaver⁵⁷
- Dårlig oppfølging av hjemmeboende eldre av fastlegen kan medføre ekstra arbeid for de ansatte⁵⁸
- Utarbeidelse av diverse planer (virksomhetsplaner, årsmeldinger, handlingsplaner osv.) oppleves ikke alltid nyttig, men tar mye tid

⁵⁷ Dette er arbeidsoppgaver/aktiviteter som ikke gjennomføres fysisk sammen med en eller flere brukere. Det kan f.eks. være forflytningstid, henting/leving av medisin/utstyr, bære ut søppel osv.

⁵⁸ Ansatte i hjemmetjenesten mener dette medfører økt arbeidsmengde for dem, bl.a. ved gjennomgang av medisinlister.

5.4.1 Hvor omfattende og detaljert skal rapporteringen i journalene være?

Den journalansvarlige, vanligvis en sykepleier, skal ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i journalen. Ifølge Helsepersonelloven skal relevante og nødvendige opplysninger om pasienten nedtegnes. Dette anses som viktig for kvaliteten på dokumentasjonen. Pasientjournalforskriften § 8 (2001) inneholder en oppregning av hvilke opplysninger og dokumentasjon som skal inngå i journalen dersom de er "relevante og nødvendige".⁵⁹ Opplistingen er verken ment som krav til hva som skal være med eller som en uttømmende liste.

Gjennom intervjuene vi har gjort med ledere, sykepleiere og helsefagarbeidere i sykehjem og i hjemmetjenester, gir likevel flere uttrykk for at de mener det skrives mye unødvendig i journalene. Dette er viktig å diskutere, av to grunner: For det første hevder flere at viktig informasjon "drukner" i mye uviktig informasjon. For det andre har dette betydning i forhold til hvor mye tid ansatte bruker på den daglige rapporteringen.

Aller først må det understrekes at de ansatte mener at kvaliteten på rapporteringen er blitt bedre, siden det nå i større grad dokumenteres mer spesifikt. For eksempel, i stedet for å skrive at "han spiste godt" skriver man nå "han spiste tre brødskriver". En sykepleier i hjemmesykepleien forteller dette:

"Alle må inn å skrive noe hver dag. Vi har bestemt det. Alle brukere har en dagsplan der det står hva vi skal gjøre hos dem og spesielt hvis det er avvik i forhold til den skal det skrives inn. Vi prøver å ha litt fokus på hva vi skriver. "Spist og drukket godt" sier oss ingenting. Da må du i så fall skrive "spist to brødskriver". Vi har mange med kognitiv svikt, og da vil vi gjerne at de skriver litt om hvordan de var i dag. Hva var problemet i dag? Det vi skriver ned kan jo brukes i en sykehjemssøknad."

Samtidig har vi sett at det er store variasjoner mellom kommuner og mellom ulike virksomheter hvordan journalføringen praktiseres. Sykehjemmene og hjemmetjenestene har til en viss grad frihet til selv å bestemme hva og hvor mye som skal journalføres. Gjennom samtaler med ansatte i pleie- og omsorgssektoren i seks kommuner så vi at mens man noen steder kun dokumenterer avvik fra det normale og forhold som bør følges opp, er man andre steder tydelig på at "alle skal skrive noe" om brukerne, uansett om dagen har vært "normal". Her følger

⁵⁹ Dette er opplysninger som det i den aktuelle undersøkelses-, behandlings- og pleiesituasjonen er behov for å ha tilgjengelig for å kunne gi helsetjenester på en forsvarlig måte (SHdir 2006).

man prinsippet "det som ikke er dokumentert er ikke gjort". Ved enkelte virksomheter så vi altså at det legges stor vekt på å dokumentere svært mye i forhold til brukerne. Dette er også noe som flere steder kontrolleres. En sykepleier fra hjemmetjenesten sier dette:

"Vi skriver mer enn vi rekker å lese. Vi dokumenterer alt vi gjør. Det betyr mye lesing også. Fått mat, fått rullet håret, alt ned til minste detalj skal dokumenteres. Vi har en liste over hva som skal gjøres. Så skal vi rapporterer i forhold til de punktene. Har det skjedd noe mer så må vi rapporterer på det. Ser vi at et sår holder på å oppstå skal det rapporteres på det også. Før skrev vi ikke hver dag, men hvis det skjedde noe. Nå skriver vi alt som skjer, både det vanlige og det uvanlige. Det som står i planene og det som er utenfor."

I andre sykehjem skriver ikke de ansatte ned alle aktiviteter brukerne har mottatt og tatt del i, men registrerer om dagen har vært som vanlig og beskriver avvik fra det vanlige. To ansatte i hjemmetjenesten forteller:

"Hvis en person skal ha hjelp til morgenstell og det står i tiltaket, det ligger da som et oppdrag, noterer vi bare at oppdraget er fullført og av hvem. En dokumenterer ikke det normale." (sykepleier)

"Vi skriver ikke hvis ting er som vanlig. Det er hvis det oppstår noe, eller hvis vi skal hjelpe brukeren - skaffe legetime, medisiner eller noe. Jeg bruker kanskje 20 minutter per dag på dataene." (hjelpepleier)

De ansatte understreker at det er viktig også å skrive "ingen forandring i det siste", som viser at brukeren er sett, tatt hensyn til og har fått pleie og omsorg.

I tillegg til å skrive i journal, skal medisinansvarlig krysse av for gitt medisin og effekt av denne (ingen, dårlig, god). Dersom medisin ikke er gitt skal det skrives avviksmelding. Å krysse av for medisin og registrere avvik gjør man overalt. Avviksmeldingene blir behandlet i virksomheten. Tilsynsfarmasøyten ser regelmessig igjennom avvik som gjelder medisin. En av sykepleierne vi intervjuet mener at mye av den farmasøytiske dokumentasjonen er unødvendig, og sier:

"Jeg forstår at medisiner er veldig viktige og at alt må være riktig, men det er så detaljert."

Det er derimot ulik praksis når det gjelder avkryssingslister i forhold til ernæring, hygiene og avføring. Mens man noen steder kun registrerer dette der hvor det oppleves som et problem, for eksempel at den gamle har dårlig matlyst og går ned i vekt, har man andre steder en praksis hvor dette registreres for alle brukerne. En sykepleier sier:

"Vekten skal dokumenteres hos pasienten. Har vekten gått ned skal jeg iverksette et tiltak."

Flere av informantene gir uttrykk for at de mener det dokumenteres altfor mye i journalene og for detaljert. En sykepleier som mener dette, sier: *"nøkkelinformasjon drukner i ord."* På den måten kan altså det som er ment å bedre kvaliteten på tjenesten – god dokumentasjon - virke mot sin hensikt, og i stedet gjøre kvaliteten dårligere, nettopp ved at viktig informasjon "drukner". To avdelingsledere sier:

"Jeg synes det er meningsløst at alle skal dokumentere om alle pasienter hver dag, om de har en pleieplan som er vedlikeholdt jevnlig. Har de en god pleieplan og den er jevnlig evaluert, så ser du om pasienten blir fulgt opp."

"Det er det som er unormalt man må skrive, det man må følge opp. Det har vi snakket om, det er noe vi må bli flinkere på."

Disse avdelingslederne mener mange ansatte er blitt "litt for flinke til å skrive", som de sier. De opplever at det går unødvendig mye tid bort som kunne vært brukt annerledes, og mener at det er nødvendig å se nærmere på utviklingen med stadig mer detaljert dokumentasjon i forhold til ressursbruk. Informantene uttrykker også bekymring for at det som rapporteres og dokumenteres ikke nødvendigvis gir et riktig bilde av situasjonen, som to sykepleiere sier:

"Det fanger ikke bildet. Dokumenteringen klarer ikke det. Fanger ikke pasientenes virkelighetsforståelse. Og da blir det vanskelig å følge opp. Vi vet heller ikke hva som hadde effekt, egentlig."

"Vi må tilpasse oss rapporteringer på det vi kan rapportere på. Det er viktig å rapportere på fag, men spørsmålet er om vi treffer. Det tror jeg ikke vi gjør. Den gir ikke et helhetlig bilde av hva vi gjør."

I spørreundersøkelsen spurte vi respondentene om i hvilken grad de opplever at det er tydelig hva de skal dokumentere/rapportere i journalene.

Tabell 24 Opplever du at det er tydelig hva du skal dokumentere/rapportere i journalene, etter stilling. Prosent (N=258)

	Ja, i stor grad	Ja, til en viss grad	Nei, i liten grad	Nei, i svært liten grad	Sum	Totalt
Institusjonsleder	75	25	0	0	100	16
Avdelingsleder	42	54	5	0	101	41
Sykepleier	48	48	3	0	99	62
Vernepleier	50	50	0	0	100	16
Helsefagarbeider	40	49	11	0	100	85
Annet	47	47	3	3	100	38
<i>I alt</i>	46	48	5	0	99	258

I tabellen over ser vi at omtrent halvparten (46 %) av alle respondentene sett under ett har svart "ja, i stor grad" på spørsmålet om de opplever at det er tydelig hva de skal dokumentere i journalene. Tar vi med dem som har svart "ja, til en viss grad", gjelder dette nesten alle (94 %). Ser vi bort ifra institusjonslederne, hvor tre fjerdedeler (75 %) har svart "ja, i stor grad" på dette spørsmålet, har omtrent like høy andel av de øvrige stillingskategoriene svart dette. Vi ser også at mens 40 prosent av helsefagarbeiderne har svart dette, gjaldt det en noe høyere andel av sykepleierne, 48 prosent.

Tabell 25 Opplever du at det er tydelig hva du skal dokumentere/rapportere i journalene, etter arbeidssted. Prosent (N=256)

	Ja, i stor grad	Ja, til en viss grad	Nei, i liten grad	Nei, i svært liten grad	Sum	Totalt
Sykehjem	38	55	5	1	99	76
Hjemmetjeneste	49	48	3	0	100	75
Boliger for funksjonshemmede	46	44	10	0	100	69
Annet	53	44	3	0	100	36
<i>I alt</i>	45	48	5	0	98	256

Som vi ser i tabellen over er det ikke store forskjeller i hvilken grad ansatte opplever at det er tydelig hva de skal rapportere, etter arbeidssted. Vi ser at en

noe høyere andel i hjemmetjenesten (49 %) enn i sykehjem (38 %) har svart "ja, i stor grad" på dette spørsmålet.

5.4.2 Hvordan skrive i journalene?

Flere av informantene i intervjuundersøkelsen sier at en del helsefagarbeidere føler seg ubekvem med å skrive informasjon og observasjoner inn i elektroniske pasientjournaler og avviksskjema. De synes det er vanskelig å ordlegge seg. En sykepleier sier:

"Systemet forutsetter at alle er flinke å skrive. Mange er det, men ikke alle og alle skriver ikke like presist."

Ansatte med innvandrerbakgrunn kan i tillegg oppleve språklige utfordringer knyttet til rapportering og dokumentasjon. Det påpekes også at enkelte eldre arbeidstakere har vist en viss motstand mot å skrive i elektroniske journaler. Årsaken til denne motstanden skyldes ifølge våre informanter at mange synes det er vanskelig å uttrykke seg språklig på en måte som sammenfaller med kravene som er satt til journalføring. Enkelte steder har dette ledet til at de av personalet som ikke opplever skrivingen som vanskelig, gjør det. Andre steder er dette løst ved at to helsefagarbeidere sammen skriver opplysningene inn i journalen, noe som "gjør det lettere å ordlegge seg", som de sier. Det hender også at de ber en sykepleier om hjelp til å formulere seg. To helsefagarbeidere som uttrykker utfordringene knyttet til å vite hvordan man skal skrive i journalen, sier:

"Hvis vi har en pasient som er vanskelig, sinna, ufin, da må jeg ikke skrive at pasienten er vanskelig, for det er negativt ladet, men at pasienten ikke vil samarbeide og er utagerende. Det er vanskelig å skrive. Vi sitter ofte to sammen for at det ikke skal bli feil, det tar to stykker ut av fellesarealet hvor pasientene er, men samtidig må det skrives til neste vakt."

"Vi har fått mye opplæring på det tekniske, men ikke på hva som skal stå – formuleringene. Det har vi etterspurt. Folk er redd for å skrive feil og noe dumt. Vi bruker de som er litt flinke til å skrive eller sykepleiere. Det tar mye tid å skrive de tiltaksplanene for det er vanskelig å formulere dem. Og avvikene kan jo faktisk gå helt opp til områdesjefen så det er en del engstelse og usikkerhet her."

To sykepleiere forteller også at det ikke alltid oppleves enkelte å skulle skrive i journalene:

”En skal ikke bruke ufine uttrykk, eller trekker andre pasienter inn i journalen til en bruker, slike korrigerer vi. Journalen er pasienten sin og det skal være respektabelt. Det skal være korrekt og relevante opplysninger.”

”Det er helt utrolig mye rart som står, formuleringer som kan misforstås totalt!”

Samtidig som både sykepleierne og helsefagarbeiderne er enige i viktigheten av å dokumentere i journalene, mener de altså at det ikke er uproblematisk. Dette henger sammen med behov for kompetanse og opplæring. Å ha tilstrekkelig faglig kvalifisert og stabilt helsepersonell vil ha betydning ikke bare med tanke på kvaliteten på det som rapporteres og dokumenteres, men også i forhold til hvor effektivt dette arbeidet gjøres. En studie Nordlandsforskning har gjennomført om myndiggjøring i pleie- og omsorgssektoren peker på at en ”myndiggjort” medarbeider kan jobbe selvstendig og ta ansvar for ulike arbeidsoppgaver (Sollund m.fl. 2004). Dette øker blant annet muligheten for økt effektivitet og tjenestekvalitet. Rådmennene vi intervjuet mener at utfordringene knyttet til skriftlig rapportering er størst i hjemmetjenesten ettersom det er flest ufaglærte som jobber der. Samtidig er det flest ansatte med innvandrerbakgrunn som jobber i omsorgstjenestene i storbyene. Bør man stille større krav til norskkunnskaper ved rekruttering, eller er løsningen å legge til rette for internopplæring og mulighet for videreutdanning?

5.4.3 Hvordan bruke tiden - brukerrettet arbeid eller dokumentere?

Et trekk som går igjen ved de aller fleste sykehjemmene og hjemmetjenestene som inngår i studien, er de ansattes opplevelse av tidspress i arbeidshverdagen. De ansatte er tydelige på at brukerne må prioriteres, og må prioriteres før rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet. Som to sykepleiere sier:

”Vi er pålagt det, men brukerne kommer først.”

”Om pasientene kunne svart tror jeg de hadde valgt at vi kunne vært hos dem og strøket dem på kinnet, i stedet for å sitte å dokumentere at de har vært på do.”

Samtidig er det enighet om at rapportering og dokumentasjonsarbeid er viktig, ikke minst med tanke på kvalitetssikring av tjenestene. Flere steder jobbes det

overtid for å få gjort rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet. Andre steder forteller informantene at tidsmangel fører til at rapporteringen blir mangelfull. De ansatte opplever tidspresset belastende. De mener at dette skyldes lav bemanning. Når vi også vet at denne sektoren er preget av høyt sykefravær og stor turnover, ser vi at dette også bidrar til økt arbeidsbyrde for de ansatte.

Våre informanter blant sykepleierne refererer til at det er et dilemma hvor mye tid som skal være brukerrettet og hvor mye som skal gå med til dokumentasjon. En sykepleier i hjemmetjenesten sier:

”Det er en vanskelig balansegang i forhold til tidsbruk. (...) Brukerne må prioriteres, men det burde ikke være en problemstilling. Vi har et lovverk som krever at vi skal dokumentere. Det skal dokumenteres!”

Det er likevel skiller mellom profesjonsgruppene på dette området. Informantene blant helsefagarbeiderne betoner dette dilemmaet i mindre grad enn sykepleierne. Trolig henger dette sammen med organisering og oppgavefordeling i avdelingen. Det er, ikke uventet, først og fremst avdelingssykepleierne som opplever at rapporterings- og dokumenteringsarbeidet ”stjeler” tid fra brukerne, som to sier:

”De ansatte mener de bruker for mye tid til dokumentasjon. Mitt utsagn er at det som ikke er skrevet er ikke gjort. Det må de forholde seg til. Hvis pasienten ikke får det de har krav på skal det skrives avviksmelding.”

”Det kommer nå mer kvalitetsforskrifter, og det blir mindre tid til pasienten.”

Vi har sett at det varierer hvordan personellet forholder seg til dilemmaet med hvordan de skal få tid til å dokumentere, samtidig som de skal ivareta brukernes behov. De fleste ansatte i sykehjemmene gjør dette arbeidet ved slutten av vekten, og må innimellom jobbe overtid, mens andre forsøker å få skrevet i journalen når de får tid, for eksempel når brukerne sover etter middag. En av sykepleierne forteller at hun tar av egen tid:

”Jeg føler mer at det ikke går på bekostning av pasientene, men på min egen tid. Jeg gjør det ofte på slutten av dagen, 5 eller 10 minutter ekstra. Ikke fra pasientenes tid, men min egen. (...) Som sykepleier blir du alltid huket tak i. Ofte da må du dokumentere hvorfor du ble huket tak i. Du

måtte se på sår, for eksempel. Og så tilbake å dokumentere at du har vært der. Men i stedet for å stjele pasientens tid tar jeg min egen.”

En annen ting som gikk igjen i intervjuene vi har gjennomført, og som er en del av det opplevde tidspresset, er det at mange helsefagarbeidere og sykepleiere opplever at de må utføre mange oppgaver som ikke er direkte brukerrettet og som heller ikke er dokumentasjonsarbeid, men som er nødvendig og som ”stjeler tid”. En helsefagarbeider i hjemmetjenesten sier:

”Jeg skulle gjerne hatt mer tid til pasienten. Det er blitt mindre tid til det for vi blir stadig pålagt flere oppgaver. Nå har vi jo vaktmesteroppgaver også - søppel, skifte lyspærer – vi gjør alt det som et hus krever. Vi skulle hatt mer tid til brukeren. Det er for mange tilleggsoppgaver.”

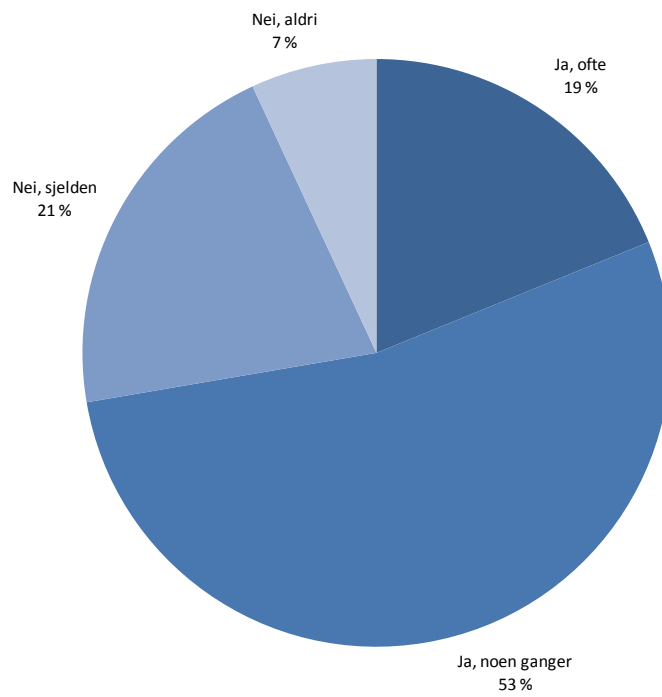
I spørreundersøkelsen til ansatte i pleie- og omsorgssektoren stilte vi spørsmål ved om de opplevde det vanskelig å finne tid til rapporteringsarbeidet i løpet av arbeidsdagen.

Tabell 26 Opplever du at det er vanskelig å finne tid til rapporteringen i brukernes journaler, etter stilling. Prosent (N=260)

	Ja, ofte	Ja, noen ganger	Nei, sjelden	Nei, i svært liten grad	Sum	Totalt
Institusjonsleder	22	33	28	17	100	18
Avdelingsleder	15	61	20	5	101	41
Sykepleier	20	53	20	8	101	61
Vernepleier	19	75	6	0	100	16
Helsefagarbeider	19	54	23	5	101	84
Annet	20	48	23	10	101	40
<i>I alt</i>	<i>19</i>	<i>54</i>	<i>21</i>	<i>7</i>	<i>101</i>	<i>260</i>

I tabellen over ser vi at en femtedel av alle respondentene sett under ett oppgir at de ofte opplever at det er vanskelig å finne tid til rapportering i brukernes journaler. Tar vi med de som har svart ”noen ganger” gjelder dette 73 prosent av respondentene. Vi finner ingen forskjeller mellom hva sykepleierne og helsefagarbeiderne har svart på dette spørsmålet. Dette illustreres også i figur 17.

Figur 17: Respondentenes vurdering av hvor vanskelig det er å finne tid til å rapportere i brukernes journaler. (N=260).



Tabell 27 Opplever du at det er vanskelig å finne tid til rapporteringen i brukernes journaler, etter arbeidssted. Prosent (N=260)

	Ja, ofte	Ja, noen ganger	Nei, sjelden	Nei, i svært liten grad	Sum	Totalt
Sykehjem	16	52	25	7	100	75
Hjemmetjeneste	21	59	15	5	100	76
Boliger for funksjonshemmede	19	50	23	9	101	70
Annet	22	49	22	8	101	37
<i>I alt</i>	<i>19</i>	<i>53</i>	<i>21</i>	<i>7</i>	<i>100</i>	<i>260</i>

Tabell 27 over viser at en noe høyere andel respondenter som jobber i hjemmetjenesten har svart "ofte" eller "noen ganger" på dette spørsmålet (80 %), enn ansatte i sykehjem (68 %) som har svart det samme.

5.4.4 Praktiske utfordringer

Noe som går igjen i flere av sykehjemmene og hjemmetjenestene som inngår i vår studie, er praktiske utfordringer knyttet til rapporterings- og dokumenteringsarbeid. Dette gjelder ikke minst mangel på, for få eller feil med datamaskiner eller håndholdte terminaler. Flere av informantene uttrykker: *"Det er mange ansatte som skal dokumentere. Det er altfor få PC'er installert"* og *"Vi har for få datamaskiner, og ofte er det feil på dem."* Det pekes også på at det er en utfordring at mange ansatte har ledig tid samtidig til å skrive i journalene. Dette kan føre til at ansatte ikke får skrevet inn i journalene eller må skrive dobbelt – både på papir og elektronisk. Det fører selvfølgelig også til at ansatte må bruke mer tid, siden mye tid går bort på venting på ledig PC eller til å finne ut av dataproblemer. I tillegg til at de ansatte får mindre tid å bruke på brukerne, kan det også skape frustrasjon på grunn av større tidspress. En helsefagarbeider uttrykker dette når hun sier: *"Ofte er det et ork å dokumentere på den maskinen. Det blir stressende."* Vanligvis er PC'ene plassert på et kontor på avdelingen, noen ganger et stykke unna. I studien har vi sett at flere ønsker at PC'ene er mer tilgjengelige, for eksempel ved at de kan være plassert på en tralle, eller være bærbare. Man ville ha unngått en del "springing inn på vaktrommet" og de ansatte kunne vært mer i lag med brukerne.

