

Normtider til besvær

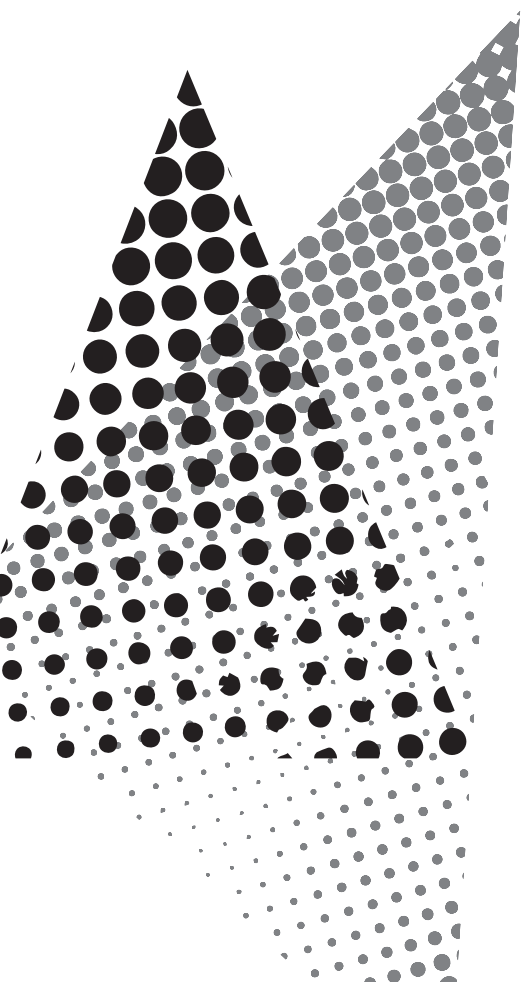
Evaluering av endringene i normtider for hjemmetjenestene
i Bergen kommune.



Oddvar Førland, Anette Fagertun, Roar Hansen og Snorre Kverndokk

Normtider til besvær

Evaluering av endringene i normtider for hjemmetjenestene
i Bergen kommune.



Normtider til besvær

Evaluering av endringene i normtider for hjemmetjenestene
i Bergen kommune.

Oddvar Førland, Anette Fagertun, Roar Hansen og Snorre Kverndokk

Senter for omsorgsforskning, vest

2017



© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: © Dreamstime.com

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 4/2017

Tittel: Normtider til besvær

Forfattere: Oddvar Førland, Anette Fagertun, Roar Hansen og Snorre Kverndokk

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-072-4

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-071-7

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:

www.omsorgsforskning.no



FORORD

Senter for omsorgsforskning, vest ved Høgskulen på Vestlandet takker for oppdraget med å evaluere endringer i normtider for hjemmetjenestene. Prosjektgruppen har bestått av førsteamanuensis Anette Fagertun, PhD-stipendiat Roar Hansen og professor II Snorre Kverndokk og førsteamanuensis Oddvar Førland (prosjektleder).

Vi vil benytte anledningen til å takke Bergen kommune ved byrådsavdelingen, etat for hjemmetjenester og etat for forvaltning for god tilrettelegging for datainnsamlingen og for et godt samarbeid og for tilbakemeldinger underveis i evalueringsarbeidet. Vi vil også rette en stor takk til brukere, ansatte og tillitsvalgte som har bidradd med sin erfaring, sitt engasjement og sin tid, og gitt vesentlige og innsiktsfulle bidrag til denne rapporten.

Bergen, mai 2017.

Senter for omsorgsforskning, vest





INNHOOLD

FORORD	5
SAMMENDRAG	11
1.INNLEDNING	15
1.1. Organiseringen av hjemmetjenestene i Bergen kommune og normtider	16
1.2. Kommunens evalueringsbestilling	20
2.OPPDRAGSFORSTÅELSE OG METODE	21
3.RESULTATER FRA DATAINNSAMLINGEN	27
3.1. Brukeres erfaringer med normtidssystemet og endringer i normtidene	27
Intervju med Eldrerådet i Bergen og Kommunalt råd for funksjonshemmede	27
Intervju med brukere	29
Klagesaker fra brukerne i hjemmetjenesten	32

3.2. Ansattes erfaringer med normtidssystemet og endringer i normtidene	33
Spørreundersøkelse blant ansatte og ledere	33
Bakgrunns spørsmål	33
Tilbakemeldinger på endringenes konsekvenser	34
Tilbakemeldinger på de enkelte normtidene	37
Tilbakemeldinger på nåværende arbeidssituasjon	39
Nærmere om samarbeidet mellom hjemmetjenestene og forvaltningen	41
Frie kommentarer om normtidene og endringene	43
Fokusgruppeintervju med ansatte i hjemmesykepleien, hjemmehjelpen og forvaltningen	43
Hjemmesykepleien	43
Hjemmehjelpen	45
Forvaltningen	48
Felles fokusgruppe med hjemmesykepleien, hje mehjelpen og forvaltningen	50
Fokusgruppeintervju med hovedtillitsvalgt for helse og omsorg i Fagforbundet, Delta og Norsk sykepleierforbund	52
Sykefravær og turnover blant ansatte	56
3.3. Økonomisk effekt for kommunen	58
Utviklingen i kostnader og bruksmønstre	60
4. DISKUSJON	65
4.1. En ny organisasjonskultur og utilsiktede effekter	65
4.2. Konsekvenser for ansatte; detaljstyring versus faglig autonomi	66
4.3. Risiko for brudd på forsvarlighetskravet	67
4.4. Tjenestenes responsivitet	69
4.5. Endringer i rammevilkår og belastning for hjemmetjenesten	69
4.6. Konsekvenser for brukerne	71
4.7. Samspillet mellom forvaltningsenhetens saksbehandlere og hjemmetjeneste	74
4.8. Økonomisk effekt for kommunen	74

5. KONKLUSJON	77
LITTERATURREFERANSER	79
VEDLEGG	83
Vedlegg 1: Spørreskjemaet til ansatte	85
Vedlegg 2: Ansattes egenformulerte svar på spørsmål om normtidene og endringenei	93
TABELL-LISTE:	
Tabell 1: Datatype, datainnhenting og analyser i evalueringen.	24
Tabell 2: Antall personer i brutto- og nettoutvalg, samt svarprosent på de ulike tjenestestedene.	33
Tabell 3: Gjennomsnittlig antall hjemmebesøk for vanlig ansatte etter tjenestested og vakttype.	34
Tabell 4: Opplevelse av arbeidshverdagen etter endringene av normtidene. Prosent i de ulike tjenestene.	35
Tabell 5: Følelse av slitenhet i virksomhetene og blant vanlig ansatte og ledere. Prosent.	35
Tabell 6: Andeler som mente endringen har ført til negative konsekvenser for brukerne av tjenestene og ansatte i tjenestene. Prosent..	36
Tabell 7: Andeler som mente endringen har ført til økt risiko for brudd på forsvarlighetskravet. Prosent.	36
Tabell 8: Andeler som mente endringen har ført til en mer effektiv hjemmetjeneste. Prosent.	37
Tabell 9a, 9b og 9c: Enighet og uenighet knyttet til påstander om håndtering av avvik mellom avsatt og reell tid hos brukerne. Prosent.	41-42
Tabell 10: Sykefravær i BHO totalt, 2013-2016.	56
Tabell 11: Sykefravær i etat for hjemmebaserte tjenester, 2013-2016.	56
Tabell 12: Antall personer sluttet pr. år - fast ansatte hjemmebaserte tjenester etter aldersgruppe.	57
Tabell 13: Antall årsverk sluttet pr. år - fast ansatte hjemmebaserte tjenester etter aldersgruppe.	58
Tabell 14: Nøkkeltall – etat for hjemmebaserte tjenester hentet fra statusmelding for hjemmebaserte tjenester 2016.	60
Tabell 15: Utvikling i hjemmesykepleie og praktisk bistand hushold (hjemmehjelp), 2013-2016.	62
Tabell 16: Institusjonstjenester i Bergen kommune 2013-2016.	62
Tabell 17: Gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmesykepleie per uke. 2014-2016.	64