I spørreundersøkelsen spurte vi respondentene om det hender at de ikke får gjennomført rapporterings- og dokumentasjonsarbeid på grunn av at PC ikke er tilgjengelig.

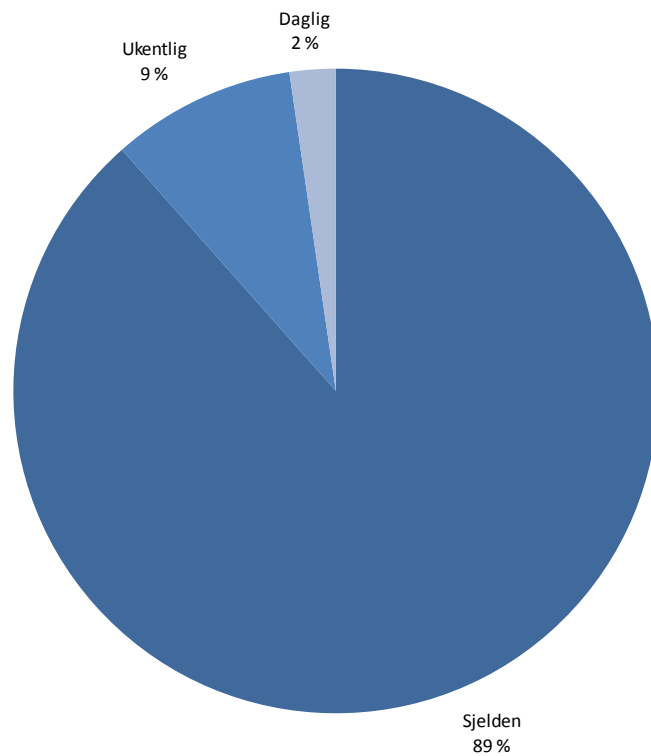
Tabell 28 Hvor ofte hender det at du ikke får gjennomført rapporterings- og dokumentasjonsarbeid på grunn av at PC ikke er tilgjengelig, etter stilling? Prosent (N=260)

	Sjelden	Ukentlig	Daglig	Sum	Totalt
Institusjonsleder	94	6	0	100	16
Avdelingsleder	93	5	3	100	40
Sykepleier	77	18	5	100	62
Vernepleier	81	19	0	100	16
Helsefagarbeider	93	6	1	100	85
Annet	93	5	2	100	41
<i>I alt</i>	<i>89</i>	<i>9</i>	<i>2</i>	<i>100</i>	<i>260</i>

I tabellen over ser vi at de aller fleste (89 %) har oppgitt at de sjelden opplever at de ikke får gjennomført rapporterings- og dokumentasjonsarbeid på grunn av at PC ikke er tilgjengelig. Dette illustreres også i figur 18 nedenfor. Vi ser likevel at nesten en fjerdedel (23 %) av sykepleierne har svart ukentlig eller daglig på dette spørsmålet, mot kun syv prosent av helsefagarbeiderne. Dette kan langt på vei forklares med at sykepleierne har flere rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver enn helsefagarbeiderne, samtidig som de i mindre grad enn virksomhetslederne og avdelingslederne har tilgang på egen PC. I spørreundersøkelsen så vi også at en noe høyere andel av ansatte i sykehjem (16 %) svarte at de ukentlig eller daglig ikke får gjennomført rapporterings- og dokumentasjonsarbeid på grunn av at PC ikke er tilgjengelig, enn ansatte i hjemmetjenesten (7 %).⁶⁰

⁶⁰ Dette vises ikke i tabell.

Figur 18: Respondentenes anslag på hvor ofte en ikke får gjennomført rapporterings- og dokumentasjonsarbeid på grunn av at PC ikke er tilgjengelig. (N=260)



Ut fra svarene kan vi konkludere med at liten effektivitet i rapporterings- og dokumentasjonsarbeid på grunn av at en ikke har tilgang til PC er et problem som gjelder forholdsvis få.

5.4.5 Hva skjer med det som rapporteres og dokumenteres?

Informantene peker på at mye av det som dokumenteres og rapporteres knyttet til brukerne ikke blir lest eller fulgt opp. Dette oppleves demotiverende. To sykepleiere som uttrykte bekymring for dette sier:

”Gode faglige vurderinger blir ikke fulgt opp. Leses det som rapporteres?”

"Jeg blir veldig frustrert. Jeg opplever det er sjelden at noen leser det jeg skriver."

Flere av våre informanter uttrykker også frustrasjon over at de ikke får tid til å lese i journalene. De understreker at det er mangel på tid til å lese og oppdatere seg. Dette er bekymringsfylt. Dersom dokumentasjonen, det som skrives i brukernes journaler, skal bidra til bedre kvalitet på tjenestene – den oppfølging, behandling og pleie brukerne får, må personalet lese journalene. I studien pekes det på at ansatte i større grad må reflektere over og være kritisk til hva som skrives ned og hvordan dette blir fulgt opp og anvendt.

Vår studie viser at det er utfordrende for personalet å se en sammenheng i det som rapporteres. Dersom rapporteringen blir for detaljert i et journalsystem som er delt inn i mange "mapper" – egne mapper for ernæring, sårbehandling osv., kan dokumentasjonen lett blir fragmentert, og det helhetlige bildet, den røde tråden, forsvinner, og blir vanskelig å følge opp. En sykepleier sa blant annet at: *"Et elektronisk system er ikke nødvendigvis så sømløst."* Dette henger sammen med det vi diskuterte i kapittel 5.4.1.

Særlig sykepleiere og avdelingsledere uttrykker en bekymring for hva som dokumenteres med tanke på kvaliteten av tjenestene. En sykepleier i hjemmetjenesten viser til at dokumentasjon er krevende, ikke minst elektronisk dokumentasjon:

"Det er viktig å dokumentere hva man lykkes med og hvor man kommer til kort. Jeg tror det er solid underdokumentering i praksis på problemstillinger og tiltak. Dette er krevende å ta tak i. Det er en vesentlig utfordring med elektronisk dokumentasjon. Rapporten kan bli usammenhengende."

Som dette sitatet viser, opplever informantene at det er utfordrende å dokumentere "helheten" i brukernes livssituasjon og også å klare å følge opp det som dokumenteres.

5.4.6 Oppfølging av sykemeldte er krevende

Virksomhetsledere og avdelingsledere i studien gir uttrykk for at de opplever at oppfølging av sykemeldte tar svært mye tid. To virksomhetsledere forklarer dette slik:

"Før tre dager skal det tas kontakt, etter fire uker skal det være laget oppfølgingsplan som sendes fastlegen, etter syv uker skal det være gjennomført dialogmøte hvor mange instanser skal være med, inkludert fastlege. Det er vanskelig å få alle til å stille, og utfordrende å finne de riktige skjemaene og fylle de ut rett. Det er helt håpløst. Herregud som jeg leter. Kunne de ikke ha gjort det litt enklere?"

"Dialog er viktig når folk er blitt sykemeldt, men nå er det blitt byråkrati. Dette som vi nå er pålagt av NAV holder på å ta knekken på oss. (...) Og har du høy fraværsprosent, så er det nesten bare det du jobber med. Jeg synes det er ufattelig krevende. Derfor har vi bestemt at jeg og avdelingslederne må dele på dette arbeidet. Jeg opplever at NAV er veldig fraværende i dette."

De nye reglene for oppfølging av sykemeldte, som blant annet innebærer å finne og fylle ut de riktige skjemaene, organisere dialogmøter osv., oppleves som unødvendig byråkratisk. De forteller at de tidligere har fulgt sykemeldte opp på en bedre måte. Arbeidet med å følge opp sykemeldte oppleves av flere som frustrerende og som bortkastet tid. Det tar mye tid, og reglene er rigide og gir i liten grad rom for bruk av skjønn. Vi spurte virksomhetsledere og avdelingsledere om de opplevde at den tette oppfølgingen av sykemeldte førte til at sykemeldte kom raskere tilbake på jobb. Dette svarte de fleste benektende på. Flere opplever også at møtene de må arrangere i forbindelse med sykemeldinger har liten verdi for arbeidsgiver:

"Møtene må avholdes, det skal gjøres uansett. Vi strever med dette og det er meldt til våre ledere at vi må ha en forenkling og opplæring før slike store systemendringer trer inn. De er også kjempefrustrert innad i NAV-systemet. Jeg vet ikke om dette bidrar til at vi får så mange flere i jobb. Statistikken var bedre i fjor i forhold til sykefravær."

Der arbeidsmengden er for stor synes det å være vanlig praksis at virksomhetslederne delegerer oppgaver som oppfølging av sykemeldte til avdelingsledere ved virksomhetene. Dette gjelder også andre administrative

oppgaver som for eksempel å utarbeide turnusplaner. Flere virksomhetsledere forteller at mengden av administrative plikter gjør at de i liten grad har kontakt med ansatte og brukere på avdelingene. En virksomhetsleder som har vært i stillingen i snart 20 år, sier:

”Før hadde jeg tid til å snakke med ansatte og beboere, og ha en personlig oppfølging. Nå er det nesten bare papirarbeid her inne på kontoret. Jeg måtte overlate en del av lønnsarbeidet og timetelling til avdelingssykepleier. Jeg har ikke tid til det.”

Flere steder må altså også avdelingslederne følge opp ansatte som er sykemeldte, fordi dette oppleves å ta svært mye av tiden til virksomhetslederne.

5.4.7 Hvordan registreres avvik?

Etter å ha intervjuet både ledere, sykepleiere og helsefagarbeidere i sykehjem og hjemmetjenester, er vårt inntrykk at det varierer i stor grad hvilke rutiner virksomheten har rundt avviksregistreringen, og hva en mener skal registreres. En helsefagarbeider ved et sykehjem gir uttrykk for at det kan være vanskelig å avgrense hva som skal skrives avviksmelding på, nettopp fordi det ikke er klart avgrenset *hva* som skal meldes:

”Hvis vi ikke får gjennomført ting skal det føres avvik, f.eks. hvis en tur var planlagt og det ikke ble noe av. Avvik er også løse stikkontakter, åpne dører, for kald mat, renhold, beboere som ikke er barbert, avislesning som det ikke ble noe av. (...) Det er også avvik når pasienter kommer hit i pysj og barføtt i 20 kuldegrader i taxi, ustelt og ubarbert fra sykehuset.”

Enkelte steder forteller personalet at de er bedt om å melde avvik hver gang det oppstår. Andre steder er avdelingslederne opptatt av at det ikke skal meldes avvik for mindre forseelser. Det oppgis også at personell kan være tilbakeholdende med å melde avvik fordi det blir oppfattet som ”å angi andre”.

Avviksmeldingene blir fylt ut skriftlig eller elektronisk av helsefagarbeidere eller sykepleiere, og fulgt opp av avdelingsleder eller virksomhetsleder. Ofte fylles avviksmeldingen ut på et skjema. Av de virksomhetene vi besøkte registrerte man flere steder avvikene i et eget datasystem som er kalt Kvalitetslosen. Avvikene blir også gjennomgått av tilsynsmyndighetene. To virksomhetsledere sier:

”De skal gå inn i Kvalitetslosen og skrive avviket, og sender til meg, så skal jeg finne tiltak og gi tilbakemelding. Der er det en logg. Alt vi gjør på den saken loggføres. Det registreres på løpenummer til beboerne. Det er mye vi må gjøre rett når vi skriver inn, men da kan vi ta ut ting og se ting.”

”Det er mange ting å velge mellom når du kommer inn i Kvalitetslosen. Jeg tror de ansatte skjønner alvoret av det. Her kan du følge hele saken. Alt loggføres. Jeg tror det blir bedre kommunikasjon mellom de ansatte og avdelingsleder.”

Ved et av sykehjemmene fikk vi fortalt at avdelingsleder har fått opplæring i bruk av dette programmet (Kvalitetslosen) og skal lære opp sine ansatte. Der rapporteringen skjer elektronisk mener man dette er en fordel, nettopp ved at en lettere kan følge opp sakene. To rådmenn sier:

”Nå skal vi starte med kvalitetssystem i kommunene. Alle avvik skal dokumenteres på alle områder. Dette skal legges inn i et datasystem. Dette er nyttig. Det er enklere å legge det inn i et datasystem enn å ha det manuelt.”

”Vi har et kvalitetslossystem for å rapporterer avvik, så kan en vurdere tiltak eller oppfølging. Dette er elektronisk.”

Samtidig som informantene mener det er fordeler ved elektronisk avviksregistrering, pekes det på utfordringer knyttet til å få alle ansatte til å bruke data, og faktisk registrere avvikene. For å få dette til er opplæring nødvendig.

Flere av informantene pekte på at det er viktig å diskutere med de ansatte hva som er et avvik og som skal registreres. Flere steder skrives det svært mange avviksmeldinger. I studien har vi også sett at ved å innføre elektroniske program for avviksregistrering og behandling, øker muligens mengden som registreres.

5.5 HVORDAN FÅ TIL GOD PRAKSIS?

Hva oppleves å ha betydning for at kvaliteten på rapporteringen og dokumentasjonsarbeidet skal bli god og at en opplever at dette arbeidet blir effektivt? I casestudiene hvor vi møtte og snakket med ansatte på ulike nivå i omsorgstjenesten, samt rådmennene, var vi også opptatt av hvordan man kan få til god praksis og gode rutiner rundt rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet. Med god praksis sikter vi altså både til *kvaliteten* på det som rapporteres og på *effektiviteten* av arbeidet. Enkelte steder opplevde de ansatte at de hadde gode rutiner og var "flinke", både med tanke på kvaliteten av det som ble rapportert og dokumentert, men også med tanke på å gjøre arbeidet på en mest mulig effektiv måte. Andre steder syntes de ansatte at dette var en stor utfordring i arbeidshverdagen. De slet med å finne tid til rapporteringen og/eller syntes det var vanskelig å få til gode rutiner som sikret kvaliteten.

Studien peker på følgende forhold som viktige med tanke på kvalitet og effektivitet av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet:

- Tilstrekkelig opplæring i rapporteringssystemene, IPLOS, PC-bruk m.m.
- Tydelig arbeids- og ansvarsfordeling, og avsatt tid
- Tilstrekkelig merkantilt personale
- Refleksjon rundt skriving av journal og avviksmelding – hva og hvordan?
- Tilfredsstillende IKT-utstyr og samordning av datasystemer (elektroniske journalsystem osv.)
- Tilgjengelige datamaskiner
- God oppfølging av det rapporterte og dokumenterte

Nedenfor vil vi gå litt nærmere inn på noen av disse punktene.

5.5.1 Opplæring

Ansatte, enten det er helsefagarbeidere eller sykepleiere, som skal dokumentere i rapporteringssystemene, har behov for opplæring i hvordan de skal rapportere - hva skal rapporteres hvor? Og hvor utfyllende skal dokumenteringen være? Dette gjelder ikke minst dokumenteringen i brukernes journaler. Enkelte ansatte vil også ha behov for opplæring i bruk av PC. Lederne i pleie- og omsorgssektoren som vi intervjuet i casestudien og flere av dem som besvarte spørreundersøkelsen, understreker hvor viktig det er at man har fokus på at dokumentasjonsarbeidet og at dette krever god opplæring. Dette mente også rådmennene. Et annet viktig

spørsmål her er: Hvem skal stå for opplæringen? Ansatte vi intervjuet synes det er vanskelig, i en hektisk arbeidshverdag, å stadig skulle lære opp nyansatte.

Når det gjelder IPLOS har Helsedirektoratet laget opplæringsprogram som kan brukes. Flere av våre informanter fra pleie- og omsorgssektoren peker på at det i dag ofte er for vilkårlig hvordan folk skårer, til tross for at det er lagt strenge føringer for hvordan IPOLS skal registreres.

5.5.2 Arbeids- og ansvarsfordeling

Lederne ved virksomheter hvor man ikke opplever rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som utfordrende, peker på at det er viktig med tydelige fagpersoner, og tydelige ledere og struktur. Dette innebærer blant annet at det er tydelig *hvem* som har ansvaret for å dokumentere *og hva* som skal dokumenteres. En virksomhetsleder sier:

”Du må ta det som handler om pasienten først. Samtidig handler det om å strukturere seg med de folkene vi har, sånn at en person har ansvaret for dokumentasjonsarbeidet på min gruppe i dag. Meget viktig at det organiseres, for det er en like viktig del av tjenesten, å dokumentere.”

Som dette sitatet viser, anses også dokumentasjonsarbeidet som en viktig del av arbeidet i virksomhetene.

5.5.3 Merkantilt personale

Virksomhetslederne og avdelingslederne vi har intervjuet, understreker viktigheten av å ha tilstrekkelig merkantilt personale som kan ta seg av administrasjonsarbeid, blant annet lønn, rekruttering av personell, skriver referat fra møter, skrive arbeidsavtaler, lage innstillinger til utlysninger med mer. En virksomhetsleder ved et sykehjem hvor man opplever å ha gode rutiner rundt rapporteringsarbeidet forteller om en merkantilt ansatt i virksomheten:

”Jeg hadde ikke vært i denne jobben hvis jeg ikke hadde hatt henne. Jeg er helt avhengig av henne.”

Andre steder opplever man et behov for mer støttepersonell, som disse avdelingsledere uttrykker:

”Jeg tror vi har et behov for merkantilt ansvar. En som tar seg av en del av de oppgavene. Kanskje noe personalarbeid og også lønn. Jeg har ikke tatt sykepleierutdanning og videreutdanning for å sitte og ringe i telefon og bruke kanskje tre fjerdedeler av dagen for å skaffe folk. Det kan hvem som helst gjøre. Det er det som oppleves mest meningsløst.”

”Mellom 90 og 100 prosent av min jobb går med til administrasjon og rapportering/dokumenterer. Jeg fordeler, distribuerer, tar i mot, sender av gårde, kopierer. Vi kunne hatt en merkantil stilling. Det hadde tatt mye av min jobb. Du er personalkonsulent, saksbehandler for direktøren osv.”

Flere av lederne vi intervjuet, mener de i dag utfører oppgaver som er en merkantil jobb, blant annet oppgaver knyttet til rekruttering av ansatte. At støttepersonell er viktig i forhold til tidsbruk viser også annen forskning. I en studie om nærvær og (syke)fravær i kommunale sykehjem og barnehager i Norges fem største byer, la enhetslederne stor vekt på at kutt i administrativt støttepersonell betyr høyere arbeidsbelastning (Lien og Gjernes 2009). Det pekes også på at dette kan gå ut over kvaliteten på tjenestene ved at brukerne ikke får det tilbudet om sosial kontakt og aktiviteter som de mener de har krav på (ibid.). I Klassekampen 18.2.2012 vises det til en bekymring fra Overlegeforeningen som mener at ansatte på sykehusene opplever en reduksjon av støttepersonell nær seg, ikke minst helsesekretærer. Dette fører til at legene må gjøre mer av administrative oppgaver.

5.5.4 IKT og samordning av datasystemer

Informanter peker på at IKT kan gjøre rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet i pleie- og omsorgssektoren mer effektiv og bedre kvaliteten på rapporteringen. Dette henger delvis sammen med overgang til elektronisk rapportering og nye datasystemer. To avdelingsledere sier:

”Vi hadde et stort skriftlig omfang på rapportering med mye manuelt arbeid. Nå henter vi ut mye styringsdata fra våre personal og økonomi, og fagsystem fra sykehjem og hjemmetjenester og kobler dette sammen, slik at de utgjør et ferdig dokument og vi skriver bare inn kommentarer. Vi har effektivisert mye på tidsbruk her.”

”Det er et løft å endre pleie- og omsorgstjenesten fra å jobbe verbalt og papirskriftlig, og til å jobbe digitalt. Det krever mer kompetanse, men når

de har lært seg dette vil det blir mye enklere å hente ut ulike rapportering av forskjellige slag.”

Rådmennene vi har intervjuet etterspør *samordning av datasystemer* slik at alle kommuner bruker den samme malen til innrapportering og dokumentering. Dette vil gi bedre grunnlag for sammenligning mellom kommuner.⁶¹ En rådmann sier:

”Jeg ønsker i fremtiden datasystemer som ”snakker” sammen og færre programmer å forholde seg til.”

Det ønskes også at system for lønn og turnus samordnes slik at det ikke blir nødvendig å registrere den samme informasjonen i flere forskjellige systemer. Informantene mente også at en kunne vurdere om ikke allerede eksisterende kommunale databaser som er åpne kunne utnyttes på en bedre måte, noe som kunne bidra til å effektivisere dokumentasjons- og rapporteringsrutinene. Flere av informantene er opptatt av dette:

”Mye av det vi rapporterer ligger i åpne databaser som noen kunne hentet ut data fra i stede for at vi skal fylle ut et skjema. Å utnytte databaser. Dette gjelder internt hos oss også.” (virksomhetsleder)

”Jeg tror IKT systemene er for dårlig utviklet og at vi burde hatt nasjonale standarder for rapporteringer slik at en ikke kan velge ulike system i ulike kommuner slik at vi kunne sammenligne oss med hverandre.” (rådmann)

”Jeg opplever at den teknologiske utviklingen jobber for oss. For eksempel at skal en kunne lese inn i stede for å skrive inn. Muligheten for å registrere seg inn og ut av en brukers bolig ved hjelp av strekkoder, ha touchskjermer hjemme hos brukerne, felles journal også videre. Dette vil nok komme pasientene til gode.” (virksomhetsleder)

Som vi har sett i studien, mener informantene at IKT og bedre samordning av datasystemer kan gjøre rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet mer effektivt. Også en rapport fra Difi (2010) peker på at det som først og fremst skaper frustrasjon og ineffektivitet, er tidkrevende manuell sammenstilling og bearbeiding av informasjon. Her blir det fokusert på at det som best kan bidra til

⁶¹ Noen av kommunene i casestudien vår er med i storkommuneprosjektet der sammenligningsmulighetene har vært diskutert.

effektiv og mindre byråkratisk rapportering, er å utnytte og videreutvikle elektronisk rapportering og automatisk datafangst, slik at informasjonen kan hentes direkte ut av virksomhetenes systemer og felles offentlige databaser, og eventuelt gjenbrukes av andre etater.

5.6 SAMMENDRAG

I dette kapitlet har vi sett nærmere på organiseringen av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som utføres i pleie- og omsorgssektoren, opplevde utfordringer knyttet til dette arbeidet og forhold som kan bidra til god praksis rundt arbeidet. Mens helsefagarbeiderne hovedsakelig rapporterer i brukernes journaler og skriver avviksmeldinger, er sykepleierne og avdelingslederne involvert i adskillig flere rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver. Dette gjelder blant annet utarbeidelse og oppdatering av pleieplaner og oppfølging av sykemeldte. I løpet av de siste årene har det skjedd en overgang til elektronisk rapportering, noe som i all hovedsak oppleves som en fordel, både med tanke på kvaliteten av det som rapporteres og tidsbesparelsene som oppnås. Samtidig skjer det fremdeles mye skriftlig og muntlig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i pleie- og omsorgssektoren. Dette oppleves av personalet som nødvendig.

Informantene opplever ulike utfordringer knyttet til rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet. Det er usikkerhet rundt hvor omfattende og detaljert rapporteringen i brukernes journaler skal være. Ansatte opplever heller ikke at det er tydelig *hva* som skal rapporteres og *hvordan* dette skal gjøres. Videre er det ofte ikke satt av tid til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid, noe som medfører at ansatte opplever at dette arbeidet skal gjennomføres samtidig som man skal jobbe brukerrettet. Andre utfordringer er knyttet til mangel på eller lite tilgjengelig datautstyr, usikkerhet rundt hvordan det som rapporteres følges opp og hvordan dokumentasjonen klarer å gi et riktig bilde av situasjonen til brukerne, samt at oppfølging av sykemeldte oppleves å være krevende.

Studien peker på flere forhold som er viktige med tanke på kvalitet og effektivitet av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet. Det dreier seg blant annet om opplæring i rapporteringssystemene, IPLOS, PC-bruk m.m., arbeids- og ansvarsfordeling, tilstrekkelig merkantilt personale, IKT og samordning av datasystemer (elektroniske journalsystem osv.) og tilgjengelige datamaskiner.

6. HVORFOR RAPPORTERE OG DOKUMENTERE?

I dette kapitlet vil vi drøfte nytteverdien av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som skjer i omsorgssektoren i dag. Hva opplever ansatte i pleie- og omsorgssektoren og rådmennene som nyttig og nødvendig, og hvorfor? Det vil her være viktig å skille mellom ulike typer rapporterings- og dokumentasjonsarbeid. Det vil også variere hvordan ansatte på ulike nivå vurderer nytten. Helsefagarbeiderne er for eksempel først og fremst involvert i journalføring, avkryssing av blant annet hvorvidt medisin er gitt eller ikke og utfylling av avviksmeldinger, mens avdelingslederne er involvert i flere rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver. Rådmennene, på sin side, ser og vurderer nytten av rapporteringen og dokumentasjonen fra et annet ståsted enn som jobber i sektoren.

Som vi har vist i kapittel 4, er en betydelig andel (57 %) av kravene til rapportering og dokumentasjon pålagt av statlige myndigheter. Deler av informasjonsinnhentingene ville imidlertid blitt gjort av kommunene uavhengig av statens krav. Ifølge en tidligere studie KS har fått utført (PwC 2011), betegnes rapportering og dokumentasjonsarbeid som god og viktig av både staten og kommunene, men staten vektlegger kontrollaspektet mer enn kommunene gjør. Informasjonen benyttes i styringsdokument, men i større grad i årsrapporter enn i handlingsplaner. Staten vurderer også kommunenes bruk av informasjonen høyere enn det kommunene selv gjør (ibid.). Dette er interessant å merke seg, og viser nødvendigheten av å se nærmere på *hvem* som vurderer *hva* som nyttig, og *hvorfor*. I den grad rapportering og dokumentasjonsarbeid vurderes som viktig for å kunne produsere ytterligere papirer (som årsrapporter), er det viktig å få fram. Det er derfor nødvendig å spørre videre: Hva er bruks- og nytteverdien av det man da kan kalle den *sekundære* rapporteringen og dokumentasjonsarbeidet? I denne studien har vi sett på hvordan ansatte på ulike nivå i pleie- og omsorgssektoren og rådmennene opplever nytten av det som rapporteres og dokumenteres. Vi har med andre ord *ikke* sett på hva statlige myndigheter anser som nyttig.

Respondentene i spørreundersøkelsen, som er ansatte i sektoren, fikk mulighet til å skrive hva de vurderer som viktigst av det rapporterings- og dokumentasjonsarbeid de utfører. Det de aller fleste la vekt på var den daglige rapportering i brukernes journaler og utarbeidelse og oppdatering av pleieplanene. Et stort flertall understreket viktigheten av å dokumentere alt som er unormalt med tanke på brukernes helsetilstand, fysisk aktivitetsnivå, ernæring

osv. De understreket også viktigheten av å dokumentere igangsatt behandling eller tiltak overfor brukerne, som en helsefagarbeider sier: *”Det er viktig å rapportere ting vi skal følge opp hos pasientene/brukerne.”* Journalskrivingen oppleves som svært viktig i forhold til å kunne gi gode og effektive tjenester.

Samlet sett trekker informantene fram disse hovedårsaker til hvorfor det er viktig med rapportering og dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenestene:

- Øke kvaliteten på tjenestene
- Gi god oppfølging av brukerne
- Avdekke avvik som kan forbedres
- Gi sikkerhet i tilfelle kontroll og klager
- Viktig styringsinformasjon for stat og kommune
- Kontrollere at kommunene oppfyller lovpålagte plikter
- Gi kommunene oversikt over ressursbruk og ressursbehov
- Kontrollere at sektoren bruker ressursene som tiltenkt
- Kan brukes til forskning og utvikling⁶²

Nedenfor vil vi se nærmere på de tre første punktene.

6.1 ”DET BIDRAR TIL Å ØKE KVALITETEN PÅ TJENESTENE”

Som vist i figur 15 er over halvparten (56 %) av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som utføres i pleie- og omsorgssektoren direkte knyttet til brukerne. Informantene la særlig vekt på at rapportering og dokumentasjonsarbeid bidrar til å ivareta og øke kvaliteten på tjenestene, ved å sikre god oppfølging av brukerne, oppdage områder hvor en kan gjøre forbedringer eller har behov for mer kompetanse.

6.1.1 God oppfølging av brukerne

Formålet med helsepersonelloven er, som diskutert i avsnitt 4.2.5, å bidra til kvalitet og kontinuitet i behandlingen. Det som understrekes av alle informantene, er at rapporteringen i brukernes journaler er viktig med tanke på oppfølgingen av brukerne. Det er viktig å dokumentere behandling som skal følges opp av ansatte på neste vakt, for eksempel sårstell, og rapportere om helsemessige forandringer som pleierne må følge med om det har skjedd

⁶² Dette kan i neste omgang effektivisere tjenestene gjennom lavere kostnader eller høyere kvalitet.

forverring eller forbedring. *”Historikken er kjempeviktig når det gjelder konkrete problemområder for eksempel sårstell”,* som en sykepleier sier. Det pekes også på at i virksomheter preget av mye sykefravær og stor turnover, og lite kontinuitet blant personalet, blir dette ekstra viktig. Enkelte trekker også frem at dokumentasjon er særlig viktig i forhold til eldre med kognitiv svikt. En sykepleier ved et sykehjem forteller:

”Det dokumentasjonsarbeidet jeg gjør i forhold til pasientene er helt nødvendig. Den som kommer etter meg på jobb må kunne se hva som er gjort og følge det videre. Jeg skriver det som er sykepleierrelevant. Det er viktig og nødvendig for å kunne følge pasientene.”

En avdelingsleder peker på det samme:

”Jeg har tenkt at dokumentasjonsarbeidet som vi gjør, det har en mening. Det er jo for å kvalitetssikre arbeidet vårt. Pasientdokumentasjonen vi gjør i datasystemene er veldig mye bedre enn papirutgaven som var før. Vi brukte mindre tid på å skrive på papirutgaven, men desto mer tid å lete fram det du hadde skrevet, hvis du kom i ettertid å lurte. Og samarbeidet mellom faggruppene er lettere om du bruker aktivt Profil⁶³, enn om du sluntrer unna å skrive inn. Når det ikke blir dokumentert, det er da det blir dobbeltarbeid. Da det blir virkelig arbeid!”

En helsefagarbeider gir også uttrykk for dette:

”Vi har alle et ansvar for å holde oss oppdatert på hva som har skjedd med pasientene og de som har mindre stillinger har nok ikke den oversikten som vi som er her mer jevnlig – og må nok gå inn å lese mer i journalen. Det er viktig at det som har skjedd er skrevet ned.”

Av samme grunn blir det understreket at det er viktig at pleieplaner, tiltaksplaner, holdes oppdatert. *”Dette er ferskvare”,* som en avdelingsleder sier. Hun understreker at det ikke er bra med *”døde planverk”*.

Enkelte steder har sykehjemmene selv pålagt seg å dokumentere utviklingen til brukerne på ulike områder, blant annet skalere dem i forhold til *”OBS-demens”,* som er et vurderingsskjema for eldre med mental svikt og demens. Her vurderes

⁶³ Profil er et elektronisk pasientjournalssystem.

brukeren hver tredje måned i sykdomsutviklingen. Hensikten er ifølge informantene å unngå synsing. Det oppleves som viktig for å gjøre gode vurderinger og tiltak.

6.1.2 Avdekke feil og forbedre

Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid fremholdes også som viktig for kvaliteten på tjenestene ved at man kan oppdage avvik hvor man kan gjøre forbedringer. Dette gjelder først og fremst *avviksmeldingene* ansatte skriver, og *tilsynene* som gjennomføres. En avdelingsleder sier:

”Vi har avvikssystem. Der skal alt meldes, både det som går på medisiner og i pleien. Det kan være hvis vi har glemt å gi medisiner, lagt feil i dosetten osv. Dette er internkontroll, en evig spiral som vi aldri blir ferdig med.”

I tillegg til avviksmeldingene gjennomføres det *tilsyn* med pleie- og omsorgssektoren. Virksomhetslederne og avdelingslederne gir uttrykk for at det er tidkrevende å forberede seg på et tilsyn, og at det kan betyr en del arbeid i etterkant, men de er enige i at det er nyttig med kontroll og veiledning. De mener det bidrar til å øke kvaliteten på tjenesten, nettopp ved at de blir mer bevisst hva som kan gjøres bedre. Flere peker også på at tilsyn har ført til at de har innført bedre prosedyrer slik at kvalitetssystemet er blitt bedre, som en avdelingsleder sa: *”Det er jo utviklingsarbeid, at man får avdekket feil og mangler.”* Informantene mener også at det er en fordel å registrere avvikene elektronisk, fordi det gir en bedre mulighet til oppfølging (jfr. kap. 5.4.7).

Avviksmeldingene har flere formål. De fungerer for det første som internkontroll, som i neste omgang skal bidra til forbedringer og bedre kvaliteten på tjenestene som gis. Ved en av virksomhetene vi besøkte fortalte lederen at de kalte disse meldingene for *”forbedringsmeldinger”*, nettopp fordi de skal brukes til å forbedre tjenestene. En avdelingsleder uttrykker dette:

”Det er viktig hvis det skulle skje noe. Du må ha et system for kvalitetssikring. Feil skjer og da må du vise at du har orden, og har kvalitetssikringen i orden. Pasienten må være sikker på at jobben blir gjort riktig.”

Som sitatet ovenfor viser er avviksmeldingene viktige, både med tanke på å forbedre kvaliteten på tjenestene, men også, som vi kommer tilbake til i avsnitt 6.2, dersom det i ettertid skulle komme klager fra pårørende og lignende.

6.2 ”FOR SIKKERHETS SKYLD”

6.2.1 I tilfelle kontroll og klager

Som en følge av flere lover som gir brukerne rettigheter til helse- og omsorgstjenester, økt fokus i media på innhold i og organisering av omsorgstjenestene, samt økt bevissthet i befolkningen rundt hvilke rettigheter de har og forventer og krever av tjenester, er rapportering og dokumentasjon viktig for kommunene i *tilfelle* kontroll og klager.

Både de ansatte i pleie- og omsorgssektoren og rådmennene vi har intervjuet, er tydelige på at det er viktig med god dokumentasjon, dersom det blir kontroll gjennom blant annet tilsyn eller klager fra brukere og pårørende. Dette omfatter både brukernes journaler, medisinlistene og avviksmeldingene. Pasientjournalen som i utgangspunktet er et arbeidsverktøy for helsepersonell i tilknytning til behandling og pleie av pasienten, er også et juridisk dokument. Den kan danne grunnlag i erstatningssaker, og vil være viktig dokumentasjon å vise til for kommunen som leverandør av lovpålagte tjenester. En sykepleier sier: *”Det som ikke er dokumentert, det har aldri skjedd”*

Dokumentasjonsarbeid og rapporteringer blir av rådmennene i all hovedsak oppfattet som nødvendig, og i mange tilfeller avgjørende. Det er ikke minst en slags bevisføring for at pålagte arbeidsoperasjoner blir utført. Dersom, og når, kommunen mottar klager fra pasienter eller pårørende, er det mulig å etterspore hvilke tjenester som er gitt i den enkelte sak dersom rapporterings- og dokumentasjonsrutinene er gode og er blitt fulgt opp.

Vi har sett at rådmennene legger vekt på at rapportering og dokumentasjon er viktig for å kunne føre kontroll og for å kunne sikre kvalitet på tjenestene. Rådmennene er enige i at det er viktig med god dokumentasjon dersom det kommer klager. Kommunen har da ”bevis” for hva som er gjort. Det pekes også på at dokumentasjon er viktig ved tilsyn, som to rådmenn uttrykker:

"Det var en tilsynssak for noen år siden der vi kunne gå tilbake og dokumenterer hva som var gjort og Helsetilsynet aksepterte at reglene var fulgt. Det ble en mediasak."

"Når det er klagesaker og tilsyn, så er jo dokumentasjonen avgjørende og en får da også prøvd om det er god nok dokumentasjon."

Ansatt i omsorgstjenestene som vi har intervjuet peker på at man bruker for mye tid til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid for "sikkerhets skyld". To sykepleier uttaler:

"Det er nyttig å dokumentere så kan vi sjekke hva som skjedde. Det er viktig i forhold til klagesaker, og hvis saker skulle gå til rettsapparatet, det må vi bare akseptere. Vi må ha alt på stell for å være sikre."

"Det kan gå tre måneder uten at vi går inn på pasienten, hvis det ikke har skjedd noe. Om det skjer noe og det blir rettssak og det ikke er noe der... I rettens øyne har ingen vært med den pasienten på tre måneder, for det fins ikke dokumentasjon."

En virksomhetsleder peker på det samme:

"Det tar tid, men det er nødvendig tid for dem som jobber ute. Det må dokumenteres hvem som har vært der og at vi har gjort det vi skal. Når pårørende påstår at vi ikke har der, så kan vi gå tilbake og vise - jo det har vi vært."

Informantene gir også uttrykk for at kontrollaspektet ved rapporteringen og dokumenteringen er blitt større de siste årene, som dette sitatet fra en helsefagarbeider viser:

"Vi skriver mer nå enn før. Det er blitt viktigere med kvalitetssikring nå enn før. Vi må skrive sånn at vi er sikre på at vi har gjort det vi skal. Og, det er viktig i forhold til klaging."

Dette må ses i sammenheng med rettsliggjøringsprosessen i samfunnet og medias økte fokus på denne tematikken.

6.2.2 I tilfelle behov for yrkesskadeerstatning

Informantene peker på at det er viktig med dokumentasjon dersom personell pådrar seg yrkesskader som kan påvirke den enkeltes evne til å ivareta sin yrkesrolle og får behov for attføring eller uføretrygd. I en rettssak eller forvaltningssak om helsepersonells yrkesutøvelse, kan opptegnelser, journal og journalmateriale kreves lagt fram som bevis. Informantene mener også det er viktig å dokumentere småskader (utskjelling, slag med mer.), dersom det skulle oppstå helseproblemer senere i livet. Han eller hun kan da eventuelt få yrkesskadeerstatning. En avdelingsleder sier:

”Har du blitt skjelt ut i tjue år uten at det er blitt dokumentert har du ingen ting å slå i bordet med. Du har ingen dokumentasjon på at det har skjedd.”

En av avdelingslederne i hjemmetjenesten forteller at avviksskjemaene også brukes til å informere om personalskader og sier:

”Fall på glatta utenfor huset til bruker er av de mest registrerte skadene for ansatte. Når det ble meldt inn ble det bedre. Det ble strødd utenfor hos dem det gjaldt.”

Informantene legger også vekt på at det er viktig å synliggjøre dersom det er mange skader på en avdeling. Det kan, som vi diskuterer i avsnitt 6.3.3, utløse midler til veiledning osv.

6.2.3 Kontrollaspektet ved rapporteringen – del av rettsliggjøringsprosessen

Som vi har drøftet i dette kapitlet er mye av den rapporteringen og det dokumentasjonsarbeidet som gjøres i pleie- og omsorgssektoren knyttet til brukerne, begrunnet ut fra et ønske om ”å sikre seg”, i tilfelle klager og kontroll. Dette henger blant annet sammen med rettsliggjøringen i samfunnet som vi diskuterte innledningsvis i rapporten (kap. 1.3). Dette gjenspeiles også i mediene, som diskutert i avsnitt 3.2.7. I en artikkel i Bergens Tidende 21.11.2002 med overskriften ”Ses vi i retten?” diskuterer man at en økt rettsbevissthet preger helsevesenet, der stadig flere pasienter klager og får tilkjent erstatning for behandlingssvikt eller skader etter feilbehandling ved helseinstitusjoner.

Rapportering og dokumentasjonsarbeid anses med andre ord å være nødvendig for å kunne utforme treffsikker regulering og kontrollering. I studien vår har vi sett at rådmennene vektlegger i stor grad kontrollaspektet ved rapportering og

dokumentasjonsarbeid. Både statlige myndigheter som pålegger mye av det rapporterings- og dokumenteringsarbeidet som ansatte i pleie- og omsorgstjenesten gjør, men også kommunene selv, opplever dette arbeidet som nyttig og nødvendig, av flere årsaker, som vi har drøftet ovenfor. Samtidig vet vi at denne sektoren står overfor store utfordringer i fremtiden, ikke minst med tanke på demografiske endringer. Det er også grunn til å anta at krav til økt samarbeid mellom flere instanser og yrkesgrupper som samhandlingsreformen legger opp til, vil bidra til ytterligere byråkratisering og dokumenteringsbehov (St.meld. 47, 2008-09).

Det dreier seg ikke minst om fordeling og forvaltning av begrensede ressurser. Og nettopp derfor må spørsmålet om hva som er nyttig og nødvendig av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som ledere og ansatte i pleie- og omsorgstjenestene pålegges eller selv tar initiativet til, drøftes og ses i lys av disse utfordringene. Hensynet til rettssikkerhet for borgerne kan også tilsi at regulering, kontroll og regler utformes presist. Presist utformede regler ivaretar imidlertid ikke alltid på beste måte *intensjonene* bak reglene. En bivirkning vi kjenner til fra omsorgsyrkene, er at det kan bli fokus på reglene i seg selv, på bekostning av det å utøve omsorg. Flere har pekt på at en økt rettsliggjøring av eldreomsorgen kan bidra til å endre *innholdet* i omsorgstjenestene (Wærness 2001). Handegård (2005) hevder at omsorgsrelasjoner basert på nærhet og omsorgsrasjonalitet risikerer å bli forenklet og rutinepreget når de baseres på rettsregler. De kan bli innskrenket slik at kun det som er juridisk relevant får forrang. En annen bivirkning er den som vår studie har vist, nemlig implikasjonene av at tid og ressurser kanaliseres inn i rapportering og dokumentasjonsarbeid, på mulig bekostning av andre arbeidsoppgaver.

6.3 VIKTIG STYRINGSINFORMASJON FOR STAT OG KOMMUNE

Et av formålene med mye av det rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som utføres i pleie- og omsorgssektoren er å gi styringsinformasjon, både til statlige myndigheter og kommuneadministrasjonen og kommunale politikere. Både staten og kommunene har behov for informasjon om utviklingen av omsorgstjenestene, hvilke resultat man oppnår og hvilke behov brukerne har.

6.3.1 Styringsinformasjon til statlige myndigheter

Rapportering, dokumentasjon og tilsyn er sentrale virkemiddel for statlig kontroll og styring med kommunene.⁶⁴ Som studien vår viser, er 57 prosent av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som utføres i pleie- og omsorgssektoren, knyttet til statlige krav.⁶⁵ Staten har behov for å kontrollere at kommunene oppfyller de lovpålagte pliktene de har overfor innbyggerne (St. meld. 12, 2011-2012). Rapportering anses som nødvendig både for å vurdere om virksomhetene når målene sine og hvordan tilstanden er på feltet. Økningen i statens vektlegging av tilsyn og kontroll kan blant annet ses som et resultat av et behov for å følge kommunene tettere opp etter en økning i omfanget av individuelle rettigheter og kommunale plikter (Difi 2010:4).

Et eksempel er innføringen av Samhandlingsreformen (St. meld. 47, 2008-2009). Det er behov for styringsinformasjon på flere nivåer under gjennomføringen av samhandlingsreformen. Kommunene har blant annet behov for informasjon om befolkningens helsetilstand og innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenester. Helseforetakene trenger mer informasjon om tilbudet av tjenester i kommunene for å kunne planlegge tjeneste- og aktivitetsnivå. Både kommuner og helseforetak har behov for informasjon om kostnader og inntekter. Sentrale helsemyndigheter, politikere, og helseplanleggere har behov for overordnet informasjon om utviklingen i reformens virkemidler og effekter.

I St. meld. 12 (2011- 2012) som tar for seg forholdet mellom stat og kommune, blir det understreket at staten ikke skal kontrollere kommunene i større grad enn det som er nødvendig. Det pekes på at en aktiv bruk av forvaltningsrevisjon og administrativ internkontroll i kommunene bør på sikt kunne redusere behovet for statlig tilsyn og kontroll. For at rapporteringen skal være effektiv og minst mulig ressurskrevende, mener Difi (2010) at staten må utvise begrensningens kunst når det gjelder hvilke krav de stiller. Det understrekes også at det er viktig i hvert tilfelle å vurdere grundig om rapportering er nødvendig, og om det er det rette verktøyet for å vurdere tilstanden og eventuelle tiltak, eller om for eksempel evalueringer med noen års mellomrom kan gi større nytte (ibid.).

⁶⁴ I kapittel 4.2.2 diskuterer vi nærmere hvordan statlige tilsyn innebærer rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i pleie- og omsorgssektoren.

⁶⁵ Se tabell 11.

Mål- og resultatstyring er et etablert prinsipp i den statlige styringen av kommunesektoren. Generelt innebærer det at staten spesifiserer nasjonale mål og forventede resultat, mens kommunene skal finne fram til lokale midler som vil føre til best mulig realisering av målene. Denne resultatorienteringen er i tråd med de forventningene innbyggerne og media har til informasjon om hvordan de offentlige ressursene blir anvendt. For at staten skal kunne oppfylle det overordnede ansvaret sitt for oppgaveløsningen, er det behov for tilbakemelding om utviklingen i tjenestene og hvilke resultat som er oppnådde. Statlige myndigheter har derfor ønske om informasjon om hvordan ulike områder blir prioriterte i kommunene. Styringsinformasjon er en del av grunnlaget for utforming av statlig politikk for den offentlige forvaltningen, og blir benyttet i vurderinger rundt ressursinnsats og valg av styringsvirkemiddel overfor de ulike tjenesteområdene. Det er også et mål at informasjonsflyten skal medvirke til læring mellom kommunene og staten og mellom de ulike kommunene. Formålet er forbedring av de kommunale tjenestene, med økt effektivitet og kvalitet.