FIGUR-LISTE:

- Figur 1: Hjemmesykepleie: spørsmål om ansatte mener normtidene har avsatt tilstrekkelig tid til følgende oppgaver. Gjennomsnittsverdi fra 1-5, der 1 er sterkt enig og 5 er sterkt uenig. 37
- Figur 2: Hjemmesykepleie: andeler som er uenig eller sterkt uenig om at det tilstrekkelig normtider til arbeidoppgaver. 38
- Figur 3: Hjemmehjelp: spørsmål om ansatte mener normtidene har avsatt tilstrekkelig tid til bestemte oppgaver. Gjennomsnittsverdi fra 1-5, der 1 er sterkt enig og 5 er sterkt uenig. N=92-95. 39
- Figur 4: spørsmål om arbeidssituasjonen generelt og konsekvensene av normtidsendringene spesielt. Gjennomsnittsverdier fra 1-5, der 1 er sterkt enig og 5 er sterkt uenig. 40
- Figur 5: Antall vedtakstimer hjemmesykepleie per måned, omregnet til årsvolum. Fra januar 2011 til desember 2016. 61



SAMMENDRAG

KONKLUSJONER:

- Reduksjonen av normtider i Bergen kommune har bidratt til en betydelig reduksjon i antall timer med hjemmesykepleie fra 2015-2016 (8,5 %). Antall brukere gikk ned med 0,3 %. Gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmesykepleie per bruker har gått ned de siste årene. Hvert enkelt hjemmesykepleiebesøk er blitt kortere.
- Dette kan isolert sett ha gitt en kortidseffekt i form av økonomisk innsparing. Det er imidlertid flere negative effekter for brukerne og ansatte som på sikt kan føre til økte kostnader:
- Ansattes opplever sin arbeidshverdag som mer hektisk etter endringene. Det er høyt sykefravær i hjemmetjenestene. 89 % av ansatte i hjemmesykepleien og 73 % i hjemmehjelpen opplever arbeidshverdagen som forverret etter endringene. Dette skaper økt slitenhet, mindre rom for brukermedvirkning og personorienterte tjenester og mindre rom for faglig skjønnsutøvelse, forebygging, rehabilitering og annet oppfølgingsarbeid.
- De negative virkninger på ansattes arbeidssituasjon og faglige engasjement, og sannsynlige negative følger for rekruttering av personell med riktig kompetanse, kan på lengre sikt gi økte kostnader.
- De ansatte opplever normtidsdokumentet som for detaljert og etterlyser åpnere normer som gir større rom for brukerinvolvering og ulike faglige tilnærminger. Det ligger et stort uforløst potensiale i hjemmetjenestene dersom det gis forbedrede rammebetingelser for faglighet.

- Brukerne vi dybdeintervjuet har opplevd økende travelhet hos de ansatte i hjemmet. Et vesentlig problem for brukerne var det store antallet forskjellige ansatte som de måtte forholde seg til. Mange gav uttrykk for at mer av den faglige og praktiske tjenesteadministrasjonen nå foregår i hjemmet ved økt bruk av mobiltelefon, og at dette tar oppmerksomhet. 86 % av de ansatte mener endringene har ført til negative konsekvenser for brukerne.
- Bergen kommune har ikke gjennomført noen systematisk innhenting av erfaringer fra sine ordinære brukere av hjemmetjenester siden 2011.
- Det er tilsynsmyndighetenes hovedoppgave å bedømme faglig forsvarlighet opp mot lovverket. Datagrunnlaget fra brukere, ansatte og tillitsvalgte indikerer imidlertid at endringene har medført økt risiko for brudd på forsvarlighetskravet.

BAKGRUNN OG HENSIKT:

1. desember 2015 foretok Bergen kommune en nedkorting av normtider for tjenestene hjemmesykepleie og praktisk bistand i hushold. Senter for omsorgsforskning, vest fikk i oppdrag å evaluere konsekvensene av endringene for brukerne, de ansatte, kommuneøkonomien og forsvarlighetskravet.

METODE:

I evalueringen anvendes en kombinasjon av kvalitative og kvantitative forskningsmetoder. Det er foretatt intervjuer med ni brukere, eldrerådet, kommunalt råd for funksjonshemmede og fire ansatte i administrasjonen i kommunen, samt fokusgruppeintervju med 17 ansatte i hjemmesykepleien, hjemmehjelpen,

forvaltningen og tillitsvalgte. Videre er det foretatt en spørreundersøkelse blant 776 vanlig ansatte og ledere, med en svarprosent på 55. I tillegg er det innhentet data fra Bergen kommune og Statistisk sentralbyrå om økonomi og bruksmønster i hjemmetjenestene, årsverk, sykefravær, turnover og klagesaker.

RESULTATER:

Blant dem vi dybdeintervjuet var det de skrøpeligste eldre brukerne som var hardest rammet av endringen, mens yngre med varige men stabile funksjonshemninger, rapporterte om stabilitet, samsvar mellom behov og tjeneste og ingen effekter av endringen. Alle vi intervjuet gav uttrykk for dels sterk frustrasjon over å måtte forholde seg til mange forskjellige ansatte. Brukerne gav uttrykk for stor takknemlighet for den hjelpen de mottar, men var bekymret for de ansatte. De opplevde at ansatte har dårligere tid og uttrykte sympati for deres arbeidssituasjon. Mange gav uttrykk for at en økende del av tjenesteadministrasjonen (koordinering og rapportering) nå foregår i selve hjemmet knyttet til bruk av mobiltelefoner, og at dette kan ta mye av deres oppmerksomhet.

89 % av *ansatte* i hjemmesykepleien, og 73 % i hjemmehjelpen opplever at arbeidshverdagen er blitt verre etter endringene. 75 % av de vanlig ansatte og 51 % av lederne oppgav at de er mer sliten etter arbeidsdagen nå, som følge av endringene i normtidene, sammenlignet med før endringene. 86 % av de ansatte i hjemmetjenestene mente at endringene har medført negative konsekvenser for brukerne. 85 % av hjemmesykepleierne og 65 % av hjemmehjelperne mente at endringen har ført til økt risiko for brudd på forsvarlighetskravet. De understreket også de at strekker seg langt for å utføre arbeidet sitt med god kvalitet. En intensjon med endringen var å bidra til en mer effektiv hjemmetjeneste. Kun 11%

i spørreundersøkelsen mente endringen har ført til en mer effektiv hjemmetjeneste. Bekreftelser og utdypninger av disse tallene kom fram i intervjuene. Det oppleves som at arbeidshverdagen har fått et høyere tempo, at det er mer stress og bekymring for ting en ikke rekker over, og at dette er blitt verre etter endringene.