Når staten i større grad styrer gjennom mål for tjenestene, får kommunene større ansvar for å dokumentere hva de gjør for å nå målene, og for å vurdere om målene faktisk blir nådd. Nye krav til prosedyrer og rapportering innebærer at kommunesektoren må bruke ressurser på å bygge opp system og rutiner for dette. Tilbakemeldinger fra sektoren tilsier at rapporteringspliktene samlet sett er for omfattende og stjeler tid fra tjenesteyting og annen oppgaveløsning.

Rapporteringen fra kommunesektoren til statsforvaltningen er, som også vår studie viser, omfattende. Kravene varierer i både innhold, frekvens og omfang. Etterspørselen etter dokumentasjon og informasjon har økt og vil sannsynligvis bare øke som følge av at staten overlater mer ansvar og myndighet til kommunene. Det er et mål at staten bare skal pålegge kommunesektoren rapportering som gir nødvendig styringsinformasjon både for staten og for kommunesektoren. Kommunalt rapporteringsregister, KOSTRA, og andre informasjonssystem og databaser er verktøy som skal sikre effektiv rapportering fra kommune til stat. Hvordan rapporteringen til staten er innrettet, varierer mellom de ulike tjenestene og de ulike rapporteringsordningene. Det vanligste er at kommunene rapporterer inn data til Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennom å fylle ut og sende skjema eller gjennom filuttrekk fra sine egne fagsystem. I andre tilfeller holder de ved like register som andre forvaltningsnivå administrerer, og som SSB i neste omgang kan trekke ut data fra. All den faste rapporteringen som involverer SSB, skjer i dag ved elektronisk datautveksling. Det mest sentrale systemet for rapportering fra kommunesektoren til staten er KOSTRA.

Rådmennene vi intervjuet peker på at ved innføringen av KOSTRA får kommunen styringsinformasjon tilbake fra staten, blant annet oversikt over antall brukere, konstnader for brukere osv. Så kan man selvsagt stille spørsmål ved i hvor stor grad staten benytter seg av all styringsinformasjonen den mottar fra kommunene.

6.3.2 Styringsinformasjon til kommunene

Kommunene bruker rapporteringene fra pleie- og omsorgssektoren til to formål. Det ene er videreformidling av informasjon til *eksterne* – staten (IPLOS) og fylkesmannen. Det andre er til *internt* bruk. Rapportene fra virksomhetene brukes som styringsinformasjon. Rådmennene som vi har intervjuet, understreker at "*Det ligger mye styringsinformasjon i rapporteringen.*" Fra rådmennenes ståsted oppleves dette som nødvendig og nyttig.⁶⁶ Rapporteringen og dokumentasjonen er viktig styringsinformasjon for kommunen av følgende årsaker:⁶⁷

- Det gir kommuneadministrasjonen mulighet til å følge med på utviklingen i sektoren. Det gir oversikt over ressursbruk og hva kommunen utfører av tjenesteomfang, samt behov for ressurser i sektoren, noe som er viktig i arbeidet med budsjett og ressursfordeling.
- Det gir mulighet for kontroll ved at man kan følge med om virksomhetene utfører de tjenester de er pålagt av statlige myndigheter og kommunale politikere – med andre ord kontrollere at ressursene brukes på korrekt/tiltenkt måte. Man får også mulighet til å kontrollere at tildelte midler går til tiltenkte prosjekter.

Pleie- og omsorgssektoren er en del av det kommunale ansvars- og myndighetsområde. Sektoren er i hovedsak rammefinansiert gjennom det kommunale inntektssystemet. Kommunene står derfor fritt til å prioritere mellom tjenester så lenge de holder seg innenfor minstestandardene i lovverket. Det at ressursene er begrenset gjør at det er nødvendig å prioritere. En del av det som rapporteres og dokumenteres i pleie- og omsorgssektoren blir som nevnt, brukt som grunnlag i kommunen for å vurdere hvilke ressurser pleie- og omsorgssektoren i kommunen skal tildeles. Fra kommuneadministrasjonens side anses det som viktig med god og detaljert dokumentasjon over hvordan ressursene i sektoren anvendes, hvilke behov brukerne har og tjenestens ressursbehov. Dette ble også understreket i intervjuene med rådmennene. Fra

⁶⁶ Administrasjonen rapporter også til politisk nivå i kommunen. Ifølge rådmennene vi har intervjuet opplever også politikerne rapporteringen som nyttig.

⁶⁷ I tillegg peker rådmennene på, som vi har diskutert tidligere i dette kapitlet, at rapportering og dokumentasjon er viktig i tilfelle klager o.l. og kan være viktig informasjon som man kan trekke lærdom av (avviksmeldingene).

virksomhetenes side ser man også viktigheten av å dokumentere behov og ressursbruk, nettopp for å kunne beholde eller øke ressurstildelingen. Samtidig oppleves dette, som vi har drøftet, tidkrevende.

Ifølge rådmennene blir styringsinformasjonen også brukt til å sikre at brukere som bor på ulike sykehjem i kommunen, får tilsvarende kvalitet på tjenestene. Rådmennene peker på at pleie- og omsorgssektoren er kompleks og lett kan bli en såkalt "synsetjeneste" dersom sektoren ikke dokumenterer sine tjenester og behov:

"De er nyttige for oss. Vi bruker dem til å se at ressursene blir brukt på korrekt måte. Vi får oversikt over hva vi utføre av tjenester, omfang og mengde og får god oversikt i forhold til økonomi. Det er nyttig når vi jobber med budsjett og sammenligner ulike virksomheter."

Sitatet ovenfor illustrerer betydningen av dokumentasjon og tall i den interne kampen om ressursene. To rådmenn sier: *"Vi trenger tall for å kunne argumentere for våre behov, vi trenger bevis"* og *"Dessuten vil tall og fakta vise hva som er nødvendig for å skape god kvalitet."* Gjennom dokumentasjon blir behovene synliggjorte, noe som altså kan brukes som argumenter for å få de nødvendige ressurser for å sikre god kvalitet på tjenestene. Kommuneadministrasjonens behov for rapportering og dokumentasjon må altså også ses i sammeng med prioriteringsproblematikken rundt alle kommunens oppgaver – oppgaver som ofte overskrider kapasitet og ressurser i kommunen. Dette er en sektor som står overfor store utfordringer i fremtiden, ikke minst fordi det vil bli flere (både eldre, men også yngre) med behov for omsorgstjenester, samtidig som brukerne har fått flere rettigheter gjennom lover, som medfører at tjenestene koster mer. Rådmennene vi intervjuet understreket at kommunene må "tenke kostnader". To av rådmennene understreket viktigheten av å rapportere på økonomi og uttrykte at *"vi må få kontroll på kommuneøkonomien"* og *"vi må bruke minst mulig penger på mest mulig tjeneste til brukerne"*. Rådmennene forteller at dette innebærer at ved behov for innsparinger vil kommunen først kutte i ikke-lovpålagte tjenester. Og her vil nettopp dokumentasjon av behov være viktig. Dette er da også en virkelighetsforståelse virksomhetslederene deler og forholder seg til, som vi diskuterer i avsnitt 6.3.3.

Stadig flere kommuner opplever et behov for å gjennomføre et større og mer helhetlig omstillingsarbeid. Dette skyldes blant annet nettopp begrensede økonomiske rammer og økte krav og forventninger fra innbyggerne, som igjen

henger sammen med en generell rettsliggjøring i samfunnet. Dette tilsier i neste omgang krav om større effektivitet, bedre kvalitet og mer brukerorientering i tjenesteproduksjonen. For å lykkes med dette arbeidet må kommunen se ulike virkemidler i sammenheng. Kommunens rolle som myndighetsutøver, tjenesteprodusent og samfunnsutvikler må forenes i kommunens omstillingsarbeid. Flere av rådmennene vi har intervjuet mener at kommunene har for dårlig styringsinformasjon i dag, og at kommuneadministrasjonen vet lite om hva tjenesteproduksjonen på ulike områder egentlig koster. Samtidig er man klar over at dette krever mye arbeid, og kostnadene for kommunene kan bli større enn nytten.

Når kommunene blir pålagt en oppgave gjennom lov, har de ansvar for å løse oppgaven i tråd med de reglene som gjelder. Egenkontroll er et begrep som anvendes om den samlede kontrollen som kommunene utfører med egen virksomhet. Egenkontrollen til kommunene er regulert i kommuneloven (av 1.1.1993). Det skal utøves ulike former for kontroll for å sikre effektiv og riktig bruk av ressursene og at tjenestene følger lover og lokale krav. Egenkontrollen er et viktig element for å bygge opp under tilliten til kommunen, blant annet ved å forebygge og avdekke regelbrudd og andre uheldige forhold i kommunen. Et like viktig formål er at kontrollarbeidet skal legge grunnlaget for læring og forbedring.

Kontroll kan forstås som noe en fører, ikke noe en har (Sejersted 2002). Det vil si at kontroll ikke betyr å ha full oversikt over alt. En kan se kontroll fra to ulike perspektiv. I det første perspektivet dreier kontroll seg om å avdekke feil og mangler for å plassere ansvaret der det hører hjemme. Slik sett dreier kontroll seg om ansvarliggjøring. Ansvaret er noe en har hele tiden, mens kontrollvirksomhet retter oppmerksomheten mot hvordan den ansvarlige har utført oppgaven. Til eksempel vil kommunestyret kunne ønske å si klart ifra dersom en kontroll viser at administrasjonssjefen ikke har fulgt opp et vedtak i kommunestyret. Kontroll i dette perspektivet vil kunne munne ut i kritikk i en eller annen form og kan kalles *kontroll som ansvarleggjøring*. I det andre perspektivet dreier kontroll seg om å undersøke og evaluere: til eksempel om målene blir nådd, om oppgaveløsningen er effektiv, om saksbehandlingen er god, om innbyggerne er fornøyde og om regler og politiske forutsetninger blir fulgt. Kontroll i dette perspektivet vil kunne munne ut i nye eller endrede styringssignaler og kan kalles *kontroll som styringsgrunnlag*.

I en konkret kontrollprosess vil ofte begge perspektivene være til stede, men med ulik vekt. Kontrollvirksomhet gir mulighet til både å kritisere de ansvarlige og å

legge grunnlaget for bedre styring og måloppnåelse i fremtiden. Dersom hovedformålet er å legge grunnlaget for forbedring av prosesser og tjenester lokalt (styringsgrunnlag), slik det er i egenkontrollen, vil kontrollprosessen måtte legges opp på en annen måte enn om formålet er snevrere, som å avklare om tjenesten er i samsvar med loven, og finne ut hvem som har ansvaret (ansvarliggjøring). Disse ulike perspektivene på formålet med og innretningen av kontrollvirksomheten stiller krav til hvordan en gjennomfører både tilsynet fra staten og egenkontrollen i kommunene. I relasjonen mellom staten og kommunene har det mye å si hvilke ord fylkesmannen og andre tilsynsetater anvender når resultatene fra tilsynet blir kommunisert til kommunen og til omverden. Det er bedre grobunn for læring hos en kommune som opplever å få hjelp til å forbedre seg, enn hos en kommune som opplever å måtte forsvare seg.

Kommunenes behov for styringsinformasjon kan heller ikke ses uavhengig av hvordan omsorgstjenestene er organisert. Flere forskere har uttrykt bekymring for at omorganiseringer i retning av NPM-inspirerte styringsformer vil medføre økt byråkratisering og et større rapporteringssystem i den kommunale pleie- og omsorgssektoren (Christensen og Wærness 2008, Dahle og Thorsen 2004). Ifølge forskerne kan innføring av flere rapporterings- og dokumenteringskrav sies å være en del av flere styringsgrep som inngår i NPM. Enkelte rådmenn som inngår i studien, mener at innføringen av bestiller-utførermodellen i kommunen har ført til et større rapporterings- og dokumentasjonsbehov, fordi kommuneadministrasjonen har fått større behov for å kontrollere at ressursene går til det de er tiltenk, samt å få mer detaljert dokumentasjon over ressursbehov. Rådmennene vi intervjuet peker også på at en dreining fra rammefinansiering til mer prosjektfinansiering og stykkprisfinansiering vil medføre økt behov for rapportering innen denne sektoren.

6.3.3 Pleie- og omsorgssektorens erfaringer med dokumentasjon av behov med tanke på ressurstildeling

Som drøftet i forrige avsnitt, har kommuneadministrasjonen behov for styringsinformasjon. Sett fra den andre siden – virksomhetene, opplever lederne at rapportering om brukernes behov ressursbruk og økonomi tar mye tid, samtidig som de opplever at dette arbeidet er nødvendig med tanke på ressurstildelingen. Flere av institusjonslederne vi har intervjuet forteller altså at de opplever at de må bruke mye tid og ressurser på å argumentere for bemanningen, både muntlig og skriftlig, overfor kommuneadministrasjonen. Dette er særlig krevende om høsten. En virksomhetsleder sier:

”Vi er aldri trygg på at vi får beholde midlene. Det er forferdelig slitsom! Vi har begynt å sammenligne det med høstjakten. Hver eneste høst er skyteskiven på oss. Det er en svær prosess.”

Virksomhetene må dokumentere bemanningsnormen overfor kommunen, og argumentere for at dagens ressurser opprettholdes ved forslag om kutt i bevilgningene. Det som flere benevner som ”høstjakta” krever betydelig innsats fra virksomhetsledernes side. De forteller at det handler om å klare å skaffe til veie et budsjett som gjør det mulig å drifte virksomheten forsvarlig og i henhold til hvilke oppgaver som er lovpålagt. En virksomhetsleder forteller:

”Det er mye arbeid knyttet til budsjettarbeid. Man kan ikke forsvare oppgaver som ikke er lovpålagt. Kommunen har ikke penger til det. Men vi kan ikke komme med forslag som går ut over det som er faglig forsvarlig i driften, det går ikke an. Dette sliter sånn i min jobb at jeg innimellom lurer på om det er verdt det. Får vi en pasient som krever ekstra bemanning, har vi ikke noe å gå på, da ryker budsjettet. Og så hele tiden bli skutt på og bedt om å kutte igjen. Vi holder budsjettet, men det er nitidig jobbing. Avdelingslederne må vurdere veldig nøye når vi skal leie inn ekstra personale. Vi får ikke mer penger. Vi må forvalte det vi har på best mulig måte, men det må være faglig forsvarlig, vi skal være folk på jobb.”

Å bruke mye tid på å rapportere og dokumentere i forhold til økonomi og ressursbruk oppleves også belastende fordi lederne mener det uttrykker en mistillit fra ledelsen til de vurderingene de selv gjør. Samtidig oppleves dokumentasjonsarbeidet som helt nødvendig, nettopp for å kunne beholde de ressurser virksomheten allerede har fått og unngå kutt, men også for å kunne tildeles mer ressurser ved økte behov. *”Det kan danne grunnlag for bevilgninger og tilskudd.”* Så kan man stille spørsmål ved hvor mye dokumentasjon kommuneadministrasjonen og politikerne egentlig trenger. En virksomhetsleder sier:

”ADL-kartleggingen er også en dokumentasjon i forhold til pleietyngden. Hvor mye hjelp trenger pasienten? Det kan fungere overfor politikerne for å få mer ressurser. Det er vår dokumentasjon på det som vi kan legge frem for politikerne og synliggjøre at sånn er det faktisk. Det holder ikke å komme å syte om et eller annet hvis man ikke har dokumentasjon på det. Så dokumentasjon er alfa og omega.”

Dokumentasjon av kognitiv svikt, funksjonssvekkelser osv. kan for eksempel brukes der hjemmeboende brukere skal søke om sykehjemsplass eller flere timer hjelp fra hjemmetjenesten. En avdelingsleder sier:

”Det er veldig kniv på strupen. Mye arbeid for å være sikker på at tallene er rett, ikke feilregistreringer og at det er rett på statistikken som kommer ut, i forhold til tildeling av ressurser. Både det med økonomi, og at man kan få fram det med tildeling av personell, spesielt hjemmetjenesten. Svingingene er veldig i forhold til behovene til brukerne. Det er viktig å dokumentere behovene før de tildeler tjenestene.”

Informantene uttrykker også en bekymring for at rapportering knyttet til blant annet ADL-score og IPLOS blir brukt ureflektert med tanke på fordeling av ressurser. En leder for en hjemmetjeneste forteller:

”Politiske myndigheter, de kjenner ikke hverdagen vår. Vi har bruk for dialog med politikerne. En sammenligner statistikker. Mange er opptatt av talla, men de ser ikke realiteten bak talla, for de gir ikke et komplett bilde. For min del er det viktig å vite hva tallene sier og ikke sier og det krever trening og trygghet i at du vet hva du driver med.”

Dette viser hvor viktig det er å være bevisst på hva tallene sier og hva de ikke sier. Informantene uttrykker også stor frustrasjon over at det er vanskelig å dokumentere og vise mange oppgaver som tar mye tid, som vi tidligere har nevnt. To avdelingsledere uttrykker dette:

”Det er mornastell, kveldsstell og medisinerings og, men så har du det uforutsette som kan ta kjempelang tid. En bruker blir for eksempel veldig dårlig, eller må bruke et par timer for å få tak i lege, og det å få det fram i de tallene er fryktelig. Det går nesten ikke. Det kommer ikke fram noen plasser. Greit å dokumentere i pasientjournalen på det, men tidsbruken i forhold til å få fram arbeidsbelastningen det kommer ikke fram. Det er en utfordring. Vi sammenlignes med andre kommuner.”

”Og så har du uroen til demente. Det kommer heller ikke fram på IPLOS. Det kommer ikke fram om du bruker mye tid på sånne ting.”

Som disse sitatene viser, og som vi har diskutert i kapittel 5.4.1, er informantene usikre på om det som rapporteres og dokumenteres gir et riktig bilde av

brukernes hjelpebehov, hvilke oppgaver personellet skal utføre og hvor mye tid dette tar.

6.3.4 Avviksmeldinger som grunnlag for mer ressurser

Avviksmeldinger kan som nevnt bidra til å forbedre ulike sider ved tjenesten, nettopp ved at avvik blir avdekket og tatt tak i. Avviksmeldinger kan også benyttes som dokumentasjon i forhold til å vurdere økte ressurser (økt bemanning, mer veiledning osv.). Avviksmeldingene brukes da for å påvise virksomhetens ressursbehov. Mange avvik kan bety at personalet ikke gjør en tilfredsstillende jobb, men det kan også bety at det er for få ansatte i forhold til brukernes behov og de kvalitetskrav som stilles til virksomheter som sykehjem og hjemmetjenester, mangel på kompetanse på spesielle områder osv. To avdelingsledere forteller:

"Bl.a. risikovurderingsskjema, for eksempel mye fall, har resultert i at vi har fått mer veiledning. God dokumentasjon for at vi må ha veiledning. Jeg bruker det. Jeg jobber mye med å dokumentere hva vi har behov for ute i virksomheten."

"Alt lagres i systemet. Vi kan bruke denne dokumentasjonen til å øke bemanningen. Det er jo derfor vi skal bruke det, og for å kvalitetssikre, at det er forsvarlig det vi holder på med."

Rapportering og dokumentasjon kan bidra til å øke kvaliteten på pleie- og omsorgstjenestene ved at det gir arbeidsgivere og kontrollmyndigheter anledning til å kartlegge på hvilke områder det mangler kompetanse. Dersom det for eksempel rapporteres inn mange avvik i forhold til for eksempel utagerende atferd hos demente, kan det utløse ekstra ressurser fra kommunen til veiledning, kurs og lignende. En virksomhetsleder forteller:

"Kompetanseplaner lages en gang i året på bakgrunn av utviklingssamtalene, og sendes institusjonslederen i kommunen. Det er viktig. Vi kan få støtte til videreutdanning og hospitering, på grunnlag av dokumenterte behov. (...) Vi skriver til kommunen hvor viktig dette er."

Dokumenterte behov og avviksmeldinger kan altså både bidra til å kartlegge behov for kompetanse og til å utløse ekstra ressurser fra kommunen.

6.3.5 Vilkårlig skåring i IPLOS – uheldig med tanke på ressurstildeling

IPLOS er ment å skulle gi statlige myndigheter og kommunene informasjon om tjenestemottakernes hjelpebehov og funksjonsnivå. I studien har vi da også sett at IPLOS ikke oppleves som nyttig av de ansatte i pleie- og omsorgssektoren. Det pekes på at de har pleieplaner og journalene som er det viktigste i forhold til å gi gode omsorgstjenester. To avdelingssykepleiere sier: *”Vi er inne på IPLOS flere ganger i året og oppdaterer den, men den er ikke viktig for oss.”* og *”IPLOS kunne vi vært foruten, men den tar ikke så mye tid.* Samtidig er altså ikke IPLOS-registreringen noe som oppleves å ta mye tid av personalet ved sykehjem og hjemmesykepleie. Den blir gjennomført med jevne mellomrom, som regel hver tredje måned.

Flere er likevel kritiske til verdien av IPLOS-registreringene. Det gjelder både virksomhetsledere, sykepleiere og helsefagarbeidere. Kritikken mot IPLOS skyldes blant annet at arbeidstakere i ulike deler av pleie- og omsorgstjenesten synes å fortolke spørsmålene i IPLOS ulikt slik at vurderingen av en og samme pasient kan bli svært forskjellig avhengig av hvem som har svart på spørsmålene. En sykepleier i hjemmetjenesten sier: *”Jeg opplever vel at det er nokså vilkårlig hvordan folk skårer.”* Informantene mener altså at det ikke er tydelig hva som skal rapporteres i IPLOS, noe som kan gi rom for store tolkninger og dermed også feilføringer. Studien vår viser hvor viktig det er å være bevisst fortolkningsmangfoldet og diskutere hvordan IPLOS skal registreres og hva tallene betyr. Informantene mener det er problematisk hvis man skal beregne tildeling av bemanning og ressurser på bakgrunn av IPLOS-tallene, som to avdelingsledere sier:

”De blir så lite verdt når vi skårer i vilden sky. Og så skal vi etterpå sammenlignes med andre kommuner. Det blir jo helt vilkårlig.”

”Det er komplisert å forstå disse parameterne, men IPLOS blir vel bedre over tid. Vi har nedsatt grupper med samme case og sett hvordan personell i ulike bydeler vurderer dem. Det er veldig ulikt. En kan undre på om det er korrelasjon mellom IPLOS-score og tildeling av tjenester.”

Dette viser hvor viktig det er å være bevisst usikkerheten som er knyttet til IPLOS-registreringen, dersom man skal bruke den ved beregning av behov for ressurser. Gjennom intervjuene har vi også sett at rådmennene uttrykker ønske om at informasjon fra IPLOS i større grad kan brukes til å måle ut hvor mye staten skal overføre til kommunene. Det er også enighet om at IPLOS-registreringen kan og

bør bli bedre, hvis man ønsker å bruke dette som grunnlag for å vurdere ressursbehov.

6.4 SAMMENDRAG

I dette kapitlet har vi drøftet hva ansatte i pleie- og omsorgssektoren og rådmennene legger vekt på når det gjelder nytten av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som utføres i denne sektoren. Det informantene mente var viktigst var rapportering i brukernes journaler, utarbeidelse og oppdatering av pleieplanene, skriving av avviksmeldinger og avkrysning for medisin som er gitt. Dette er alle oppgaver som informantene vurderer som viktig med tanke på kvaliteten på tjenestene brukerne mottar.

Informantene trekker fram følgende hovedårsaker til hvorfor det er viktig med rapportering og dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenestene:

- Det bidrar for det første til å *øke kvaliteten på tjenestene* ved at brukerne får god oppfølging, og ved at avvik som kan forbedres, blir avdekket.
- For det andre gir det *sikkerhet i tilfelle kontroll og klager*, og i tilfelle behov for yrkesskadeerstatning senere i livet.
- For det tredje gir det *styringsinformasjon* til statlige myndigheter og kommunene. Statlige myndigheter har behov for å kontrollere at kommunene oppfylder de lovpålagte pliktene de har overfor innbyggerne. Kommuneadministrasjonen behøver oversikt over ressursbruk og behov for ressurser i sektoren med tanke på budsjettarbeid og ressursfordeling.
- Rapporterings- og dokumenteringsarbeidet bidrar dessuten til forsknings- og utviklingsarbeid ved å skaffe data til register som kan brukes til forskning og utvikling.

7. LØNNSOMHETSVURDERING

I dette kapitlet vil vi foreta en lønnsomhetsvurdering av mer effektiv dokumentasjons- og rapporteringsarbeid. Innledningsvis vil vi redegjøre for hvordan nytten av forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne vurderes og se den nytten opp mot tidsbruken på de aktuelle aktivitetene. Med utgangspunkt i respondentenes oppgitte tidsbruk på 38 rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter beregnes tilsvarende tidsbruk for populasjonen (alle *kommunalt* ansatte vernepleiere, helsefagarbeidere/hjelpepleiere og sykepleiere i Norge). Denne tidsbruken regnes også om i lønnskostnader. Videre foretas det en teoretisk beregning av antall årsverk og lønnsmidler som kan frigjøres dersom tidsbruken på de 10 mest ressurskrevende dokumentasjons- og rapporteringsaktivitetene reduseres med 5 %, 10 % og 15 %. Til slutt gjennomføres et regneeksempel på en nytte-kostnadsanalyse av at tiden som går med til å rapportere i brukernes journaler reduseres med 10 %.

7.1 VURDERING AV NYTTEN AV RAPPORTERINGS- OG DOKUMENTASJONSARBEID KNYTTET TIL BRUKERNE

Når det gjelder nytten av en gitt dokumentasjons- og rapporteringsaktivitet er det flere måter å tilnærme seg dette på. Dersom aktiviteten er lovpålagt, kan man som et utgangspunkt ta for gitt at dokumentasjonen og rapporteringen er nyttig, uten å gå nærmere inn i hva aktiviteten innebærer. En annen tilnærming er å få en nyttevurdering fra de personene som etterspør informasjonen. En kan også få en vurdering av nytten direkte fra de personene som foretar det aktuelle rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet. En slik vurdering vil både være basert på de aktuelle personenes kunnskaper om aktiviteten er lovpålagt eller ikke, samt refleksjoner rundt aktivitetens reelle bruksnytte. Dersom mange av aktivitetene en skal vurdere nytten av er lovpålagte, vil det å spørre de som utfører rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet lett føre til at alt oppfattes som nyttig.

I spørreundersøkelsen spurte vi respondentene om hvor nyttig de oppfattet rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet knyttet til brukerne å være, med utgangspunkt i en skala fra 1-5 der 1 er svært viktig og 5 er svært lite viktig.⁶⁸

⁶⁸ I ettertid kan det oppfattes som litt uheldig at det ble brukt ordet "nyttig" i spørsmålet, mens ordet "viktig" ble brukt i svaralternativene. Vi tror imidlertid ikke at dette har skapt de store

Tabell 29: Vurdering av nytten av forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne. (N=187-270).

Type arbeidsoppgaver	N	Mini- mum	Maksi- mum	Gjennom- snitt	Standard -avvik
Utarbeide, evaluere og oppdatere tiltaksplaner, pleieplaner o.l.	266	1	5	1,17	0,531
Rapportere i brukernes journal (rapportere dagens hendelser)	270	1	3	1,07	0,264
Krysse av for dusjing, avføring, ernæring	264	1	5	1,50	0,765
Skrive avviksmeldinger	267	1	3	1,07	0,266
Lage og oppdatere Individuell Plan	248	1	4	1,48	0,763
Forberede, utfylle og oppdatere IPLOS (pleiebehov/funksjonsnivå)	260	1	5	1,47	0,783
Forberedelse, gjennomføring og etterarbeid i forbindelse med planlagte og uanmeldte tilsyn	219	1	5	1,54	0,755
Skrive referat fra møter med pårørende	250	1	5	1,34	0,648
Skrive brev/svare på henvendelser angående brukerne	246	1	5	1,28	0,547
Utarbeide og fornye vedtak om bruk av tvang overfor utviklingshemmede	201	1	5	1,32	0,734
Søke om dispensasjon i forhold til utdanningskravet i forhold til bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede	187	1	5	1,37	0,775
Skrive A-meldinger om enkeltsituasjoner der det er brukt tvang og makt overfor utviklingshemmede	193	1	5	1,36	0,766

problemene, da en aktivitet som vurderes som nyttig normalt sett også vurderes som viktig og vice versa.

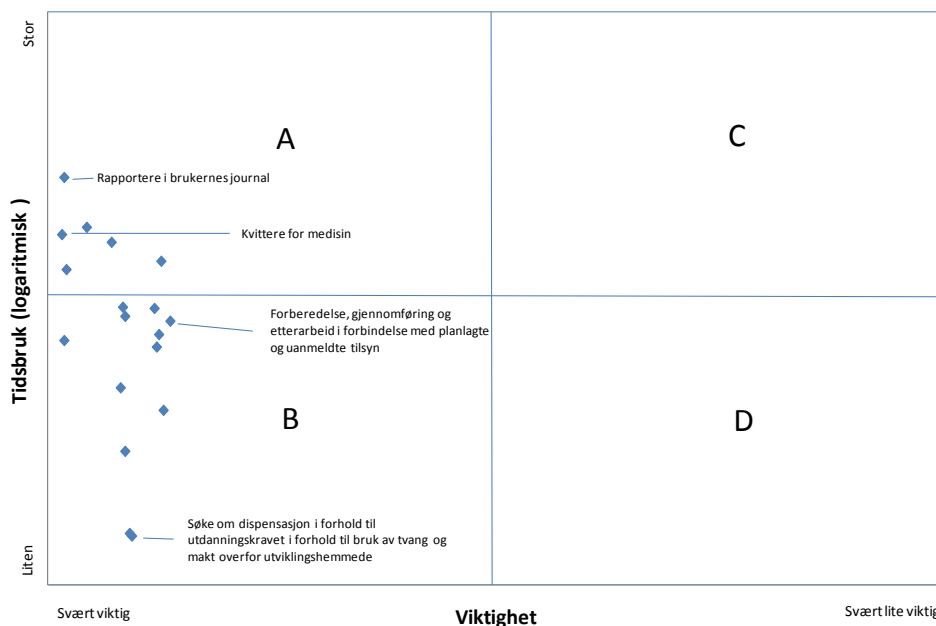
Utarbeide vedtak om bruk av tvang overfor demente	215	1	5	1,34	0,750
Lage og vedlikeholde medisinlister/kort	251	1	3	1,08	0,325
Kvitte for medisin som er gitt	263	1	3	1,06	0,263
Skrive eller hjelpe brukerne å skrive søknader om hjelp og tiltak fra ulike instanser	243	1	4	1,33	0,568
Registrere ADL-skåre/hjelpebehov	243	1	5	1,49	0,741
Skalere i forhold til OBS-demens	212	1	5	1,51	0,782

1= svært viktig, 2= litt viktig, 3= verken viktig eller uviktig, 4= lite viktig, og 5= svært lite viktig.

Som det fremgår av tabell 29 vurderes stort sett alle rapporterings- og dokumentasjonsaktivitetene knyttet til brukerne som svært eller litt viktige. Spesielt viktige rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter er "kvittere for medisin som er gitt", "rapportere i brukernes journal" og "skrive avvismeldinger". Aktiviteter som oppfattes som minst viktige (selv om også disse får rimelig høy viktighetscore) er "forberedelse, gjennomføring og etterarbeid i forbindelse med planlagte og uanmeldte tilsyn", "skalere i forhold til OBS-demens" og "krysse av for dusjing, avføring, ernæring".

Med å ta utgangspunkt i matrisen fra figur 1, har vi i figur 19 laget et plott av rapporterings- og dokumentasjonsaktivitetene fra tabell 29 der vi ser viktigheten av disse holdt opp mot tidsbruken. For ikke å få for stor spredning av aktivitetene vertikalt, er tidsbruksaksen logaritmisk.

Figur 19: Visualisering av forholdet mellom nytte og tidsbruk for rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter knyttet til brukerne. Vurdert av 276 respondenter. Vertikal skala er logaritmisk.



Aksekoret i figur 19 er konstruert med utgangspunkt i gjennomsnittlig viktighet (verdi 3 i spørreskjemaet; verken viktig eller uviktig) som den vertikale streken og gjennomsnittlig tidsbruk per aktivitet som den horisontale streken. Aktiviteter som havner over den horisontale streken klassifiseres i boks A (høy viktighet og stor tidsbruk) mens aktiviteter som havner i under den horisontale streken klassifiseres i boks B (høy viktighet og liten tidsbruk).

Som tabell 29 viste var det ingen av aktivitetene som respondentene vurderte som lite viktig eller svært lite viktig. Derfor er det ingen aktiviteter som havner i boks C og D. Vi har navngitt ytterpunktene i datamaterialet gjennom aktiviteten med størst tidsbruk (rapportere i brukernes journal), aktiviteten med minst tidsbruk (søke om dispensasjon i forhold til utdanningskravet i forhold til bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede), aktiviteten med høyest viktighet (kvitte for medisin) og aktiviteten med lavest viktighet (forberedelse, gjennomføring og etterarbeid i forbindelse med planlagte og uanmeldte tilsyn).

I henhold til tolkningen av aktivitetene som havner i de to boksene, jf. kommentarer til figur 1, kan det særlig være relevant å forsøkes å effektivisere dokumentasjon og rapportering på de aktivitetene som havner i boks A (dette gjelder spesielt: utarbeide, evaluere og oppdatere tiltaksplaner, pleieplaner o.l., rapportere i brukernes journal, skrive brev/svare på henvendelser angående brukerne og lage og vedlikeholde medisinalister/kort) mens dokumentasjonen og rapporteringen på de aktivitetene som havner i boks B (dette gjelder spesielt: skriving av avviksmeldinger, søke om dispensasjon fra utdanningskravet i forhold til bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede og skrive A-meldinger om enkeltsituasjoner der det er brukt tvang og makt overfor utviklingshemmede) ikke trengs å gjøres så mye med.

7.2 TIDSBRUK OG PERSONALKOSTNADER KNYTTET TIL RAPPORTERINGS- OG DOKUMENTASJONSARBEID I PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN

Nedenfor gis en analyse av den tidsbruken *populasjonen* benytter på de ulike rapporterings- og dokumentasjonsaktivitetene med utgangspunkt i svarene fra våre respondenter. Tidsbruken regnes om i antall årsverk som igjen regnes om i lønnsmidler. Deretter gjøres en enkel beregning av den forventede reduksjon i lønnsutbetalinger dersom tidsbruken på de 10 mest ressurskrevende aktivitetene reduseres med henholdsvis 5 %, 10 % og 15 %. Til slutt gjennomføres en nytte-kostnadsanalyse (NKA) av at tidsbruken knyttet til rapportering i brukernes journaler reduseres med 10 %. Analysen er ment som et regneeksempel på hvordan lønnsomheten av mindre tidsbruk påvirkes av noen sentrale forutsetninger.

Totalt legger rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter beslag på 9 812 årsverk tilsvarende lønnskostnader på 4 874 mill. kr.⁶⁹

⁶⁹ Når det gjelder eventuell sammenligning med PwC-rapporten (2011) så er dette vanskelig, etter som den for det første tar for seg rapportering til staten innenfor flere sektorer (inkluderer bl.a. også grunnskolesystemet GSI). For det andre mener vi at vår studie fanger flere statlige rapporterings- og dokumentasjonskrav innen pleie- og omsorgssektorene enn hva PwC-rapporten gjør (bl.a. oppfølging av sykemeldte). Av den grunn kan ikke våre estimater over årsverk og lønnskostnader som rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter i pleie- og omsorgssektoren legger beslag på, sammenliknes med tallene i PwC-rapporten.

7.2.1 Forutsetninger for analysen

Når vi skal ta utgangspunkt i svarene fra våre 276 respondenter og benytte svarene til å si noe om hele populasjonen, er det noen sentrale forutsetninger som vi legger til grunn.

For det første legger vi til grunn at populasjonen er alle *kommunalt* ansatte vernepleiere, helsefagarbeidere/hjelpepleiere og sykepleiere i Norge. Dette dreier seg ifølge tall fra KS om i alt 65 000 ansatte fordelt på 45 490 årsverk, noe som gir en gjennomsnittlig stillingsbrøk på 70 %.⁷⁰ Hvis vi sammenholder andelen sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere mellom våre respondenter og populasjonen får vi følgende fordeling:

Tabell 30 Fordeling mellom respondentene og populasjonen for ulike profesjoner

<i>Profesjon</i>	<i>Populasjon</i>	<i>Respondenter</i>
Sykepleiere	36 %	38 %
Vernepleiere	5 %	10 %
Helsefagarbeidere/hjelpepleiere	59 %	52 %
Totalt	100 %	100 %

Som det fremgår av fordelingen er vernepleiere noe overrepresentert blant våre respondenter mens helsefagarbeidere/hjelpepleiere er noe underrepresentert. Vi har allikevel ikke vektet svarene siden det er en viss usikkerhet knyttet til fordelingen på profesjon blant våre respondenter. I forhold til profesjon ser våre respondenter ut til å være rimelig representative holdt opp mot populasjonen.

Hvis vi ser på stillingsbrøk, er situasjonen noe annerledes. Våre respondenter ble bedt om å angi stillingsbrøk. Siden svarene skulle angis i relativt grove kategorier, jf. spørsmål 3 i spørreskjemaet, blir derfor beregningen av gjennomsnittlig stillingsbrøk noe usikker. Med utgangspunkt i midtalternativene til hver kategori har vi anslått at våre respondenter har en gjennomsnittlig stillingsbrøk på 87 prosent, altså betydelig høyere enn i populasjonen. Det er usikkert hvilken

⁷⁰ Tallene for populasjonen er som følger: Vernepleiere 2 974 ansatte (2 422 årsverk), helsefagarbeidere/hjelpepleiere 40 340 ansatte (26 773 årsverk) og sykepleiere 21 686 ansatte (16 295 årsverk). Vi har ikke tatt med 853 sykepleierårsverk knyttet til tjenester til utviklingshemmede (KS 2012).

betydning dette kan ha for våre analyser, men vi kan vanskelig se at det skulle innebære noen alvorlig feilkilde.

En annen usikkerhet er selve utvalget av kommuner undersøkelsen er foretatt i. I analysen legger vi til grunn at disse kan sees på som representative for alle norske kommuner. Denne forutsetningen legger vi i og for seg også til grunn for arbeidsdelingen mellom de tre ulike profesjonene. Hvem rapporterer hva? Denne arbeidsdelingen varierer nok en del mellom kommuner, men det er vanskelig for oss å vurdere om vårt utvalg av kommuner og de respondentene vi har fra kommunene skiller seg fra "landsgjennomsnittet". Derfor forutsetter vi at vi ikke har utvalgsskjevheter på dette området. Det kan også nevnes at i utvalget inngår både store og små kommuner.

I vår analyse av tidsbruken på ulike rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter vil vi først fokusere på den samlede tidsbruken (målt i årsverk) våre 276 respondenter (tilsvarende 221 årsverk) benytter på de ulike aktivitetene og "blåse" denne opp til å gjelde populasjonen på 65 000 personer (tilsvarende 45 490 årsverk). Deretter beregner vi lønnskostnader (grunnlønn inkl. faste og variable tillegg samt variabel overtid) for de årsverkene som går med til de aktuelle aktivitetene. Vi benytter lønns- og personalstatistikk fra KS fra desember 2011 (KS 2012). Vi legger til grunn lønn for ansatte innen pleie og omsorg (gjennomsnitt av kategori 253 og 254 fra tabell 1b på side 32). Dette gir en månedslønn på 34 500 kr tilsvarende en årslønn på 414 000 kr. Grovt sett vil denne årslønnen inkludere feriepenger. Til dette beløpet legger vi til 20 prosent som skal inkludere kostnader til arbeidsgiveravgift, pensjonsinnskudd samt kostnader ved innleie av vikarer ved sykdom. Da blir kostnadene ved et årsverk 496 800 kr.⁷¹

Som tidligere diskutert vil det være rimelig å verdsette nytten av å bruke mindre tid til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid til lønnskostnadene for den medgåtte tiden. Vi forutsetter da at frigjort tid har en alternativverdi lik sparte lønnskostnader. Dersom denne tiden kan konverteres til arbeid som vurderes å ha større verdi, vil nytten av den sparte tiden være større enn 496 800 kr pr. årsverk. Dette kan eksempelvis være dersom institusjons- og avdelingsledere kan frigjøre tid som kan benyttes til å utøve bedre lederskap, foreta organisatoriske og

⁷¹ Dersom vi antar at kostnader til arbeidsgiveravgift, pensjonsinnskudd og innleie av vikarer ved sykdom, er 30 prosent, vil kostnadene ved et årsverk bli 538 000 kr.

praktiske endringer for å oppnå bedre resultat samt jobbe mer strategisk i forhold til innovasjon og utvikling av sektoren.

Dersom spart tid innebærer at det rapporteres mindre, må bortfall av nytte knyttet til den rapporteringen som fjernes trekkes inn som en kostnad i det samfunnsøkonomiske regnskapet. Andre kostnader kan være opplæring og kursing av ansatte dersom det eksempelvis skal innføre nye rapporteringsrutiner eller rapporteringssystemer. Til slutt vil vi derfor vise et eksempel på en NKA med utgangspunkt i et enkelt regneeksempel.

7.2.2 Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til personalet

I tabell 31 har vi tatt utgangspunkt i den tiden som respondentene benytter pr. årsverk til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til *personalet*, og beregnet tilsvarende tidsbruk for populasjonen med utgangspunkt i forutsetningene redegjort for ovenfor.

Tabell 31: Tidsbruk for respondentene og populasjonen samt årlige lønnskostnader for populasjonen av forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til personalet.

Type arbeidsoppgaver	Tidsbruk pr. årsverk for respondentene (timer)	Tidsbruk pr. år for populasjonen (årsverk)	Årlige lønnskostnader for populasjonen (mill. kr)
Følge opp sykemeldte arbeidstakere i forhold til NAV	28	731	363
Rapportere sykefravær til NAV	6	150	74
Skrive referat fra møter med ansatte	12	316	157
Fylle ut skademelding til NAV	2	52	26
Utføre HMS-arbeid	13	342	170
Lage og oppdatere kompetanseplaner	6	158	78
Totalt	67	1 749	869

Som tabell 31 viser, anslås det at de seks rapporterings- og dokumentasjonsaktivitetene knyttet til personalet samlet sett legger beslag på 1 749 kommunale årsverk, tilsvarende lønnskostnader på 869 mill. kr. Det er tidsbruk knyttet til å følge opp sykemeldte arbeidstakere i forhold til NAV som legger beslag på mest tid.

7.2.3 Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne

I tabell 32 har vi tatt utgangspunkt i den tiden som respondentene benytter pr. årsverk til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til *brukerne*, og beregnet tilsvarende tidsbruk for populasjonen med utgangspunkt i forutsetningene redegjort for ovenfor.

Tabell 32: Tidsbruk for respondentene og populasjonen samt årlige lønnskostnader for populasjonen av forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne.

Type arbeidsoppgaver	Tidsbruk pr. årsverk for respondentene (timer)	Tidsbruk pr. år for populasjonen (årsverk)	Årlige lønnskostnader for populasjonen (mill. kr)
Utarbeide, evaluere og oppdatere tiltaksplaner, pleieplaner o.l.	26	685	340
Rapportere i brukernes journal	53	1 375	683
Krysse av for dusjing, avføring, ernæring	16	426	212
Skrive avviksmeldinger	5	141	70
Lage og oppdatere Individuell plan	5	129	64
Forberede, utfylle og oppdatere IPLOS	8	220	110
Forberede, gjennomføre og etterarbeid i forbindelse med planlagte og uanmeldte tilsyn	7	185	92
Skrive referat fra møter med pårørende	8	197	98
Skrive brev/svare på henvendelser	21	556	276

angående brukerne			
Utarbeide og fornye vedtak om bruk av tvang overfor utviklingshemmede	3	73	36
Søke om dispensasjon fra utdanningskrevet i forhold til bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede	0	9	5
Skrive A-meldinger om enkeltsituasjoner der det er brukt tvang og makt overfor utviklingshemmede	0	10	5
Utarbeide og fornye vedtak om bruk av tvang overfor demente	1	30	15
Lage og vedlikeholde medisinlister/kort	15	379	188
Kvitte for medisin som er gitt	24	619	307
Skrive eller hjelpe brukerne å skrive søknader om hjelp og tiltak fra ulike instanser	9	224	111
Registrere ADL-skåre/hjelpebehov	6	153	76
Skalere forhold til OBS-demens	2	53	26
Totalt	210	5 463	2 714

Som det fremgår av tabell 32, anslås det at de 18 rapporterings- og dokumentasjonsaktivitetene knyttet til brukerne samlet legger beslag på 5 463 kommunale årsverk, tilsvarende lønnskostnader på 2,7 mrd. kr. Det er rapporteringen i brukernes journaler som beslaglegger mest tid.

7.2.4 Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til økonomi

I tabell 33 har vi tatt utgangspunkt i den tiden som respondentene benytter pr. årsverk til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til *økonomi*, og beregnet tilsvarende tidsbruk for populasjonen med utgangspunkt i forutsetningene redegjort for ovenfor.