I hjemmesykepleien var det de pleierettede oppgavene (stell, dusj og lignende) som de ansatte isolert sett mente har for knappe normtider, mens de mer avgrensede medisinske oppgavene i større grad ble vurdert å ha tilstrekkelige tidsrammer. I hjemmehjelpen, hvor endringen i normtider har medført endret frekvens for gjennomføring (2.hver til 3.hver uke), var det de tyngste og mest omfattende oppgavene som ble vurdert å ha avsatt for liten normtid, som rengjøring av bad og gulv. Den brukerrettede tiden i hjemmet kan ikke sees isolert fra de ansattes administrasjons- og transporttid. Normtidene synliggjør ikke den administrative tiden, men får konsekvenser for den. Når de ansatte får flere brukere på listene sine medfører dette økt behov for administrasjonstid. I hjemmesykepleien mente 92 % av de ansatte at de har for liten tid til administrasjon og kjøring mellom brukerne.

De ansattes svar på spørreskjemaundersøkelsen og de kvalitative intervjuene peker i samme retning: normtidssystemet oppleves som for detaljorientert og for oppgavefokuset. Det hemmer brukermedvirkning og personorienterte tjenester og gir mindre rom for faglig skjønnsutøvelse og faglig oppfølgingsarbeid. Et annet funn er at hjemmetjenestene ønsker mindre avstand til forvaltningen.

Sykefraværet i hjemmetjenestene er høyt (12,4 %). Nivået holdt seg stabilt mellom 2015-2016, men det har vært en jevn økning i de foregående årene. Denne etaten har det høyeste sykefraværet i byrådsavdeling for helse og omsorg. Det er hjemmehjelperne som har det høyeste sykefraværet (16,5 %), og en stor

andel av dette fraværet er langtidssykefravær. Denne gruppen ser derfor ut til å ha hatt den største belastningen, og trenden for denne gruppens sykefravær er ikke positiv.

Statistikken for turnover viser at økningen fra 2015-2016 ikke var stor, men at det var en markant økning fra 2014-2015. Det er den yngste aldersgruppen som har størst turnover, men det har vært en markant økning i de fleste aldersgrupper.

De samlede driftsutgiftene for hjemmebaserte tjenester har gått noe opp fra 2015-2016. Samlede årstall viser at antall brukere i hjemmesykepleien gikk ned med 0,8 % fra 2015-2016, mens totalt antall timer har gått ned med 8,5 %. Dette tilsier at besøkene er blitt kortere. Gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmesykepleie per uke per bruker har vært synkende fra 2013-2016, og er nå på 4,2 timer i uken i 2016. Særlig var nedgangen stor fra 2014-2015, mens nedgangen fra 2015-2016, etter implementeringen av de reduserte normtidene, har vært mindre. Bergen kommune ligger nå under gjennomsnittet for alle norske kommuner (4,8 i 2016) når det gjelder gjennomsnittlig tildelte timer per bruker per uke for hjemmesykepleie, men over Trondheim og Oslo.

DISKUSJON:

Det har vært en betydelig reduksjon i antall timer med hjemmesykepleie fra 2015-2016 og gjennomsnittlig antall tildelte timer per bruker har gått ned de siste årene. Både brukere og ansatte vi har data fra rapporterer om travelhet i tjenestene og at dette er blitt forsterket gjennom nedkorting av normtidene. Vi kan ikke generalisere funnene fra de ni brukerne vi har intervjuet til hjemmetjenestebrukerne i Bergen som sådan. Vi vurderer det likevel slik at de eldres særlige utfordringer beskrevet i denne rapporten henger sammen med at det oppleves vanskeligere og mer utfordrende å takle nyoppstått sykdom og funksjonstap i



eldre år, enn det å leve med varig og stabile funksjonshemninger man i større grad har lært seg å takle. Førstnevnte gruppe er i en ny og særlig sårbar livssituasjon, med stort behov for både god opptrening, pleie og omsorg.

Endringene i normtidene kan ikke sees isolert fra det styringssystemet det er en del av. Normtidsdokumentet er et redskap for likebehandling og kostnadskontroll. Detaljnivået det representerer har etter vår vurdering åpenbare bivirkning både for brukerne og de ansatte. En mindre detaljert oppgave- og tidsstyring vil på den annen side kunne gi positive ringvirkninger for brukernes muligheter for involvering, gjenopptrening og vedlikehold av helse og daglige funksjoner, og større faglige og interessante utfordringer for de ansatte. Slike helsegevinster for brukerne og økt faglig engasjement fra ansatte vil på sikt også kunne gi kommunen innsparinger og bidra positivt i rekrutteringen av ansatte med riktig kompetanse. I diskusjonskapittelet settes disse problemstillingene i et videre samfunnsperspektiv, knyttet til organisasjonskultur og utilsiktede effekter, detaljstyring versus faglig autonomi, tjenestenes responsivitet og konsekvenser for brukerne, ansatte, kommunens økonomi og faglig forsvarlighet.



1. INNLEDNING

Kommunale helse- og omsorgstjenester skal både være universalistiske (omfatte alle og sørge for lik fordeling) og partikularistiske (tilpasset den enkelte), de skal være av forsvarlig faglig kvalitet, effektive, optimaliserte og ytes på et nivå som både tilfredsstillende befolkningens behov, ansattes faglige og etiske standarder og vedtatt kommunale budsjett. Dette er komplekst og utfordrende; faglig, administrativt og økonomisk. Normtidssystemet for hjemmetjenester i Bergen kommune er et godt uttrykk for, og bilde på, hvordan norske kommuner må forholde seg til både det begrensende og det fleksible i sine systemer og praksiser for kommunal tjenesteyting. Systemet har innebygd disse to prinsippene som samtidige logikker. En knyttet til standardisering, begrensning og likhet (normtidene) og en knyttet til fleksibilitet og variasjon (individuelle bruker-behov). Ett system, to logikker og samtidig en ramme rundt et mangfold av praksiser, delkulturer, tjenestenivåer, interesser og behov. De nye normtidene trådte i kraft

1. desember 2015, og det er denne endringen som er hovedfokuset for evalueringen i denne rapporten. Like fullt kan ikke disse endringene sees isolert fra normtidssystemet generelt og den styringslogikk det er en del av. Denne videre konteksten er derfor integrert både i datainnsamlingen og analysene.

Innføringen av endrede normtider skjedde gradvis. Først ved at kun nye vedtak ble omfattet. Deretter startet et omfattende arbeid ved at sonene og gruppene skulle kartlegge alle brukerne som allerede hadde tjenester, for å vurdere dem opp mot nye normtider. Det ble altså foretatt individuelle vurderinger i forbindelse med nedkorting og implementeringen av de nye normtidene. Dette arbeidet pågikk i perioden desember 2015 – mars 2016. Det var høsten 2015 og våren 2016 stor politisk og folkelig interesse for disse endringene. Det ble en stor og heftig debatt i media. Både brukere, politikere og forskere har engasjerte seg sterkt.

Rapportens oppbygging er som følger: I resten av resten av dette kapitlet gjør vi rede for

organiseringen av hjemmetjenestene i Bergen kommune, med hovedvekt på normtider som kommunal retningslinje og praksis, og de endringene som ble gjort fra 1. desember 2015. Evalueringsoppdraget blir redegjort for på slutten av kapittelet. I kapittel 2 redegjør vi for vår oppdragsforståelse og metode. Kapittel 3 viser resultatene fra datainnsamlingen, mens vi i kapittel 4 diskuterer resultatene i lys av ulike samfunnsperspektiver.

1.1. ORGANISERINGEN AV HJEMMETJENESTENE I BERGEN KOMMUNE OG NORMTIDER

HJEMMETJENESTENES STØRRELSE OG ORGANISERING

Beskrivelsen her bygger på statusmelding for etat for hjemmetjenester (Bergen kommune, 2017b) «Oppdragsbeskrivelse for evaluering av endring i normtider» og informasjon og intervjuer med administrasjonen.

Hjemmesykepleie og hjemmehjelp er organisert i Etat for hjemmetjenester, som er en av seks underliggende etater i Byrådsavdeling for helse og omsorg. Etaten har ansvar for at tjenestene som tilbys er forsvarlige og at driften er innenfor tildelte økonomiske rammer. Videre har den ansvar for den daglige driften knyttet til fag, økonomi og personal. Sammen med etat for sykehjem er etat for hjemmetjenester den største etaten under byrådsavdelingen med et årsregnskap i 2016 på kr. 917 millioner kroner. Etaten er organisert i elleve enheter, hvorav én enhet for hjemmehjelpstjenester og ti hjemmesykepleie-enheter plassert i geografiske soner. I følge statusmeldingen gav etaten per 31.12. desember 2016 hjelp til 4433 brukere av hjemmesykepleie og

4069 brukere av hjemmehjelp. Til sammen 6821 fikk hjemmesykepleie i løpet av året 2015. Om lag 30 % av kommunens innbyggere over 80 år har hjemmebaserte tjenester.

Hjemmesykepleie-sonene er hjemlet i Helse- og omsorgsloven § 3-2 nr. 6 a (helsetjenester i hjemmet). Ifølge kommunens kriteriehefte for tildeling av pleie- og omsorgstjenester skal slik hjelp gis til «hjemmebundne som ikke selv kan oppsøke helsehjelp på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse og som er avhengig av hjelp i eget hjem for å få dekket grunnleggende pleie og omsorgsbehov». Kommunen skriver videre at «det er pasientens medisinske tilstand som er avgjørende for hvilken hjelp pasienten har rett til og hvilken kompetanse den som skal yte hjelpen må ha» (Bergen kommune, 2017a). Hjemmesykepleien er inndelt i underliggende geografiske grupper som ledes av gruppeledere og assisterende gruppeledere. Det er ifølge statusmeldingen for 2016 til sammen om lag 1031 årsverk i hjemmesykepleien. I tillegg opplyser administrasjonen om at antall ansatte var 1694 og at pleiepersonell i turnus utgjorde 800 årsverk i 2016. Ansatte i hjemmesykepleien går i turnus med dag, kveld og helgevakter etter oppsatt plan. De gir også tjenester på natt, av egne nattevakter. Kommunen oppgir at 85 % av de ansatte har helsefaglig utdanning. Målgruppen er brukere i alle aldre som er avhengig av hjelp i eget hjem for å få dekket grunnleggende pleie- og omsorgsbehov og brukere som ikke selv kan oppsøke helsehjelp på andre måter på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse. Eksempler på oppgaver er personlig morgen- og kveldsstell, sårstell, medisin håndtering, håndtering av smertepumpe og veiledning i dagliglivets gjøremål. Tjenesten er en døgntjeneste og er gratis for brukerne.

Hjemmehjelp (praktisk bistand hushold) er hjemlet i Helse- og omsorgsloven § 3-2 nr. 6 b og skal ifølge kommunens kriteriehefte gis «den som er helt ute av stand til å utføre dagliglivets gjøremål. Oppgaver som inngår er det som kommer inn under betegnelsen

«dagliglivets gjøremål». For eksempel gulv rengjøring (vask, støvsuging, vask av bad/toalett, støv tørking, sengetøyskift, klesvask, vask av kjøleskap mm.)» (Bergen kommune, 2017a). Tjenestene utføres på dagtid og er en betalingstjeneste. Hvor mye den enkelte betaler er betinget av inntekt. Det er imidlertid et maksimalbeløp pr. måned. Dem med inntekt under 185.152 (2G) betaler minstesatsen på kr. 125 pr. måned, mens dem med inntekt mellom 185.152 - 277.728 har et utgiftstak på kr. 900 pr. måned. Vanligvis tildeles hjelpen hver tredje uke, mot tidligere hver annen uke. Husholdningsoppgaver som ikke regnes som nødvendige gjøremål eller som ikke regnes å være en del av «dagliglivets gjøremål», tildeles ikke som kommunal tjeneste. Kommunen praktiserer fritt brukervalg for hjemmehjelp (ikke for hjemmesykepleie). Dette innebærer at brukere som få vedtak om hjemmehjelp, kan velge om de vil ha hjelpen av den kommunale leverandøren eller en av de fire private leverandørene som kommunen har avtale med. Markedsandelen for de private leverandørene er nå ca. 21 % av brukerne og 21 % av timetallet. Den kommunale leverandøren (Enhet for hjemmehjelpstjenester) er organisert som en egen enhet i Etat for hjemmebaserte tjenester. Enheten ledes av en leder i linje under etatsdirektør for Etat for hjemmebaserte tjenester. Enheten er organisatorisk delt i fem geografiske soner med egne ledere som har ansvar for daglig drift. Det var ifølge statusmeldingen for 2016 tilsammen 89 årsverk i hjemmehjelpen (praktisk bistand hushold), hvorav 25 hadde fagbrev i renhold.

BESTILLER - UTFØRERMODELLEN

Bergen kommune har organisert tildelingen av kommunale helse og omsorgstjenester til hjemmeboende personer etter en bestiller-utførermodell. Alle søknader om hjemmesykepleie og praktisk bistand

behandles på egne bestillerkontor, kalt *forvaltningsenheter*. Disse ble etablert i 2010 etter en utredning gjort av AGENDA Utredning (AGENDA Utredning & Utvikling AS, 2009). Det er til sammen tre slike enheter (sone nord, sør og vest), med til sammen 79 årsverk i etaten og om lag 30 årsverk arbeider med hjemmetjenesterelaterte saker. Etaten skal sikre at enhetene gir tjenester i henhold til lov- og regelverk, innen bystyrets tildelte økonomiske rammer og i henhold til retningslinjer fra Byrådsavdeling for helse og omsorg, for eksempel kommunens normtidsdokument.