Tabell 33: Tidsbruk for respondentene og populasjonen samt årlige lønnskostnader for populasjonen av forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til økonomi.

Arbeidsoppgaver	Tidsbruk pr. årsverk for respondentene (timer)	Tidsbruk pr. år for populasjonen (årsverk)	Årlige lønnskostnader for populasjonen (mill. kr)
Rapportere økonomi og ressursbruk	17	443	220
Argumentere for ressursbruk og bemanningsnorm overfor kommuneadministrasjonen	7	189	94
Søke kommuneadministrasjonen om ekstra ressurser	2	39	20
Søke om tilskudd og rapportering i tilknytning til disse	5	135	67
Totalt	31	806	400

Som det fremgår av tabell 33, anslås det at de fire rapporterings- og dokumentasjonsaktivitetene knyttet til økonomi samlet legger beslag på 806 kommunale årsverk, tilsvarende lønnskostnader på 400 mill. kr. Det er rapporteringen knyttet til økonomi og ressursbruk som beslaglegger mest tid.

7.2.5 Rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til annet

I tabell 34 har vi tatt utgangspunkt i den tiden som respondentene benytter pr. årsverk til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til "annet", og beregnet tilsvarende tidsbruk for populasjonen med utgangspunkt i forutsetningene redegjort for ovenfor.

Tabell 34: Tidsbruk for respondentene og populasjonen samt årlige lønnskostnader for populasjonen av forskjellig rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til annet.

Arbeidsoppgaver	Tidsbruk pr. årsverk for respondentene (timer)	Tidsbruk pr. år for populasjonen (årsverk)	Årlige lønnskostnader for populasjonen (mill. kr)
Registrere og vedlikeholde av opplysninger som senere skal rapporteres	17	442	219
Skrive årsmeldinger o.l.	3	84	42
Få opplæring i kartleggingsverktøy (IPLOS, OBS-demens, DCM-demens osv.)	4	108	53
Svare på enkelthenvendelser fra media, statlige myndigheter m.fl.	1	32	16
Søke om prosjekter og kompetansemidler	1	28	14
Dokumentere eller gjennomføre egevalueringer knyttet til prosjekter, kompetanseutvikling m.m.	12	306	152
Få opplæring i forbindelse med nye forskrifter, lover, rapporteringskrav	12	324	161
Få opplæring i bruk av data ved elektronisk rapportering	9	233	116
Få opplæring i bruk av håndholdte terminaler	1	18	9
Utføre dokumentasjonsarbeid knyttet til det å ha lærlinger	8	220	109
Totalt	69	1 794	891

Som det fremgår av tabell 34, anslås det at de ti rapporterings- og dokumentasjonsaktivitetene knyttet til "annet" samlet legger beslag på 1 794 kommunale årsverk, tilsvarende lønnskostnader på 891 mill. kr. Det er rapporteringen knyttet til registrering og vedlikehold av opplysninger som senere skal rapporteres som beslaglegger mest tid.

7.3 FRIGJØRING AV TID OG LØNNSMIDLER

Vi vil nedenfor gjennomføre en enkel analyse av hvor mye tid (målt i årsverk) og lønnsmidler (målt i mill. kr) som vil kunne frigjøres dersom tidsbruken knyttet til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid på de ti aktivitetene som beslaglegger mest tid reduseres med henholdsvis 5 %, 10 % og 15 %. Resultatene av våre beregninger vises i tabell 35.

Tabell 35: Frigjorte årsverk og lønnsmidler for populasjonen ved redusert tidsbruk på 5 %, 10 % og 15 % på de 10 rapporterings- og dokumentasjonsaktivitetene som det brukes mest tid på i 2011.

Arbeidsoppgaver	Frigjorte årsverk ved reduksjon i tidsbruk på:			Årlig reduksjon i lønnsmidler (mill. kr) ved reduksjon i årsverk på:		
	5 %	10 %	15 %	5 %	10 %	15 %
Rapportere i brukernes journal	69	137	206	34	68	102
Følge opp sykemeldte arbeidstakere i forhold til NAV	37	73	110	18	36	54
Utarbeide, evaluere og oppdatere tiltaksplaner, pleieplaner o.l.	34	68	103	17	34	51
Kvitte for medisin som er gitt	31	62	93	15	31	46
Skrive brev/svare på henvendelser angående brukerne	28	56	83	14	28	41
Rapportere økonomi og ressursbruk	22	44	66	11	22	33
Registrere og vedlikeholde av opplysninger som senere skal rapporteres	22	44	66	11	22	33
Krysse av for dusjing, avføring, ernæring	21	43	64	11	21	32
Lage og vedlikeholde medisinlister/kort	19	38	57	9	19	28
Utføre HMS-arbeid	17	34	51	9	17	26
Totalt	300	600	900	149	298	447

Som det fremgår av tabell 35 vil en redusert tidsbruk på fem prosent på de ti mest ressurskrevende dokumentasjons- og rapporteringsaktivitetene kunne frigjøre 300 kommunale årsverk. Med våre forutsetninger knyttet til lønnskostnader tilsvarer dette lønnsutbetalinger på 149 mill. kr. Tilsvarende tall for en tidsreduksjon på 15 prosent er 900 årsverk og 447 mill. kr.

Det er viktig å være klar over at dette er *bruttotall*. Dersom redusert tidsbruk er knyttet til mer effektiv rapportering vil en måtte trekke fra kostnader knyttet til kursing og opplæring for å få til denne tidsreduksjonen. Dersom redusert tidsbruk oppnås gjennom at en kutter ut deler av rapporteringen, må en gjøre en vurdering av nyttetapet (målt i kroner) av dette bortfallet og trekke dette fra i "regnskapet".

7.4 NYTTE-KOSTNADSANALYSE AV MER EFFEKTIV JOURNALFØRING

I tabell 30 anslås det at det går med 1 375 årsverk til å rapportere i brukernes journaler. Vi tenker oss nå at en i kommunene klarer å oppnå en reduksjon i tiden som benyttes til denne rapporteringen på ti prosent, og at nytten av dette kan kvantifiseres til de lønnsutbetalinger som den frigjorte tiden innebærer. Med dette som utgangspunkt har vi nedenfor gjennomført en nytte-kostnadsanalyse og presentert analysen etter anbefalinger fra SSØ (2010). Vi lager et regneeksempel basert på en utgangssituasjon som vi sammenholder med tre alternativer; "halverte lønnsbesparelser", "opplæring over tre dager" og "investeringer på 10 000 kr pr. sykepleier".

Analysens utgangssituasjon bygger på følgende forutsetninger:

- Det benyttes 10 % mindre tid til rapportering i brukernes journaler, dvs. en tidsreduksjon på 138 årsverk (fra 1 375 årsverk til 1 237 årsverk).
- Årlige frigjorte lønnsmidler blir 68 mill. kr basert på en lønnskostnad på 496 800 kr pr. årsverk.
- Nyttan (frigjorte lønnsmidler) kommer fra og med år 1.
- 15 000 sykepleiere skal i år 0 ha én dags opplæring for å lære å rapportere "raskere".
- Opplæringskostnader blir 2 129 kr pr. sykepleier.
- Fra og med år 1 skal 20 prosent av sykepleierne (3 000 ansatte) ha opplæring i å rapportere "raskere" hvert år. Dette gjelder primært nye sykepleiere som

ansettes. Det kan opplagt diskuteres om kostnadene til opplæring av nyansatte skal tas med, i og med at disse måtte hatt opplæring uansett hvordan rapporteringen skal foregå.

- Analyseperioden settes til 10 år.
- Skattekostnader er 20 %.
- Kalkulasjonsrenten er 4,5 %.

I alternativet "halvering av nytte" antar vi at nytten halveres i forhold til utgangssituasjonen. I alternativet "opplæring over 3 dager" antar vi altså at opplæringen øker fra en til tre dager. Alt annet er likt. I alternativet "investering 10 000 kr pr. sykepleier" legger vi inn en investeringskostnad i utstyr på 10 000 kr pr. sykepleier i år 0 og tilsvarende kostnader fra og med år 1 for de nyansatte. Ellers er alt annet likt.

Tabell 36: Nytte-kostnadsanalyse av at det benyttes 10 % mindre tid til rapportering i brukernes journaler i pleie- og omsorgssektoren i alle norske kommuner. Tall i mill. 2011-kr.

	Utgangssituasjon	Halverte lønnsbesparelser	Opplæring over tre dager	Investering; 10 000 kr pr. sykepleier
<i>Nytte</i>				
Reduksjon i lønnskostnader	562	281	562	562
Reduserte skattekostnader	112	56	112	112
Sum nytte	675	337	675	675
<i>Kostnader</i>				
Opplæringskostnader	85	85	254	85
Investeringskostnader	-	0	0	398
Økte skattekostnader	17	17	51	97
Sum kostnader	102	102	305	579
Netto nåverdi	573	236	370	95
Netto nåverdi pr. budsjettkrone (kroner)	6,8	2,8	1,5	0,2

Ut fra tabell 36 ser vi at alle alternativene er samfunnsøkonomisk lønnsomme siden nytten er større enn kostnadene. I utgangssituasjonen er eksempelvis nytten 675 mill. kr mens kostnadene er 102 mill. kr. Dette gir en netto nåverdi på

573 mill. kr. Selv alternativet med en investeringskostnad på 10 000 kr pr. sykepleier blir lønnsomt under forutsetning av uendret nytte og opplæring kun over en dag.

7.5 SAMMENDRAG

I dette kapitlet har vi gjennomført en lønnsomhetsvurdering av mer effektive rapporterings- og dokumentasjonsrutiner og/eller reduksjon i mengde rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver innenfor pleie- og omsorgssektoren i norske kommuner.

Analysen av tidsbruken populasjonen benytter på ulike rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver viser at samlet sett legger oppgaver knyttet til *personalet* beslag på 1 749 kommunale årsverk, oppgaver knyttet til *brukerne* 5 463 kommunale årsverk, oppgaver knyttet til *økonomi* 806 kommunale årsverk og oppgaver knyttet til "*annet*" 1 794 kommunale årsverk. Samlet sett utgjør dette 9 812 kommunale årsverk, noe som tilsvarer årlige lønnskostnader på 4 874 mill. kr. Det kan her nevnes at lønnsutgiftene innenfor pleie- og omsorgssektoren i norske kommuner var ca. 65 mrd. kr i 2011. Dette innebærer at det dokumentasjons- og rapporteringsarbeidet vi har undersøkt tidsbruken til, legger beslag på om lag 7,5 % av lønnsutgiftene i sektoren. Dette er et usikkert tall, basert på tidsanslag fra 276 respondenter fordelt på 24 kommuner.

I analysen ser vi at en redusert tidsbruk på fem prosent på de mest ressurskrevende rapporterings- og dokumentasjonsoppgavene i teorien vil kunne frigjøre 300 kommunale årsverk, noe som tilsvarer 149 mill. kr i lønnsutbetalinger.

8. AVSLUTTENDE DISKUSJON

Å beregne tidsbruk fordelt på ulike arbeidsoppgaver innenfor en sektor av arbeidslivet er en komplisert øvelse. Det er flere usikkerhetsmomenter og mulige feilkilder. I denne studien har vi tatt utgangspunkt i empiriske beskrivelser av hverdagen på arbeidsplassene, gjennom casestudier og intervjuer, og knyttet dette til en detaljert spørreskjemaundersøkelse der ulike personalgrupper innenfor pleie- og omsorgssektoren anslår sin bruk av tid på en rekke ulike rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver. Resultatene fra disse anslagene er siden bearbeidet og knyttet til lønns- og personaldata på nasjonalt nivå, slik at vi har kunnet anslå bruk av tid og penger på ulike rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver innenfor ulike områder og for ulike personalgrupper.

Hovedformålet med studien har vært å belyse i hvilken grad rapportering og dokumentering trekker pleieressurser bort fra direkte brukerrettet arbeid innen den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Vi har tatt for oss følgende hovedproblemstillinger:

- Hvilke typer dokumentasjonsarbeid og rapportering blir utført i den kommunale pleie- og omsorgssektoren?
- Hvilket omfang har rapporteringen og dokumentasjonsarbeidet?
- Hvordan organiseres og praktiseres rapportering og dokumentasjonsarbeid?
- Hvordan vurderes nytten av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet og hva er lønnsomheten av å gjøre arbeidet mer effektivt eller redusere mengden rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver?
- Hvordan få til gode praksiser rundt rapporterings- og dokumentasjonsarbeid, med tanke på kvalitet og tidsbruk?

Studien bygger på fire delstudier: en dokumentstudie, casestudier i et utvalg kommuner, spørreundersøkelse til et utvalg kommuner og lønnsomhetsanalyse av mer effektiv rapporterings- og dokumentasjonsrutiner. Datagrunnlaget i studien er for det første basert på casestudien hvor vi har intervjuet til sammen 40 ansatte på ulike nivå i sykehjem og hjemmetjenester, og rådmenn, i seks kommuner. For det andre er datagrunnlaget basert på spørreundersøkelsen som ble besvart av 276 respondenter – virksomhetsledere, avdelingsledere,

sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere ved sykehjem, hjemmetjenester og boliger for funksjonshemmede fra 24 kommuner.

8.1 DET UTFØRES MYE RAPPORTERINGS- OG DOKUMENTASSJONSARBEID I PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN

Studien viser at personalet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene bruker relativt mye tid på rapportering og dokumentasjonsarbeidet. I gjennomsnitt bruker respondentene i spørreundersøkelsen 8 timer og 23 minutter per uke på denne type arbeid. Først og fremst gjelder dette for institusjonslederne, som har mer eller mindre hele sin stilling viet til administrative oppgaver, og som i gjennomsnitt bruker 16 timer og 15 minutter på slike oppgaver. Vi har også sett at avdelingsledere og til dels også sykepleiere bruker store deler av sin arbeidshverdag til ulike rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver, henholdsvis 12 timer og 6 timer og 15 minutter. Dette er tid som til dels kan sies å komme i konflikt med direkte brukerrettet arbeid. Helsefagarbeiderne er først og fremst involvert i journalføring. Det er riktignok beregnet noe tid i stillingene til å gjøre slike rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver, men tiden som er definert til slike oppgaver ser ut til å være langt mindre enn man opplever i praksis å behøve. Store deler av dette arbeidet oppleves derfor å komme «på toppen av» det øvrige brukerrettede arbeidet som personalet utfører. Sett fra personalets ståsted, oppleves dette frustrerende på flere måter. De opplever at de har brukere som trenger dem – det er ofte en situasjon der det er knapp bemanning i utgangspunktet – samtidig som de er lovpålagt å utføre rapporteringer og dokumentasjonsoppgaver som krever deres tid og oppmerksomhet. I tilfeller der det oppstår en slik konflikt mellom oppgaver, er likevel personalet helt entydig klare på at man legger vekt på hensynet til brukerne. Personalet løser tidsproblemet ved at de for eksempel reduserer skriftlig informasjon til et minimum eller lar være å dokumentere, jobber overtid for å føre journaler eller overleverer informasjonen muntlig til neste vakt, som skriver ned.

Litt over halvparten (57 %) av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som personalet utfører, er pålagt av statlige myndigheter, mens det øvrige er egeninitiert i kommunen, enten fra administrasjonen eller fra ledelsen i virksomhetene. Dette innebærer at:

- Rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter pålagt av statlige myndigheter legger beslag på 5590 årsverk
- Kommunale rapporterings- og dokumentasjonskrav legger beslag på 4222 årsverk

Når det gjelder *statlige krav* er det rapportering i brukernes journaler og oppfølging av sykemeldte arbeidstakere i forhold til NAV, som tar mest tid. Når det gjelder krav til rapportering og dokumentasjon *etterspurt fra kommunen* er det utarbeidelse og oppdatering av tiltaksplaner og lignende, skrive brev og svare på henvendelser angående brukerne, rapportere ressursbruk og økonomi og avkryssing for dusjing med mer, som tar mest tid.

8.2 BRUKERRETTET RAPPORTERING OG DOKUMENTASJON TAR MEST TID

Sykepleierne og helsefagarbeiderne opplever først og fremst at den daglige journalføringen tar tid. De bruker også en del tid på å skrive avviksmeldinger og krysse av for medisin som er gitt, og eventuelt også forhold knyttet til kost og ernæring, hygiene osv. Avdelingslederne ved sykehjem og hjemmetjenester opplever at i tillegg til den daglige journalføringen, tar særlig utarbeidning og oppdatering av pleieplaner, oppfølging av sykemeldte og dokumentering av ressursbruk mest tid.

Når det gjelder rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver relatert til *personalet* viser spørreundersøkelsen at det er oppfølging av sykemeldte, HMS-arbeid og referat fra møter med ansatte som tar mest tid. Når det gjelder oppgaver relatert til *brukerne* er det rapportering i journalene og utarbeidelse og oppdatering av pleieplanene som tar mest tid. Når det gjelder oppgaver relatert til *økonomi* er det rapportering om økonomi og ressursbruk som tar mest tid.

Dersom vi ser på hvordan respondentenes tidsbruk på rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver fordeler seg på ulike grupper, ser vi at:

- *brukerrettede* rapporterings- og dokumentasjonsaktiviteter tar mest tid og utgjør **56 prosent** av respondentenes tidsbruk knyttet til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid
- oppgaver knyttet til *personalet* tar **18 prosent** av respondentenes samlede rapporterings- og dokumentasjonstidsbruk

- *økonomisk* rapportering utgjør **8 prosent** av respondentenes samlede rapporterings- og dokumentasjonstidsbruk

Analysen av tidsbruken populasjonen benytter på ulike rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver viser at samlet sett legger oppgaver knyttet personalet, brukerne, økonomi og "annet" beslag på til sammen **9812 kommunale årsverk**, noe som tilsvarer **lønnskostnader på 4874 mill. kr.** I tabellen nedenfor ser vi hvordan dette fordeler seg på de ulike oppgavene.

Tabell 37 Oversikt over rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver knyttet til personalet, brukerne, økonomi og "annet", etter tidsbruk (årsverk) og lønnskostnader for populasjonen

	Tidsbruk pr. år for populasjonen (årsverk)	Årlige lønnskostnader for populasjonen (mill. kr.)
Brukerne	5 463	2 714
Annet	1 794	891
Personalet	1 749	869
Økonomi	806	400
<i>Totalt</i>	<i>9 812</i>	<i>4 874</i>

Spørreundersøkelsen viser at de rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver som totalt tar mest tid er følgende:

Tabell 38 Oversikt over rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver som tar mest tid, etter tidsbruk (årsverk) og lønnskostnader for populasjonen

	Tidsbruk pr. år for populasjonen (årsverk)	Årlige lønnskostnader for populasjonen (mill. kr.)
Rapportere i brukernes journal	1375	683
Oppfølging av sykemeldte arbeidstakere	731	363
Utarbeide og oppdatere pleieplaner o.l.	685	340
Kvitte for medisin som er gitt	619	219
Svare på henvendelser angående brukerne	556	276
Rapportere økonomi og ressursbruk	443	220

I analysen ser vi at en redusert tidsbruk på fem prosent på de mest ressurskrevende rapporterings- og dokumentasjonsoppgavene vil kunne frigjøre 300 kommunale årsverk, noe som tilsvarer 149 mill. kr i reduserte lønnsutbetalinger.

8.3 RETTSLIGGJØRING OG MEDIA ER VIKTIGE PÅDRIVERE FOR ØKTE RAPPORTERINGS- OG DOKUMENTASJONSKRAV

Informantene opplever at kravene til rapportering og dokumentasjon har økt de siste årene. Store deler av økningen i rapportering og dokumentasjon innen pleie- og omsorgssektoren er ikke direkte brukerrelatert. Det gjelder ikke minst oppfølging av sykemeldte arbeidstakere i forhold til NAV og rapportering rundt ressursbruk og økonomi. Dette er rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver som hovedsakelig utføres av virksomhets- og avdelingslederne i sektoren. Samtidig forventes det at personalet dokumenterer mer detaljert, og da særlig i brukernes journaler. Utviklingen med økte rapporterings- og dokumentasjonskrav må ses i lys av flere sider ved samfunnsutviklingen:

- På flere områder i samfunnet har det i løpet av de siste 10-20 årene skjedd en *rettsliggjøring*. Vi har fått flere lovfestede rettigheter og befolkningen er blitt mer bevisst hva de kan kreve av tjenester. Dette har bidratt til flere rapporterings- og dokumentasjonskrav, og da særlig fra statlige myndigheter som gjennom blant annet tilsyn ønsker å kontrollere at kommunene oppfyller lovene. Kommunadministrasjonen må også etterspørre mer rapportering og dokumentasjon ettersom det ligger krav til å dokumentere i lovgivningen. Kontrollaspektet ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet må også ses i sammenheng med rettsliggjøringen i samfunnet. For kommunen blir det viktig at ulike sider ved omsorgstjenestene blir dokumentert, i tilfelle klager og kontroll.
- I løpet av de siste 10-15 årene har det vært en stor økning i oppslag i mediene om innbyggernes rettigheter til ulike helse- og omsorgstjenester og kritikk av tjenestene. *Medias økte fokus* på innhold i omsorgstjenestene og den enkeltes rettigheter innenfor helse- og omsorgsfeltet, kan også ses som en pådriver i forhold til økte rapporterings- og dokumentasjonskrav, og har ikke minst påvirket kommunenes behov for "å ha sitt på det tørre" i tilfelle kontroll og klager, noe som har medført økt etterspørsel etter mer detaljert rapportering og dokumentasjon innen pleie- og omsorgssektoren.
- Samtidig har den *teknologiske utviklingen* med bruk av PC og elektroniske journalsystem og avviksregistrering lagt forholdene til rette for mer, og også mer detaljert, rapportering og dokumentasjon.

8.4 RÅDMENN OG ANSATTE I PLEIE- OG OMSORGSSEKTOREN ANSER RAPPORTERING OG DOKUMENTASJON SOM NYTTIG

Innledningsvis i rapporten antydte vi at rapportering og dokumentasjon kan ses som et tveegget sverd. Dette er da også bildet vår studie viser. Det er snakk om arbeid som på den ene siden oppleves å *ta mye tid*, samtidig som de som jobber i pleie- og omsorgssektoren og rådmennene som inngår i studien, gir uttrykk for at de opplever store deler av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som *nyttig og nødvendig*. Informanter fra pleie- og omsorgssektoren vurderer særlig journalføring, pleieplaner, avkryssing for medisin og avviksmeldinger som viktig. Dette er rapporteringsoppgaver som er brukerrelaterte og direkte knyttet til kvaliteten på tjenestene. Rådmennene legger særlig vekt på dokumentasjon av ressursbruk og ressursbehov, samtidig som de mener brukerrelatert dokumentasjon er viktig både med tanke på kvaliteten av tjenestene, men også i tilfelle kontroll og klager.