Bestiller - utførermodellen innebærer at det er et formelt og organisatorisk skille mellom forvaltningsoppgaver på den ene siden og kommunens tjenesteproduksjon og levering på den andre. Forvaltningsenhetene behandler søknader i henhold til saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven, og fatter enkeltvedtak basert på lov og forskrift, kommunale retningslinjer (som for eksempel normtidsdokumentet) og faglige vurderinger. Fylkesmannen er klageorgan og har myndighet til å omgjøre eller oppheve enkeltvedtakene. Hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten er den utøvende instans, og utfører oppgavene som står beskrevet i vedtakene.

Bergen kommune beskriver i dette prosjektets oppdragsdokument at hensikten med bestiller-utførermodellen blant annet er å ivareta brukernes rettsikkerhet. De har valgt denne modellen for å sikre at innbyggerne får et likeverdig tilbud, innenfor kommunens økonomiske rammer. «Bestiller» har altså ansvar for å vurdere henvendelser og søknader om tjenester og gjøre enkeltvedtak i samsvar forvaltningsloven, mens utfører (hjemmetjenestene) har ansvar for å utføre tjenestene til bruker på en forsvarlig måte. Selv om utfører arbeider på «bestilling» fra forvaltningsenheten, er det vanlig at hjemmesykepleien iverksetter tjenester før det er fattet vedtak fordi brukere ikke kan vente

til forvaltningsenheten har ferdigbehandlet søknaden, for eksempel etter sykehusopphold, og når det skjer raske endringer i hjelpebehovet.

NORMTIDER SOM KOMMUNAL RETNINGSLINJE OG PRAKSIS I BERGEN

Når saksbehandlerne i forvaltningsetaten i Bergen kommune tildeler og gir vedtak om hjemmetjenester er det ikke bare tjenestens innhold som spesifiseres, men også et anslag på hvor lang tid den enkelte helsearbeider skal bruke på tjenestene¹. Saksbehandleren i forvaltningsetaten gir en individuell vurdering av brukers behov opp mot kriteriene for de ulike tjenestetypene og fastsetter så lengden på oppdragene. Som hjelp i denne tidsfastsettelsen har Bergen kommune utarbeidet en kommunal retningslinje («Normtider i Bergen kommune») (Bergen kommune, 2015b). I dokumentet presiseres det at normtidene er «veiledende» og at «det alltid skal tas hensyn til brukernes individuelle behov». De skal ikke være uttrykk for verken maksimal- eller minimumstid, men skal representere et gjennomsnitt for arbeidsoppgaven for brukerne som helhet. For eksempel er normtiden for hjelp til rengjøring av bad/toalett 20 minutter hver tredje uke, hjelp til dusj 25 minutter og hjelp til å ta på støttestrømper 10 minutter. Tidsangivelsen gjelder enkeltoppdrag. Det står videre i dokumentet at dersom flere oppgaver utføres hos samme bruker på samme hjemmebesøk, vil den samlede tidsbruken kunne reduseres. Tid som medgår til møter, transport og administrativt arbeid faller utenom. Det er altså kun «ansiktstiden» i brukerens hjem som spesifiseres.

Når tiden for oppgaven er fastsatt blir den ført inn i tjenestebilde i det elektronisk

pasientjournalssystemet som brukes i kommunen (Visma Omsorg Profil). Gjennom Visma Mobil Omsorg, som er en dette fagsystemets webapplikasjon for mobile enheter (smarttelefoner), får de ansatte i hjemmetjenestene nå tilgang til sine arbeidslister med tidsangivelsene. Den mobile løsningen gir også tilgang til andre opplysninger om selve oppdraget, de mest nødvendige bakgrunnsopplysningene om brukerne, samt anledning til å kunne lese og skriverapporter fortløpende gjennom arbeidsdagen.

For praktisk hjelp i hjemmet, som altså er en betalingstjeneste for brukerne, blir tiden per tjeneste angitt i antall minutter i det skriftlige vedtaket som brukeren får. For hjemmesykepleie, som er gratis for brukerne, blir ikke tjenestetiden angitt i brukevedtaket, men den blir like fullt knyttet til den enkelte oppgave i Profil-systemet. Når en bruker for eksempel har fått vedtak om dusj, og det er beregnet til 25 minutter som i ordinær normtid, blir dette ført inn i tjenestebildet for hjemmesykepleien som klokkeslett fra og til, for eksempel fra kl. 08.00 til kl. 08.25. Dette blir overført til en arbeidsliste for hver ansatt som viser hvor lang tid den ansatte i utgangspunktet skal bruke på oppdraget. Det er denne tiden, altså den som er innført i tjenestebildet, hjemmesykepleien får betalt for.

Dersom behovet for hjelp endrer seg hos en bruker og denne endringen er beregnet til å være av en størrelsesorden på minst +/- to timer per uke og antas å vare mer en to uker, skal forvaltningskontoret kontaktes. Endringen må begrunnes og dokumenteres av det utøvende ledd (hjemmesykepleien og hjemmehjelpen) og dette oversendes forvaltningsenheten, som avgjør/fatter vedtak om tiden skal endres. Saksbehandlere er dermed helt avhengig av hjemmetjenestenes tilbakemeldinger ved endring av tidsutmålingen. Samtidig

¹ Alle norske kommuner er ifølge den nasjonale IPLOS-forskriften pålagt å registrere opplysninger om alle hjemmetjenestebrukere, herunder bistandsbehov og tjenester som ytes av kommunen og omfanget av disse, det vil si hvor mange timer tjenestemottaker får av tjenesten per uke (Helsedirektoratet, 2015).

har de en kontrollfunksjon som skal sikre likebehandling. Kontrollfunksjonen skal sikre at utmåling av tid og generelt tildeling av tjenester gjøres «likt» i kommunen som helhet. Ved økt behov for mer tid eller andre tjenester skal hjemmetjenestene forklare hvorfor og dokumentere dette i pasientens journal. For å få innvilget endringen må prosedyren for dette være fulgt. Saksbehandler skal så vurdere om endringsmeldingen er tilstrekkelig sannsynliggjort før den eventuelt effektueres. Kontrollfunksjonen ivaretas videre ved at etaten fortløpende sjekker vedtakspraksis og utvikling i alle sonene (antall brukere, tildelte timer og besøk). Endringen i tildelingspraksis overvåkes og enhetsledere blir bedt om å finne forklaringer på endringer, for eksempel om endringer skyldes nye brukere med endrede behov, eller om det ikke finnes slike forklaringer. Om det siste vurderer enhetsleder i forvaltningen om saksbehandler faktisk forholder seg til gjeldende normtider. Enhetsleder i hjemmesykepleien har en parallell kontrollfunksjon overfor sine grupper og gruppeledere. Normtidene som kommunal retningslinje har altså som hovedmål å skape felles praksis for fastsettelse av tid for utførelse av hjemmetjenestenes enkeltoppdrag.

NORMTIDER SOM GRUNNLAG FOR FINANSIERING AV HJEMMETJENESTENE

Normtidene har en annen viktig funksjon: de ligger til grunn for deler av finansieringen av hjemmetjenestene. Byrådsavdeling for helse og omsorg benytter en aktivitetsbasert budsjettmodell (ABF), i noe kombinasjon med rammefinansiering, for å finansiere hjemmetjenestenes utgifter. I modellen er aktivitetene inndelt i fire hovedkategorier:

1. Hjelp i hjemmet
2. Forflytning mellom oppdrag

3. Administrative oppgaver (f.eks. vedlikehold av journal, kontakt med fastlege/pårørende)
4. Oppfølging av utløste trygghetsalarmer (avklare på telefon eller utrykning)

For hver av de fire kategoriene er det definert en kostnadsdriver med tilhørende enhetspris. Kostnadsdriverne i modellen som utløser finansiering til de lokale gruppene er:

- Antall brukere (et fast beløp pr bruker per måned. Skal dekke all indirekte brukertid, unntatt transport).
- Antall timer (pris per time direkte brukerrettet aktivitet/»ansiktstid«). Skal dekke utgifter til tjenester hjemme hos bruker. Tar utgangspunkt i normtidene.
- Antall besøk (pris per besøk). S dekke transport mellom brukere.

Enhetsprisene justeres årlig i takt med lønns- og prisstigning i Bergen kommune. Summen av timer og besøk, samt antall brukere og trygghetsalarmbrukere i den aktuelle måneden benyttes som inndata i finansieringsmodellen og er bestemmende for hjemmesykepleiens månedlige budsjetttramme, det vil si beløpet som hver resultatenheter (lokale gruppe) i hjemmesykepleien får til disposisjon i den aktuelle måneden for å finansiere tjenesteytingen. Hjemmesykepleiens administrasjon og ledelse er ikke rammefinansiert, og heller ikke nattjenesten. Bergen kommunes ABF-modell bygger på en modell utviklet av Kristiansand kommune og Ernst & Young (Kristiansand kommune, 2004).

ENDRINGER AV NORMTIDENE

I Bergen kommunes økonomiske tertialrapport 1/2015, som ble framlagt av det forrige byrådet 9. juni 2015 og vedtatt av bystyret, ble behovet

for kostnadsinnsparende tiltak understreket. Her het det:

«Byrådet gir tildelingsfunksjonen for pleie- og omsorgstjenestene i oppgave å iverksette justeringene i tildelingsnormer for alle nye søknader, samt i forbindelse med vedtak som skal revurderes. Resultatet vil være mindre tid forbundet med konkrete oppgaver, herunder redusert hyppighet på praktisk hjelp og bistand. Kostnadsreduksjoner gjennomføres deretter i utførelsen i tråd med ny justert tildelingspraksis som er utarbeidet i samarbeid mellom både bestiller og utfører. Den økonomiske effekten i 2015 er usikker og vil bli fulgt nøye og rapportert nærmere i neste rapportering».

Nedkortingene skulle altså være et kostnadsreducerende tiltak. I desember 2015 effektuerte det nye byrådet dette. Byråd for helse og omsorg, byråd Rebekka Ljosland, skrev i en pressemelding: «Ved å revidere normtidene våre får vi nå en tydeligere prioritering av de viktigste oppgavene. Vi har særlig vektlagt å opprettholde tidsbruken på medisinske tjenester for å sikre faglig forsvarlighet i tjenestene» (Bergen kommune, 2015a).

Endringene gikk ut på at tidsnormene for *hjemmehjelp* (praktisk bistand hushold) ble redusert fra annenhver til hver tredje uke. Oppgaver som i dag utføres sjeldnere, for eksempel hver fjerde uke, ble endret til hver sjettede uke. I *hjemmesykepleien* ble oppgaver som innebærer medisinsk behandling skånet, samt ernæringsrelaterte oppgaver, mens normtidene for pleie- og omsorgsoppgaver ble redusert. Byråden understreket at «normtidene ikke er et uttrykk for verken maksimal- eller minimumstid. Det skal tas hensyn til individuelle behov, og innbyggere som har spesielle behov vil kunne få mer hjelp».

1.2. KOMMUNENS EVALUERINGSBESTILLING

I Bystyrets budsjettbehandling for 2016, ble det besluttet at endringene i normtidene skulle evalueres etter ett år: «Bystyret ønsker å presisere at alle brukere av hjemmesykepleien og/eller praktisk bistand i hjemmet skal få en individuell vurdering av sitt behov slik at tjenestens faglige forsvarlighet opprettholdes. Bystyret ber byrådet evaluere endringene i normtidene etter ett år»

Oppdraget går ut på å *evaluere konsekvensene av endringene i normtider i Bergen kommune*. Bergen kommune vil ha svar på følgende spørsmål:

1. Har endringer av normtider medført økt risiko for brudd på *forsvarlighetskravet* i hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten?
2. Har endringer i normtidene fått konsekvenser for *brukerne* av tjenestene?
3. Har endringer i normtidene fått konsekvenser for *ansatte* i tjenestene?
4. Har endringer i normtidene gitt en *økonomisk* effekt for kommunen?

Svar på disse spørsmålene skal oppsummeres og framstilles på en måte som er lett tilgjengelig i form av en *rapport*.



2. OPPDRAGSFORSTÅELSE OG METODE

Evaluering brukes i dagligtalen ofte synonymt med å vurdere, anslå eller karaktersette et tiltak, en aktivitet eller ordning. Forskjellen mellom en allmenn og en faglig forståelse er at sistnevnte benytter seg av forskningsbasert systematikk og metode. I løsningen av oppdraget har Senter for omsorgsforskning, vest benyttet seg av forskningsbasert systematikk og metode.

I evalueringsstudier er man ute etter å få fram og vurdere effekter, virkninger og konsekvenser av et tiltak eller av endringer av tiltak. Nyere evalueringstilnæringer utvider fokuset fra å kun å fokusere på mål og virkninger som resultat av *lineære* årsak-virkningsprosesser. I stedet rettes det søkelys på i hvilken grad et tiltak (eller endring av tiltaket) har ført til fordeler, verdier, betydning og effektivitet i organisasjonen og for brukerne, der historisk, politisk og organisasjonsmessig kontekst og mekanismer som bidrar til dette vektlegges (Sverdrup, 2014). Vår evalueringstilnærming er preget av en bred kontekstspesifikk «realistic

evaluation-tilnærming» som vektlegger «hva som fungerer for hvem, under hvilke forhold, på hvilke måter, og hvordan» (Hewitt, Sims, & Harris, 2012; Pawson & Tilley, 2004). En slik kontekst-nær tilnærming innebærer blant annet at vi ikke studerer normtidsendringenes konsekvenser uavhengig av det systemet og tenkningen de er en del av.

For å fremskaffe data har vi brukt både kvalitative og kvantitative metoder. Gjennom kvalitative metoder produseres data i form av meningsbærende ytringer, uttrykk og erfaringer. I analysen av dette materialet søkes ikke tallfesting, måling eller representativitet, men en dybdeinnsikt som brukes som et grunnlag for å kunne finne mønster, trender eller indisier. Gjennom kvantitative metoder produseres data i form av målbare enheter og tall som søkes å være representative for et større utvalg. I analysen av slike data søkes ikke dybde men bredde og omfang. I det følgende vil vi redegjøre mer konkret for vår metodiske tilnærming

til de fire evalueringsspørsmålene. Samtidig vil vi understreke at evalueringsprosjektets begrensede størrelse har avgrenset våre muligheter mer omfattende datainnsamling og analyse.