Studien peker på følgende tre hovedgrunner til at rapportering og dokumentasjon i pleie- og omsorgssektoren er nyttig:

- Rapportering og dokumentasjon bidrar til å *øke kvaliteten på tjenestene* ved at brukerne får god oppfølging, og ved at avvik som kan forbedres, blir avdekket.
- Rapportering og dokumentasjon gir *sikkerhet i tilfelle kontroll og klager*, og i tilfelle behov for yrkesskadeerstatning senere i livet.
- Dokumentasjon av behov og ressursbruk er *viktig styringsinformasjon* for stat og kommune. Statlige myndigheter har behov for å kontrollere at kommunene oppfyller de lovpålagte pliktene de har overfor innbyggerne. Kommuneadministrasjonen behøver oversikt over ressursbruk og behov for ressurser i sektoren med tanke på budsjettarbeid og ressursfordeling, samt ønsker å kontrollere at ressursene brukes slik de er tiltenkt.

Formålet med og begrunnelsene for rapportering og dokumentasjon er altså flere. I tillegg er det snakk om opplevd nytte på ulike nivå. Hva ledelsen og ansatte i pleie- og omsorgssektoren opplever som viktig å rapportere og dokumentere, er

ikke nødvendigvis det samme som hva kommuneadministrasjonen, rådmennene og politikerne, eller hva statlige myndigheter anser som nyttig og nødvendig. Samtidig blir det viktig å diskutere hvordan ressursene i helse- og omsorgssektoren brukes, ikke minst på bakgrunn av de utfordringene kommunene står overfor i fremtiden. Kommunene opplever stadig større krav om effektivitet og kvalitet på tjenestene. Samtidig vil etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester øke, ikke minst på grunn av demografiske endringer, Samhandlingsreformens forskyvning av oppgaver til kommunene og endring i sykdomsbildet⁷². Dette innebærer store økonomiske utfordringer for kommunene, og krever i tillegg tilgang på flere ansatte i pleie- og omsorgssektoren og mer spesialisert kompetanse – nettopp fordi kommunene ikke bare forventes å gi flere tjenester, men også gi mer medisinsk faglige tjenester innenfor omsorgstjenesten, til mennesker med mer alvorlige og sammensatte sykdommer. Nok personell med riktig kompetanse innen denne sektoren vil være en av de aller største utfordringene kommunene står overfor i framtiden.

Flere individuelle rettigheter, flere plikter for kommunene og strengere krav til at kommunene må dokumentere hva de gjør og hva de oppnår, stiller også kommunene overfor utfordringer når det gjelder kapasitet og kompetanse. Det bør derfor legges opp til en åpen debatt om hvordan nye utfordringer og oppgaver skal løses i kommunene. Økonomiske overføringer, veiledning og kompetanseutvikling er viktig i denne sammenhengen. I en rapport fra Difi (2010) skisseres to mulige veier som bør drøftes mer omfattende: løsninger som kan bidra til å øke kapasiteten og kompetansen i kommunene, og løsninger som kan redusere kommunenes oppgaveomfang. Ifølge Difi (2010) bør staten også vurdere den samlede virkemiddelbruken overfor kommunene. De samlede kravene til kommunene er store, og det bør gjøres løpende vurderinger av behovet for rapportering til staten. Her er det også relevant å stille spørsmål ved om staten faktisk benytter seg av all styringsinformasjonen den krever, og mottar, fra kommunene.

⁷² Det vil i fremtiden skje en økning i livsstils- og aldersrelaterte sykdommer, for eksempel diabetes, demens, psykiske lidelser (St. meld. 47, 2008-2009). Dette er kroniske og sammensatte sykdomstilstander som krever mye ressurser.

8.5 FLERE FORHOLD ER VIKTIGE I FORHOLD TIL GOD PRAKSIS

Diskusjonen om hvorvidt noen rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver kan effektiviseres, minimeres eller sløyfes er komplisert. Det handler blant annet om at den enkelte aktør ikke nødvendigvis har oversikt over hvilke funksjoner de ulike typer rapporteringer og dokumentasjon har. Likevel er det relevant å reise denne diskusjonen. Når vi diskuterer nytten av rapporterings- og dokumentasjonsarbeid må en slik vurdering ses i sammenheng med ressursbruk. Kommunene og virksomhetene har ikke ubegrensede ressurser, og derfor er det nødvendig å diskutere hvordan de ressursene man har best kan utnyttes. Hva som er nyttig og nødvendig av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som ledere og ansatte i omsorgstjenesten pålegges eller velger å utføre i dag, må drøftes i lys av utfordringene sektoren står overfor i fremtiden. Hva er nødvendig og nyttig? Hva kan man eventuelt ta vekk eller redusere omfanget av? Og videre: hvordan få til god praksis rundt det vi anser som nødvendig av rapportering og dokumentasjon, både med tanke på kvalitet og effektiv tidsbruk? I stedet for å spørre hva som oppleves som unyttig, kan man altså spørre om det er noe som oppleves som mindre nyttig enn annet. Og hvordan kan vi gjøre rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet, som anses som nyttig og nødvendig, på en mest mulig effektiv måte – både med tanke på tidsbruk og kvaliteten på det som rapporteres og dokumenteres? Nedenfor trekker vi frem enkelte funn fra studien som vi mener er viktige i denne sammenhengen.

- **Hvor detaljert skal journalføringen være?**
Gjennom intervjuene har vi sett at det eksisterer ulike praksiser på tjenestestedene når det gjelder hvor detaljert man fører journaler og utøver rapporteringsarbeid. Helsepersonell er pålagt å skrive journal, men som studien vår viser, mener informantene at journalføringen kan bli for detaljert. Dette kan gå ut over kvaliteten på tjenestene ved at viktig informasjon "drukner" i mindre viktige detaljer. Det medfører også at personellet bruker mye tid på journalføring. Når det gjelder diskusjonen om hvor detaljert og omfattende rapporteringen og dokumenteringen skal være, er det også relevant å stille spørsmål ved hvilke avvik som skal meldes og hvor detaljert medisinskjemaene må være.
- **Hvor mye styringsinformasjon trenger kommuneadministrasjonen?**
Avdelingsledere og virksomhetsledere oppgir at de bruker mye tid på å rapportere ressursbruk og dokumentere behov inn til kommuneledelsen.

Dette vurderer de som nødvendig for å kunne få de økonomiske bevilgningene deres avdeling/tjenesteområde trenger. Så kan man jo stille spørsmål ved hvor ofte og detaljert ressursbruken og behovene skal dokumenteres. Dette dreier seg om hvor detaljert rapportering kommuneledelsen skal etterspørre fra virksomhetene når det gjelder dokumentasjon av behov og ressursbruk.

- **Kan sykemeldte arbeidstakere følges opp på en mindre tidkrevende måte?**

Virksomhetslederne og avdelingslederne oppgir at de bruker mye tid på oppfølging av sykemeldte, særlig etter at de nye reglene kom sommeren 2011. Dette rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet oppleves ikke som like nyttig, og skaper mye frustrasjon blant lederne. I tillegg til at det er tidkrevende, oppleves systemet å være rigid og vanskelig. Flere steder opplever man liten støtte fra NAV i dette arbeidet. Trolig har KS en interessepolitisk oppgave knyttet til å tematisere kostnadene og omfanget av dette arbeidet.

- **Tilstrekkelig merkantilt personale**

Informantene legger stor vekt på behovet for støttepersonell. For at mengden av administrativt arbeid skal oppleves overkommelig for lederne i pleie- og omsorgssektoren oppleves det svært viktig med tilstrekkelig merkantilt personale.

- **Hvor mye ikke-lovpålagt rapportering skal sektoren utføre?**

I studien har vi sett at personell i pleie- og omsorgstjenestene utfører en betydelig mengde rapporterings- og dokumentasjonsarbeid som ikke er lovpålagt. Dette er oppgaver som enten kommuneadministrasjonen pålegger virksomhetene, eller som virksomhetene pålegger seg selv. Her er det relevant å stille spørsmål ved hva av dette arbeidet som er nødvendig. Hvor mange og hvor omfattende må for eksempel årsmeldinger, handlingsplaner og kompetanseplaner være? Og hva skal virksomhetene si "ja" til av ekstraoppgaver som for eksempel forespørsler fra media, studenter osv.?

- **Tilgjengelige PC'er og opplæring i journalsystem o.l.**

Studien viser at ansatte i pleie- og omsorgssektoren kan oppleve praktiske utfordringer i forbindelse med rapportering og dokumentasjonsarbeidet. Tilgangen til pc'er synes å være varierende flere steder, og personellet

viser til at de ofte bruker tid på å vente på tilgang, forsøke å få i gang pc'er som ikke fungerer, mv. Det synes med andre ord å være en tidsfaktor knyttet til bruk og tilgang på slikt utstyr. Når det gjelder innføring av håndholdte terminaler innen hjemmetjenestene, representerer dette en mulig tidsbesparende faktor på lengre sikt. Blant personell vi har intervjuet vises det også til at dette utstyret til dels også innebærer en del dobbeltarbeid, ved at personalet ofte dokumenterer to ganger - både på den bærbare maskinen og på den stasjonære maskinen når de kommer inn etter å ha vært ute hos brukerne. Etter hva vi kan se, synes også bedre opplæring i generell databruk og bruk av elektroniske journaler å representere en mulig tidsbesparelse. Det samme gjelder i forhold til den pågående innføringen av elektronisk avviksmeldingssystem.

- **Tydlig arbeidsfordeling og tilstrekkelig med ressurser til rapportering og dokumentasjonsarbeid**

En utfordring for ledelsen innebærer å beregne inn nok tid i stillingene til å gjennomføre de rapporterings- og dokumentasjonsoppgavene som pålegges, enten det er fra statlige myndigheter eller er pålagt internt. Det handler om å synliggjøre betydningen av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet og beregne det inn som sentralt i det arbeidet som særlig avdelingsledere og sykepleiere utfører. Dette vil også bidra til å sikre tilstrekkelig kvalitet på den rapportering og dokumentasjon som foregår. Det blir viktig å tilføre ressurser på lik linje med andre oppgaver.

8.6 HVA KAN NYTTEN AV MINDRE TIDSBRUK PÅ RAPPORTERING OG DOKUMENTASJON VÆRE?

Hovedformålet med studien har vært å se på i hvilken grad dokumentasjon og rapporteringskrav fra stat og kommune fortrenger den brukerrettede tiden. Studien viser at ansatte på ulike nivå i pleie- og omsorgssektoren bruker mye tid på rapporterings- og dokumentasjonsarbeid, også sykepleierne og helsefagarbeiderne. Det er ikke mulig å si noe eksakt tall på hvor mye tid dette arbeidet "stjeler" fra direkte brukerrettet arbeid, men studien viser at tid brukt på rapportering og dokumentasjon også går på bekostning av tid til brukerne. Et interessant spørsmål er derfor hva nytten av mindre tidsbruk på dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter vil være. Hva kan eventuelt innspart tid på dette arbeidet gå til? Når det gjelder dokumentasjons- og rapporteringsaktiviteter som

sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere utfører, eksempelvis journalføring, så vil mindre tid til "papirarbeid" kunne frigjøre tid til brukerne (pleietid). Frigjort tid for avdelings- og institusjonsledere, primært knyttet til personal- og økonomiarbeid, vil kunne gi mer tid til ledelses- og utviklingsoppgaver.

Den frigjorte tiden kan altså ha nytte i form av bedre kvalitet på tjenestene og/eller at kommunen kan ha et mer omfattende tjenestetilbud uten å øke budsjettet. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at en effektivisering av dokumentasjons- og rapporteringsarbeidet i form av at en kutter ut en del av rapporteringen, vil kunne ha en kostnad dersom noe av det som kuttes har en nytteverdi. En del av rapporteringen er viktig for kommuneledelsen som direkte styringsinformasjon ved eksempelvis ressurstildelinger. Henvendelser fra media og brukere/pårørende/foresatte er lettere å håndtere dersom relevant informasjon foreligger. En del av rapporteringen etterspørres av statlige myndigheter og vil være lovpålagt å rapportere. Rapportering til statlige myndigheter benyttes blant annet som inngangsdata i inntektssystemet, og har dermed betydning for størrelsen på statens rammeoverføringer til kommunene. Det er således et paradoks at større effektivitet i dokumentasjons- og rapporteringsarbeidet i kommunene kan føre til at kommunene blir sittende med svarteper dersom det antas at jo mer effektivitet i rapporteringsrutinene og mindre ressursbruk til dette arbeidet, jo mindre behov for penger fra staten. Med andre ord - dersom det legges inn effektivitetskrav i inntektssystemet, vil hele eller deler av tidsgevinster i kommunal sektor indirekte havne i statskassen, slik at kommunene ikke får noen glede av gevinsten. Dette vil imidlertid være uheldig når vi vet at sektoren i utgangspunktet ikke er tildelt ekstra ressurser for å utføre rapporterings- og dokumentasjonsoppgavene. For *lederne* går tiden de bruker på rapportering og dokumentasjon på bekostning av tid til ledelse og kompetanseutvikling. For *sykepleierne og helsefagarbeiderne* går tiden på bekostning av brukerrettet arbeid, men også kompetanseutvikling. Ansatte jobber i tillegg til en viss grad overtid for å få utført rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet. Altså – rapporterings- og dokumentasjonsarbeid som utføres i pleie- og omsorgssektoren, og som det i liten grad er satt av ekstra ressurser til, skjer i dag langt på vei på bekostning av brukerrettet arbeid, faglig utvikling og ledelse. Samtidig viser studien at både ledere og ansatte i sektoren mener at mye av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet er viktig ikke minst med tanke på kvaliteten av tjenestene. Fra sektoren uttrykkes det behov for mer ressurser til brukerrettet arbeid. Ved å gjøre rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet mer effektivt, og eventuelt ved å redusere deler av dette arbeidet, kan man frigjøre tid til tjenestemottakerne. I tillegg er det selvsagt viktig

å se på tidsbruk knyttet til andre ikke brukerrettede aktiviteter som ansatte i pleie- og omsorgssektoren utfører. Når vi samtidig vet at over halvparten (57 %) av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som utføres i pleie- og omsorgssektoren er pålagt av staten, kan tallene (antall årsverk brukt til rapportering og dokumentasjon) også forstås dit hen at kommunene bør tildeles flere midler for å utføre disse oppgavene.

Det kan også tenkes at kommuneadministrasjonen og politikerne ønsker å redusere ressurstildelingen til sektoren dersom man kutter i rapporterings- og dokumentasjonsoppgaver. Rådmennene som inngår i studien, understreker derimot at eventuelt tid spart ved mer effektivt rapporterings- og dokumentasjonsrutiner, ikke vil medføre kutt i ressurstildeling og bemanning, men vil derimot være viktig for å klare å ta unna økt etterspørsel etter omsorgstjenester i fremtiden. En av rådmennene vi intervjuet uttalte: *"Effekten er å klare bølgen som kommer imot oss."* Studien viser at det ikke er grunnlag for å redusere tildeling av ressurser til sektoren selv om man klarer å utføre rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet mer effektivt, nettopp med tanke på utfordringene denne sektoren står overfor.

REFERANSER

- Allardt, E. (2003) "Den sociala rapporteringens tidstypiska förankring". I: E. Allardt *Two Lectures: Stein Rokkan and the Twentieth Century Social Science. Den sociala rapporteringens förankring*. Notat 14-2003. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige studier.
- Allern, S.(2001) Kildene og mediemakten. I Martin Eide (red.), *Til dagsorden! Journalistikk, makt og demokrati*. Makt- og demokratiutredningen 1998–2003. Oslo: Gyldendal.
- Aune, I.H. (2007) *IKT for helsepersonell*. Oslo: Akribe.
- Bondevik, M. (2000) *De eldste eldre. Erfaringer og refleksjoner*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Busch, T. (2001) "Konkurransen, økonomi og effektivitet". I:T. Busch og J.O. Vanebo (red.) *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Busch, T. og J.O. Vanebo (2001) (red.) *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Berg, E. (2002) *Kvalitetsindikatorer for kommunehelsetjenesten*. Rapport 2/02. Bodø: Nordlandsforskning.
- Berg, M. (1997) *Rationalizing medical work. Decision-support techniques and medical practices*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Borge, L.-E. og K. Sunnevåg (2005) *Effektivitet og effektivitetsutvikling i kommunesektoren: rapportering for 2004*. SØF-rapport nr. 05/05. Trondheim: Senter for økonomisk forskning.
- Bogen, H. (2008) *Morgendagens eldreomsorg. Om bruk av IKT i kommunal eldreomsorg*. Fafo-notat:23. Oslo: Fafo
- Christensen, K. og K. Wærness (2008): *Roboter i eldreomsorgen*. Bergens Tidende
- Dahle, R. og K. Thorsen (2004) "Nye vilkår for velferdstjenester" i Dahle og Thorsen (red.): *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Dahle, R. og K. Thorsen (red.) (2004): *Velferdstjenester i endring. Når politikk blir praksis*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Difi (2010) *Statlig styring av kommunene. Om utviklingen i bruken av juridiske virkemidler på tre sektorer*. Rapport 2010:4
- Difi (2011) *Rapportering til besvær? Evaluering av rapporteringen til Kunnskapsdepartementet*. Rapport 2011:9
- Coelli, T. J. et. al. (2005). *An Introduction to Efficiency and Productivity Analysis*. Second Edition. Springer.

- Daatland, S.O. (1994) *Hjemmehjelper i eldreomsorgen*. NGI-rapport 4/94. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Edvardsen, T. (red.) (1994) *Media og samfunnsstyring*, Bergen
- Edvardsen, D.F., F.R. Førstund og E. Aas (2000) *Effektivitet i pleie- og omsorgssektoren*. Rapport 2/2000. Oslo: Frischsenteret.
- Ehnfors, M., A. Ehrenberg og I. Thorell-Ekstrand (2000) *VIPS-boksen. Om en forskningsbasert modell for dokumentation av omvårdnad i pasientjournalen*. Stockholm: Vårdforbundet.
- Elstad, J.I. (2010) "Spørreskjemaundersøkelsens fallgruber", s. 155-169. I: D. Album, M.N. Hansen og K. Widerberg (red.) *Metodene våre. Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Feiring, E. (2006) "Demokratiet og rettsliggjøringen av velferdspolitikken" i *Tidsskrift for samfunnsforskning*. ISSN 0040-716X. 47, s 575- 587
- Feiring, E. og I. Nese (2005) *Virkninger av rettighetslovgivning: En kunnskapsoversikt*. <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/red/2005/0065/ddd/pdfv/240991-rettighetslovgivning_rapport_januar05.pdf>
- Feiring, E., H. Nagel og S.S. Mæhle (2002) "To myter om rettighetsfesting av velferdspolitikken", *Retfærd*, vol 4, s 52-69. København: Jurist- og økonomiforbudets forlag.
- Fimreite, A.L. og T. Tranvik (2005) "Konsekvenser av velferdsrettigheter". *Tidsskrift for velferdsforskning*, vol. 8, nr 4.
- Finansdepartementet (2005) *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*
- Fiskum, E. (2006) *Sykepleiernes dokumentasjonspraksis. Et arbeidsnotat som beskriver sykepleiernes opplevelser og tanker rundt egen dokumentasjonspraksis*. Arbeidsnotat nr 210. Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Fiskum, E. (2009) "Det går likar no...!". *Hvordan motivere til fagutvikling av sykepleiernes dokumentasjonspraksis ved hjelp av aksjonsforskning som metode*. Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten for tjenesteyting (av 27.6.2003)
- Forskrift om pasientjournal av 21.12.2000
- Gautun, H. og Å. Hermansen (2011) *Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. Fafo-rapport 12. Oslo: Fafo.
- Gjernes, T., L. Lien, T. Bliksvær og I. Fylling (2008) *Evaluering av forsøket med nye samarbeidsformer mellom forskning, utdanning, praksis og brukere – Høgskole og universitetsosialkontor (HUSK). Delrapport 1*. Arbeidsnotat 1013/08. Bodø: Nordlandsforskning.

- Gjernes, T., T. Bliksvær og L. Lien (2010) *Evaluering av HUSK. Høgskole- og universitets sosialkontor. Delrapport 2. Rapport 08/10*. Bodø: Nordlandsforskning.
- Gjernes, T og T. Bliksvær (2011) *Nye samarbeidsformer – nye læringsformer? Sluttrapport fra evalueringen av forsøket Høgskole- og universitets sosialkontor (HUSK)*. Rapport 7/11. Bodø: Nordlandsforskning.
- Gjertsen, H. (2005) *Tap av ektefelle i eldre år. En sosiologisk analyse*. Doktorgradsavhandling i sosiologi, Institutt for sosiologi, Universitetet i Tromsø.
- Gjertsen, H. og T. Olsen (2011) *Mellom barken og veden? Evaluering av sykestueprosjektet i Finnmark*. Rapport 13/11. Bodø: Nordlandsforskning.
- Hollandvik, J.E. (2002) *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Hammandvik, J-E. (2002) *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Gyldendal Akademiske.
- Handegård, T.L. (2005) *Tvang, makt og ambivalens. En studie av hvilken betydning lovreglene om bruk av makt og tvang overfor psykisk utviklingshemmede kan få for det daglige omsorgsarbeidet*. Doktorgradsavhandling i sosiologi, Institutt for sosiologi, Universitetet i Tromsø.
- Hatland, A. (2007) "Velferdsrettigheter - et styringsmiddel under press." i *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2007(4):208-220
- Haug, E. og K.M. Paulsen (2007) *Mellom fag, forvaltning og politikk i helse- og sosialtjenesten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hellesø, R. (2002) *Sluttrapport fra prosjektet SykIT Elektronisk dokumentasjon av sykepleie i Medakis*. Regionsykehusene i Norge.
- Helsedirektoratet (2009) *IPLOS - Veileder for personell i kommunale helse- og sosialtjenester*
- Helsedirektoratet (2010) *Anbefalinger fra arbeidsgruppe revidering av IPLOS samlemaal*. Rapport fra Arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet. IS-1831. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helset, A. (1997) *Hjemmehjelp, brukere, kvalitet. En litteraturgjennomgang*. NOVA-rapport 7/97. Oslo: NOVA.
- Helsetilsynet (2003a) *Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren – tilsynserfaringer 1998-2003*. Rapport 9. Oslo: Helsetilsynet.
- Helsetilsynet (2003b) *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport 10. Oslo: Helsetilsynet.
- Helsetilsynet (2010) *Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sjukeheimar 2008–2010*. Rapport 7/2010. Oslo: Helsetilsynet.
- Holbø, K., I. Schjølberg, I. Svagård, T. Øderud, T. C. Storholmen og M. Sandsund (2011) *Kartlegging av behov og muligheter for bruk av robot- og*

- sensorteknologi i helse- og omsorgssektoren*. SINTEF A9521. Trondheim: Sintef.
- Høst, H. (2006) *Kunnskapsstatus vedrørende rekruttering og utdanning til pleie- og omsorgstjenester i nordiske land*. Notat 4. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige studier.
- Jordfald, B., T. Nyen, og Å.A. Seip (2009) *Tidstyvene. En beskrivelse av lærernes arbeidssituasjon*. Fafo-rapport 2009:23. Oslo: Fafo.
- Karkkainen O., T. Bondas og K. Eriksson (2005) "Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis". *Nursing Ethics* nr 12, s 123-132.
- Kjønstad, A. (2003): *Rettighetslovgivning og kommunalt selvstyre*. Foredrag holdt på en konferanse om "Lokaldemokrati i en sentralstyrt stat?", 27. mai 2003, arrangert av Universitetet i Oslo og Arbeids- og administrasjonsdepartementet.
- Kommuneloven, ikrafttredelse 1.1.1993
- KS (2012) *Lønns- og personalstatistikk – kommunale arbeidstakere. Hovedoversikt*. Oslo: Kommuneforlaget.
- KS (2012b) <http://www.ks.no/tema/Okonomi/Lonns--og-personalstatistikk/Flest-ansatte-eldre-enn-49-ar-i-fylkeskommunene/>
- Lien, L. og T. Gjernes (2009) *Miljøet hos oss er helt konge! Om nærvær og (syke)fravær i kommunale sykehjem og barnehager i Norges fem største byer*. Rapport 11/09. Bodø: Nordlandsforskning.
- Lingsom, S. (1997) *The Substitution Issue. Care Policies and their Consequences for Family Care*. NOVA-rapport 6/97. Oslo: NOVA.
- Malterud, K. og H. Hollnagel (2004) "Positive Self-Assessed General Health in Patients with Medical Problems – A Qualitative Study of General Practice". *Scandinavian Journal of Primary Care*, nr 22, s 11-15.
- Martinsen, K. (1990) "Omsorg i sykepleier – en moralsk utfordring". I: K. Jensen (red.) *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal.
- Meum, T. (2010) "Ja takk, begge deler. Overgang fra muntlig til elektronisk rapport i sykepleien". I: M. Aanestad og I. Olaussen (red.) *IKT og samhandling i helsesektoren*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- Midtsundstad, T. og H. Bogen (2011) *Flere hender i pleie og omsorg. Hvordan kan seniorpolitikken bidra?* Fafo-rapport 8. Oslo: Fafo.
- Moen, A., R. Hellesø, M. Quivey og A. Berge (2002) *Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe.
- Moland, L. (1999) *Suksess og lederlag i pleie- og omsorgstjenestene. Kvalitet, effektivitet og miljø*. Fafo-rapport 269. Oslo: Fafo.
- Nergård, T.B. (2008) *Eldre innvandreres bruk av pleie- og omsorgstjenester. Rapport fra fem norske storbykommuner*. Rapport 10/2008. Oslo: NOVA.