SPØRSMÅL 1: HAR ENDRINGER AV NORMTIDER MEDFØRT ØKT RISIKO FOR BRUDD PÅ FORSVARLIGHETSKRAVET I HJEMMESYKEPLEIEN OG HJEMMEHJELPSTJENESTEN?

Svaret på spørsmålet om endringer av normtider har medført økt risiko for brudd på forsvarlighetskravet i hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten vil være en helhetsvurdering av brukernes, ansattes og kommunens tilbakemeldinger holdt opp mot relevante paragrafer i Helse- og omsorgstjenesteloven, Pasient- og brukerrettighetsloven og forsvarlighetskravet i Helsepersonell-loven. Å vurdere faktisk forsvarlighet i forhold til lovverket er komplisert, og er en hovedoppgave for tilsynsmyndighetene. Man skal derfor være forsiktig med bombastiske konklusjoner på dette spørsmålet. Undersøkelsene våre rettet mot brukere, ansatte og ledere skissert i punktene under vil imidlertid gi indisier på om endringene har medført økt risiko for brudd på forsvarlighetskravet.

SPØRSMÅL 2: HAR ENDRINGER I NORMTIDENE FÅTT KONSEKVENSER FOR BRUKERNE AV TJENESTENE?

Her har vi for det første benyttet oss av kvalitativ metode ved å dybdeintervjue ni brukere og en pårørende som har erfart endringene. I rekrutteringen av disse la vi vekt på å få kontakt med brukere med ulike hjelpebehov. Vi hadde følgende inklusjonskriterier:

1. Brukere som har opplevd endringene i normtider. Det vil si som også var hjemmetjenestebrukere før 1. des. 2015, og som har fått nedkortet tid på sin tjeneste.
2. Brukere med ulik type omsorgstjenester (både omfattende og mer avgrensede).
3. Både hjemmesykepleiebrukere og hjemmehjelpsbrukere.
4. God geografisk spredning, altså fra flere bydelar.
5. Ulikhet i alder. Både «de eldre» og «de yngre» med ulike funksjonshemmingar.

Det ble utarbeidet en intervjuguide som fokuserte på deres opplevelse av innhold og kvalitet på tjenestene de har vedtak på.

I tillegg har vi intervjuet representant for Eldrerådet i kommunen, ettersom eldrerådet er et rådgivende organ for kommunene i saker som gjelder eldres levekår og Kommunalt råd for funksjonshemmede i Bergen. Begge disse rådene er lovpålagte, rådgivende organ for kommunen og er satt sammen av personer som representerer både politiske parti, aktuelle lag og organisasjoner, samt representanter oppnevnt av Bystyret. Det ble gjennomført separate intervju med representant fra hver av rådene med varighet på en time.

På grunn av evalueringsprosjektets omfang hadde vi ikke mulighet til å gjennomføre en mer omfattende spørreskjemaundersøkelse blant brukerne. Vi vurderte å bruke data fra respondentene i Bergen kommune på hjemmetjenestedelen av Difis innbyggerundersøkelser fra 2015 og 2017 (Direktoratet for forvaltning og IKT, 2015; Førland & Folkestad, 2016). Selv om materialet inneholder data fra mange brukere nasjonalt er det forholdsvis få per kommune (21 og 15 i 2015 fra Bergen for henholdsvis hjemmesykepleie og hjemmehjelp). Dessuten foreligger resultatene

for 2017 ikke før i juni. Det er et omfattende og kompetansekrevede arbeid å innhente representative brukererfaringsdata. Vi vurderte å sende ut en elektronisk spørreundersøkelse til hjemmetjenestebrukernes pårørende. Kommunen har imidlertid ikke en fullstendig liste over pårørendes e-postadresser og det ville sprengt rammene for dette evalueringsprosjektet å gjennomføre en papirbasert spørreundersøkelse. Kommunen har ifølge administrasjonen ikke gjennomført noen omfattende brukerundersøkelse blant ordinære hjemmetjenestebrukere og deres pårørende siden 2011.

Kvalitative intervjudata har sin styrke i at de kan få fram mer nyanserte og sentrale brukeropplevde vurderinger og erfaringer enn det en kvantitativ spørreundersøkelse klarer (Kvale & Brinkmann, 2009; Sandelowski & Leeman, 2012). Det er en mulighet for at brukerne ikke umiddelbart har en sterk bevissthet omkring normtidene og endringen som gjorde seg gjeldene fra 1. desember 2015, og således kan ha problemer med å besvare et spørreskjema om dette. En samtale rundt normtidene og endringene, med brukere og pårørende, mener vi på en bedre og dypere måte får fram sentrale tanker rundt temaet. Intervjudata fra et lite utvalg av brukerne vil imidlertid ikke kunne hevdes å være representativt for brukerne som sådan. De vil imidlertid kunne utgjøre verdifulle tilbakemeldinger som tjenestene kan lære av.

Vi har også data fra spørreskjema og fokusgruppeintervju med de ansatte som gir oss et bilde av hvordan de vurderer konsekvensene av endringer i normtider for brukere. Utførerne, hjemmesykepleien og hjemmehjelpen, er ute i praksisfeltet og møter brukere hver dag og sitter på mye kunnskap og erfaringer om hvordan brukerne har opplevd endringene.

Vi har i tillegg innhentet informasjon om antall klagesaker i tilknytning til hjemmetjenestene før og etter endringen.

SPØRSMÅL 3: HAR ENDRINGER I NORMTIDENE FÅTT KONSEKVENSER FOR ANSATTE I TJENESTENE?

For å svare på dette spørsmålet har vi *for det første* gjennomført en elektronisk spørreundersøkelse blant et representativt utvalg av ansatte og ledere i hjemmesykepleie, hjemmehjelpstjenesten og forvaltningen. I skjemaet ble det stilt spørsmål om deres vurderinger av endringene i normtidene og om arbeidshverdagen før og etter endringene (se vedlegg 1). Skjemaet ble sendt til e-postadressene til alle fast ansatte, inkludert enhetsledere og gruppeledere/avdelingsledere i alle resultatenehetene i hjemmesykepleien og hjemmehjelpen med stillingsprosent over 20 og som også var ansatt før 1.1.2016, til sammen 776 personer². 651 av disse arbeidet i hjemmesykepleien, 93 i hjemmehjelpen og 32 i forvaltningen. Undersøkelsen ble sendt ut fra Senter for omsorgsforskning den 24. april 2017. Det ble sendt en påminning etter en uke til dem som ikke hadde svart inntil da. De fleste spørsmålene i spørreskjemaet ble formulert av prosjektgruppen. Vi fikk verdifulle innspill fra ledere og ansatte i kommunen. Noen av spørsmålene er hentet fra validerte spørreskjema. Det er gjort deskriptive uni- og bivariate analyser. Her ser vi på frekvensfordelinger og sammenhenger mellom ulike variabler og det er brukt Pearsons khikvadrattesting for å undersøke statistisk signifikante bivariate sammenhenger.