- Nicholaisen, H., Å.A. Seip og B. Jordfall (2012) *Tidstyver i barnehagen. Tidsbruk i barnehager i Bydelen Alna*. Fafo-rapport 1. Oslo: Fafo.
- Nielsen, J. A. (2010) *Forførende teknologi. En multi-level analyse af spredning og institusjonalisering af mobil teknologi i hjemmeplejen*. Doktorgradsavhandling, Institutt for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet. Danmark.
- Norsk sykepleierforbund (2007) Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. Hamar: Norsk sykepleierforbund.
- NOU 1997:2 *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2003:19 Makt og demokrati. Sluttrapport fra Makt- og demokratiutredningen
- NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren
- NOU 2010:13 *Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Næss, S. (2004a) "Rettsikkerhet i eldreomsorgen". Tidsskrift for velferdsforskning, nr 3, s 150-167.
- Næss, S. (2004b) *Omsorgens vilkår i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene*. Rapport 3-2004 Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier.
- Ot.prp. nr 97 (2005-2006) Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (statleg tilsyn med kommunesektoren)
- Pasientjournalforskrift, ikrafttreden 1.1.2001
- PwC (2011) *Kommunal rapportering til staten. En analyse av kostnader og nytte*. Oslo: Pricewaterhouse Coopers AS.
- Reichborn-Kjennerud, K. (2009) *Hensiktsmessig oppgavedeling. En mulighetsstudie i skole-, barnehage- og helsesektoren*. Rapport 9/2009. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Ressurscenter for omstilling i kommunene (2009) *Utredning av fremtidens pleie- og omsorgstjenestene i Grimstad med forslag til tiltak*. Stjørdal: Ressurscenter for omstilling i kommunene.
- Riksrevisjonen (2009) *Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre*. Rapport 1/2009. Oslo: Riksrevisjonen.
- Ringsrød, R.C. (1995) *Kommunesektorens nye lønssystem, et virkemiddel til hva?* Hovedoppgave i sosiologi, Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Romøren, T.I. (2001) "Eldreomsorgen". I: A. Hatland, S. Kuhnle og T.I. Romøren (red.) *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

- Ruland, C.M. (2000) *Helse og sykepleieinformatikk. Hvordan IKT kan bidra til utvikling av en bedre helsetjeneste*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Røhme, K., L.E. Kjekshus og J.H. Bjørngaard (2000) "Når tiden telles". En kartlegging av legers tidsbruk og arbeidsoppgaver ved Medisinsk avdeling og Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Trondheim. STF78 A00534. Trondheim: Sintef.
- Røvik, K.A. (2007) *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sandvand, E. og G. Vabo (2007) *Dokumentasjon i sykepleien. En basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Saunes, J. og M. Martinsen (2009) *Stille rapport*. Lovisenberg diagonale høgskole. http://www.ldh.no/ldh/images/stories/PDF_Word_Filer/stille_rapport.pdf
- Sejersted, F. (2002) *Kontroll og konstitusjon*, Oslo: Cappelen Akademiske forlag
- Silverman, D. (2000) *Doing Qualitative Research*. London: Sage.
- Slagsvold, B. (1995) *Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. Rapport 1/95. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Slagsvold, B. og N.P. Strand (2005) "Morgendagens eldre – blir de mer kravstore og mindre beskjedne?" I: B. Slagsvold og P.E. Solem (red.) *Morgendagens eldre. En sammenlegning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. NOVA-rapport 11/05. Oslo: NOVA.
- Smith, G. (1980) *Social need, policy, practice and research*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Sollund, M., S. Trygstad og B. Johansen (2004) *Myndiggjorte medarbeidere i pleie- og omsorg – hvorfor og hvordan?* Rapport 11/04. Bodø: Nordlandsforskning.
- Sollund, M. og A. Wiborg (2007) *En jobb å eldes med? Kjennetegn ved noen gode arbeidsplasser innenfor kommunal eldreomsorg*. Rapport 9/07. Bodø, Nordlandsforskning.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006) *Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester*. Veileder
- Solvang, A. (2005) "Stille rapport." Tidsskriftet Sykepleien nr. 19, s 58-60.
- SSØ (2010) *Håndbok for samfunnsøkonomiske analyser*. Veileder. SSØ 10/2010.
- St.meld. 7 (2009-2010) Gjennomgang av særlovshjemler for statlig tilsyn med kommunene
- St.meld. 12 (2011-2012) Stat og kommune – styring og samspel
- St.meld. 17 (2004-2005) Makt og demokrati.
- St.meld. 19 (2009-10) "Tid til læring" – oppfølging av Tidsbrukutvalgets rapport. Kunnskapsdepartementet.

- St.meld. 28 (1999-00) *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000.* Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. 25 (2005-06) *Mestring, mulighet og mening. Framtidens omsorgsutfordringer.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. 47 (2008-09) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. 50 (1996-97) *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt – kvalitet.* Sosial- og helsedepartementet.
- St. meld. 57 (2000-2001) *I ytringsfrihetens tjeneste. Mål og virkemidler i mediepolitikken.*
- Stokke, T.A. og M.H. Kalfoss (1999) "Structure and content in Norwegian nursing care documentation." *Scandinavian Journal of Caring Science*, nr 13, s 18-25.
- Strøm, B., L.-E. Borge og H. Haugsbakken (2009) *Tidsbruk og organisering i grunnskolen. SØF-rapport nr. 04/09.* Trondheim: Senter for økonomisk forskning.
- Suhonen, R., M. Valimäki og H. Leino-Kilpi (2002) "Individualised care from patients', nurses' and relatives' perspective – A review of the literature." *International Journal of Nursing Studies*, vol 39, nr 6, s 645-654.
- Texmon, I. og N.M. Stølen (2009) *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030: dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008.* Rapport 2009/9. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Thorsen, K. (1996) *Livshistorier, livsløp og alderdom.* Rapport 3/96. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Thorsen, K., R. Dahle og M. Vabø (2001) *Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene.* NOVA-rapport 18/01. Oslo: NOVA.
- Trygstad, S. og M. Sollund (2003) *Myndiggjøring – et spørsmål om oppgavefordeling eller økt innflytelse.* Arbeidsnotat 1005/03. Bodø: Nordlandsforskning.
- Vabø, M. (1998) *Hva er nok? Om behovsfortolkninger i hjemmetjenesten.* NOVA-rapport 8/98. Oslo: NOVA.
- Vabø, M. (2005) "New Public Management i nordisk eldreomsorg - hva forskes det på?" I: M. Szebehely (red.) *Åldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsöversikt.* TemaNord 2005:508. København: Nordisk Ministerråd, s 73-113.
- Vabø, M. (2006) "Bestiller-utførermodellen. En vidundermedisin med bivirkninger?". *Fagbladet*, nr. 2, 2006.
- Wærness, K. (1984) "The Rationality of Caring". *Economic and Industrial democracy*, vol 5, s 185-211. London: Sage.

- Wærness, K. (2001) "Omsorgsetikk, omsorgsrasjonalitet og forskningens ansvar".
I: K.W. Ruyter og A.J. Vetlesen (red.) *Omsorgens tvetydighet. Egenart, historie, praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.
- Wærness, K. og R. Gough (1985) "Når service og klientens selvbestemmelse ikke strekker til". I: I. Bleiklie, P. Bomann Larsen, E. Falkum, T. Gran, og T.Ø. Jensen (red.) *Politikkens forvaltning*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Øgar, P. og T. Hovland (2004) Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Østbye, H. og N. Kvalheim (2009) *I konsernets øyne er redaksjonen en utgiftspost. Rapport om aviser, konsern og avisøkonomi*. Norsk journalistlag

VEDLEGG 1: SPØRRESKJEMA

Tidsbruk og byråkrati i omsorgstjenestene

Informasjon om spørreundersøkelse:

Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene

Nordlandsforskning skal i perioden desember 2011 til mai 2012 gjennomføre en studie av tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene. KS er oppdragsgiver for undersøkelsen. Formålet med studien er å få belyst hvorvidt rapportering, dokumentasjonsarbeid og administrativt arbeid trekker pleieressurser bort fra direkte brukerrettet arbeid innen kommunale pleie- og omsorgstjenester. Sentrale tema i studien er omfang og nytteverdi av rapportering og dokumentasjonsarbeid, samt tiltak som kan effektivisere arbeidet.

Studien omfatter en kombinasjon av ulike metodiske tilnærminger, deriblant en internettbasert spørreundersøkelse i 30 kommuner. Undersøkelsen skal besvares av institusjonsledere, avdelingsledere, sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere/hjelpepleiere ved sykehjem, hjemmetjenester og boliger for funksjonshemmede i disse kommunene. **Svarfrist er 23. mars 2012.** Vi håper alle vil delta og ser dette som en fin mulighet til å bidra til viktig kunnskap på feltet.

Deltakelse er helt frivillig, men det er av stor betydning for kvaliteten på resultatene at flest mulig deltar. Dokumentasjonen lagres konfidensielt og forskerne som gjennomfører studien er underlagt taushetsplikt. Resultatene fra evalueringen vil bli presentert i en forskningsrapport fra Nordlandsforskning i juli 2012 som legges ut på ks.no.

Til den kommunen som har høyest svarprosent spanderer vi kake på tre avdelinger (to kaker pr avd.).

Ta gjerne kontakt dersom dere har noen spørsmål. På forhånd takk for hjelpen!

Kontaktperson ved Nordlandsforskning:

Seniorforsker Hege Gjertsen

E-post: hgj@nforsk.no

Tlf.: xxxx

Din identitet vil holdes skjult
Les om [retningslinjer for personvern](#). (Åpnes i nytt vindu)

1) Hva er din stilling?

- Institusjonsleder (leder for sykehjem osv.)
- Avdelingsleder (eks. avdelingssykepleier)
- Sykepleier
- Vernepleier
- Helsefagarbeider/hjelpepleier
- Annen []

2) Hvor jobber du? (hovedarbeidsplass)

- Sykehjem
- Hjemmetjeneste
- Boliger for funksjonshemmede
- Annet sted []

3) Hvor stor stilling har du fast i dag?

- 100 % 80-99 % 60-79 % 40-69 % 20-39 % under 20 %

4) Hvor lenge har du jobbet i omsorgstjenesten (sykehjem, hjemmetjenesten, boliger for funksjonshemmede)?

- Under 1 år
- 1-5 år
- 6-10 år
- 11-20 år
- 21-30 år
- Mer enn 30 år

5) Kjønn

- Kvinne Mann

6) Alder

- 16-24 25-34 35-44 45-54 55 og over

7) Kommune

Velg alternativ [Aremark √]

Håndholdte terminaler brukes i noen kommuner i pleie- og omsorgssektoren, og særlig i hjemmetjenesten. Disse gir mulighet for elektronisk registrering og journalføring, og er små, håndholdte apparater der slike opplysninger skrives inn.

8) Har din arbeidsplass tatt i bruk håndholdte terminaler?

- Ja Nei Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- () Hvis Har din arbeidsplass tatt i bruk håndholdte terminaler? er lik Ja
-)

9) Ta stilling til følgende påstander knyttet til bruk av håndholdte terminaler

		Verken		
		enig		
Helt	Delvis	eller	Delvis	Helt
enig	enig	uenig	uenig	uenig

Det har bedret kvaliteten på rapporteringen/dokumentasjonsarbeidet () () () () ()

Det har gjort rapporteringen/dokumentasjonsarbeidet mer effektivt (sparer tid) () () () () ()

Nedenfor ber vi deg anslå hvor mange timer du vanligvis totalt bruker pr uke på ulike arbeidsoppgaver knyttet til rapportering og dokumentasjonsarbeid. Vi ønsker å kartlegge hvor mye tid du bruker på forberedelser, informasjonsinnhenting, bearbeiding, innsending og etterarbeid knyttet til disse oppgavene. Vi ønsker informasjon om både elektronisk og manuell (skriftlig) rapportering, inkludert venting på tilgang til PC.

Dersom det er oppgaver du gjør bare én gang eller sjelden (f.eks. noen ganger i året) kan du skrive det i kommentarfeltet under og antyde hvor mye tid du bruker.

10) Hvor lang tid (antall minutter) bruker du anslagsvis hver uke til rapportering- og dokumentasjonsarbeid knyttet til personalet?

	Ikke relevant for meg	Minutter pr uke	
Oppfølge sykemeldte arbeidstakere i forhold til NAV (fylle ut skjema, lage og fylle ut oppfølgingsplaner, koordinere og delta på dialogmøter mm)	()	()	[]
Rapportere sykefravær til NAV	()	()	[]
Skrive referat fra møter med ansatte	()	()	[]
Fylle ut skademelding til NAV i forbindelse med større skader og ulykker som er påført ansatte under arbeid	()	()	[]
Utføre HMS-arbeid (fylle ut småskadeskjema, vernerunder mm)	()	()	[]
Lage og oppdatere kompetanseplaner for ansatte	()	()	[]

11) Utdypende kommentarer til dette spørsmålet:

12) Hvor lang tid (antall minutter) bruker du anslagsvis hver uke til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne?

Ikke relevant for meg	Minutter pr uke
-----------------------	-----------------

Utarbeide, evaluere og oppdatere tiltaksplaner, pleieplaner o.l.	()	()	[]
Rapporte i brukernes journal (rapportere dagens hendelser)	()	()	[]
Krysse av for dusjing, avføring, ernæring	()	()	[]
Skrive avviksmeldinger (eks. ikke gitt medisin)	()	()	[]
Lage og oppdatere Individuell Plan	()	()	[]
Forbere, utfylle og oppdatere IPLOS (pleiebehov/funksjonsnivå)	()	()	[]
Forberede, gjennomføre og etterarbeid i forbindelse med planlagte og uanmeldte tilsyn (Arbeidstilsynet, Fylkesmannen, Fylkeslegen, Mattilsynet)	()	()	[]
Skrive referat fra møter med pårørende	()	()	[]
Skrive brev/svare på henvendelser angående brukerne (skriftlig eller muntlig) fra andre off. instanser (sykehus, fastlege m.fl.)	()	()	[]
Utarbeide og fornye vedtak om bruk av tvang overfor utviklingshemmede (kap. 4A i sosialtjenesteloven)	()	()	[]
Søke om dispensasjon fra utdanningskrevet i forhold til bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede	()	()	[]
Skrive A-meldinger om enkeltsituasjoner der det er brukt tvang og makt overfor utviklingshemmede	()	()	[]
Utarbeide og fornye vedtak om bruk av tvang overfor demente (kap. 4A i pasientrettighetsloven)	()	()	[]
Lage og vedlikeholde medisinlister/kort	()	()	[]
Kvitte for medisin som er gitt	()	()	[]
Skrive eller hjelpe brukerne å skrive søknader om hjelp og tiltak fra ulike instanser (mer hjemmesykepleie, fysioterapi, institusjonsplass osv.)	()	()	[]
Registrere ADL-skåre/hjelpebehov	()	()	[]
Skalere forhold til OBS-demens	()	()	[]

(vurderingsskjema for eldre med mental svikt eller demens)

13) Utdypende kommentarer til dette spørsmålet:

14) Er det noe annet du rapporterer eller dokumenterer som er relatert til brukerne som ikke er nevnt ovenfor, og hvor mye tid bruker du anslagsvis pr uke til dette?



15) Hvor lang tid (antall minutter) bruker du anslagsvis hver uke til rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til økonomi?

	Ikke relevant for meg	Minutter pr uke	
Rapportere økonomi og ressursbruk	()	()	[]
Argumentere (muntlig og skriftlig) for ressursbruk og bemanningsnorm overfor kommuneadministrasjonen	()	()	[]
Søke kommuneadministrasjonen om ekstra ressurser	()	()	[]
Søke om tilskudd (øremerkede tilskuddsordninger og andre) og rapporteringer på disse	()	()	[]

16) Utdypende kommentarer til dette spørsmålet:

17) Hvor lang tid (antall minutter) bruker du anslagsvis hver uke til annet rapporterings- og dokumentasjonsarbeid?

	Ikke relevant for meg	Minutter pr uke	
Registrere og vedlikeholde av opplysninger som senere skal rapporteres	()	()	[]
Skrive årsmeldinger o.l.	()	()	[]
Få opplæring i kartleggingsverktøy (IPLOS, OBS-demens, DCM-demens osv.)	()	()	[]
Svare på enkelthenvendelser fra media, statlige myndigheter m.fl.	()	()	[]
Søke om prosjekter og kompetansemidler	()	()	[]
Dokumentere eller gjennomføre egnevalueringer knyttet til prosjekter,	()	()	[]

kompetanseutvikling m.m.

Få opplæring i forbindelse med nye forskrifter, lover, rapporteringskrav (eks. forskrift om ernæring, kap. 4A om bruk av tvang, osv.) () () []

Få opplæring i bruk av data ved elektronisk rapportering () () []

Få opplæring i bruk av håndholdte terminaler () () []

Utføre dokumentasjonsarbeid knyttet til det å ha lærlinger () () []

18) Utdypende kommentarer til dette spørsmålet:

19) Hvor nyttig opplever du følgende rapporterings- og dokumentasjonsarbeid knyttet til brukerne?

	Svært viktig	Litt viktig	Verken viktig eller uviktig	Lite viktig	Svært lite viktig	Vet ikke
Utarbeide, evaluere og oppdatere tiltaksplaner, pleieplaner o.l.	()	()	()	()	()	()
Rapportere i brukernes journal (rapportere dagens hendelser)	()	()	()	()	()	()
Krysse av for dusjing, avføring, ernæring	()	()	()	()	()	()
Skrive avviksmeldinger (eks. ikke gitt medisin)	()	()	()	()	()	()
Lage og oppdatere Individuell Plan	()	()	()	()	()	()
Forberede, utfylle og oppdatere IPLOS (pleiebehov/funksjonsnivå)	()	()	()	()	()	()
Forberede, gjennomføre og etterarbeid i forbindelse med planlagte og uanmeldte tilsyn (Arbeidstilsynet, Fylkesmannen, Fylkeslegen, Mattilsynet)	()	()	()	()	()	()
Skrive referat fra møter med pårørende	()	()	()	()	()	()

Skrive brev/svare på henvendelser angående brukerne (skriftlig eller muntlig) fra andre off. instanser (sykehus, fastlege m.fl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utarbeide og fornye vedtak om bruk av tvang overfor utviklingshemmede (kap. 4A i sosialtjenesteloven)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søke om dispensasjon i forhold til utdanningskravet i forhold til bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skrive A-meldinger om enkeltsituasjoner der det er brukt tvang og makt overfor utviklingshemmede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utarbeide vedtak om bruk av tvang overfor demente (kap. 4A i pasientrettighetsloven)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lage og vedlikeholde medisinlister/kort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvitte for medisin som er gitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skrive eller hjelpe brukerne å skrive søknader om hjelp og tiltak fra ulike instanser (mer hjemmesykepleie, fysioterapi, institusjonsplass osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registrere ADL-skåre/hjelpebehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skalere i forhold til OBS-demens (vurderingsskjema for eldre med mental svikt eller demens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor kommer noen spørsmål knyttet til den daglige rapporteringen i brukernes journal.

20) Opplever du at det er vanskelig å finne tid til rapporteringen i brukernes journaler?

Ja, ofte

Ja, noen ganger

Nei, sjelden

Nei, aldri

21) Opplever du at det er tydelig hva du skal dokumentere/rapportere i journalen?

- Ja, i stor grad
- Ja, til en viss grad
- Nei, i liten grad
- Nei, i svært liten grad

22) Hvor ofte hender det at du ikke får gjennomført rapporterings- og dokumentasjonsarbeid pga at PC ikke er tilgjengelig?

- Sjelden
- Ukentlig
- Daglig

23) Utdypende kommentarer til dette spørsmålet:

24) Av det rapporterings- og dokumentasjonsarbeid du utfører, hva vurderer du som viktigst? Begrunn gjerne svaret.

25) Av det rapporterings- og dokumentasjonsarbeid du utfører, hva vurderer du som minst som viktig? Begrunn gjerne svaret.



26) Er det noen annet du mener burde rapporteres eller dokumenteres, som ikke gjøres i dag?

27) Er det noen av rapporterings- og dokumentasjonsarbeidet som du utfører i dag som du mener kan forenkles, og hvis ja - på hvilken måte?

28) Har du noen sluttkommentarer?