For å få mer kunnskap og dybdeinnsikt i hvordan ansatte opplever og tenker rundt normtider og endringene som er gjort har vi *for det andre* gjennomført fokusgruppeintervju med sju ansatte i hjemmesykepleien (fire sykepleiere, en helsefagarbeider og to gruppeledere), tre ansatte hjemmehjelpen (en soneleder og to hjemmehjelpere) og sju ansatte forvaltningen (saksbehandlere). Alle utvalgene representerte ulike geografiske

² Nattevakter i hjemmesykepleien og ansatte i OmsorgPluss-boliger ble ikke spurt, da disse i mindre grad var berørt av endringene. Skjemaet ble heller ikke sendt til ansatte i merkantile og rene fagrettede stillinger uten pasientkontakt.

soner i kommunen. De tre gruppene ble først intervjuet hver for seg og dernest ble alle de 17 ansatte intervjuet i samlet i ett nytt gruppeintervju. Alle disse hadde også vært ansatt før 1. desember 2015. Vi ønsket med dette både å få fram genuine erfaringer fra hver av gruppene separat, og dynamikken mellom gruppene som er i samarbeid, særlig mellom forvaltningen som bestillere og hjemmetjenestene som utøvere.

Vi gjennomførte *for det tredje* et fokusgruppeintervju med fire tillitsvalgte for helse og omsorg i Fagforbundet, Delta og Norsk sykepleierforbund.

I tillegg har vi innhentet data fra kommunen om endringer i ansattes sykefravær og turnover før og etter endringen av normtider.

SPØRSMÅL 4: HAR ENDRINGER I NORMTIDENE GITT EN ØKONOMISK EFFEKT FOR KOMMUNEN?

Målsetningen med å redusere normtidene i hjemmetjenestene var å redusere utgifter og sikre kostnadskontroll. Vi har vurdert prinsipielt hvordan en slik nedgang i normtider for konkrete arbeidsoppgaver får økonomiske konsekvenser for kommunen på bakgrunn av økonomisk teori. Endringer i normtidene vil kunne gi økonomiske effekter for kommunen via ulike kanaler. For det første vil konsekvensene for de ansatte kunne slå ut i kommunens økonomi hvis normtiden påvirker antall ansatte og hvis den fører til

mer sykefravær eller tidligpensjonering og uføretrygd på sikt. Endring i arbeidsmiljø (for eksempel mer stress) vil også kunne påvirke sammensetningen av arbeidsstyrken gjennom endringer i avgang eller endrede kvalifikasjoner på nyansatte. Dette kan også påvirke lønningene på sikt.

En annen kanal har vært å gå gjennom konsekvensene for brukerne. Hvis endret normtid påvirker brukernes helse eller funksjonsnivå vil det kunne endre behovet for tjenester og dermed medføre andre arbeidsoppgaver for kommunen. En diskusjon av begge disse kanalene vil bygge på resultater fra spørsmål 2 og 3 over. En siste kanal vil være om endring av normtid påvirker endringer i bruk av andre innsatsfaktorer i tjenesteproduksjonen. Vil for eksempel dette føre til at kommunen vil måtte kjøpe annet utstyr enn de ellers ville gjort, eller gir dette insentiver til investeringer i velferdsteknologi som reduserer byrden for hjemmesykepleiere eller hjemmehjelp?

I tillegg til en prinsipiell vurdering har vi samlet inn empiriske data der det har vært mulig innenfor prosjektets begrensede tids- og ressursramme. Det dreier seg om tall over utviklingen av årsverk, brukere, tildelte timer, regnskap, sykemeldinger og turnover i hjemmetjenestene fra Bergen kommune og Statistisk sentralbyrå.

Vi har også intervjuet ansatte i administrasjonen i Bergen kommune om økonomiske spørsmål.

Tabell 1: Datatype, datainnhenting og analyser i evalueringen

Spørsmål	Datatype og datainnhenting	Analyser
1 og 2	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle dybdeintervju med åtte brukere/pårørende. • Intervju med representant for Eldrerådet. • Intervju med representant for Kommunalt råd for funksjonshemmede . • Ansattes beretninger om brukereffekter. 	Dekontekstualisering og rekontekstualisering av data. Meningskondensering og tematisering som en induktiv prosess.

Spørsmål	Datatype og datainnhenting	Analysen
1, 2 og 4	<ul style="list-style-type: none"> • Statistikk over gjennomsnittlig tildelte timer til hjemmesykepleie og hjemmehjelp før og etter endringen. • Informasjon om klagesaker mot hjemmetjenestene og forvaltningen før og etter endringen. 	<p>Deskriptive analyser av materiale fra Bergen kommune/KOSTRA/SSB-banken.</p> <p>Utviklingstrekk og innholdsanalyse.</p>
1 og 3	<ul style="list-style-type: none"> • • Questback spørreundersøkelse blant et representativt utvalg av vanlig ansatte og ledere i hjemmesykepleien, hjemmehjelpen og forvaltningen. Bruttoutvalg: 776. 	Deskriptiv analyse.
1 og 3	<ul style="list-style-type: none"> • Fokusgruppeintervju 1: 7 ansatte i hjemmesykepleien. • Fokusgruppeintervju 2: 3 ansatte i hjemmehjelpen. • Fokusgruppeintervju 3: 7 ansatte i forvaltningen. • Intervju med tillitsvalgt for helse og omsorg i Fagforbundet, Norsk sykepleierforbund og Delta. 	<p>Dekontekstualisering og rekontekstualisering av data.</p> <p>Meningskondensering og tematisering som en induktiv prosess.</p>
1 og 3	Sykefraværstatistikk og turnoverstatistikk før og etter endringen.	Deskriptive analyser av materiale fra Bergen kommune
4	Prinsipiell analyse av endringene i normtider på bakgrunn av økonomisk teori.	
1, 2, 3 og 4	Intervju med ansatte i administrasjonen i Bergen kommune.	
4	Analyse av økonomirapporter fra kommunen for hjemmetjenestene før og etter endringen.	

ETIKK

Det er fulgt anerkjente forskningsetiske normer i arbeidet. Prosjektet ble meldt til og tilrådd av Personvernombudet for forskning ved NSD – Norsk senter for forskningsdata for vurdering. Frivillig samtykke ble understreket for alle

deltakere. Senter for omsorgsforskning har holdt Bergen kommune, ved byrådsavdelingen for helse og omsorg, etat for hjemmetjenester og etat for forvaltning løpende orientert om datainnsamlingen. Vi har så langt som mulig søkt å ivareta informantenes anonymitet.





3. RESULTATER FRA DATAINNSAMLINGEN

Resultatene fra datainnsamling presenteres i dette kapittelet, gruppert under overskriftene:

- Brukeres erfaringer med normtidssystemet og endringer i normtidene
- Ansattes erfaringer med normtidssystemet og endringer i normtidene
- Økonomisk effekt for kommunen

Denne delen er primært beskrivende, mens neste del er diskuterende.

Spørsmålet om risiko for brudd på forsvarlighetskravet bygger på en helhetsvurdering av datainnsamlingen og blir tatt opp i diskusjonskapittelet (kapittel 4).

3.1. BRUKERES ERFARINGER MED NORMTIDSSYSTEMET OG ENDRINGER I NORMTIDENE

INTERVJU MED ELDRERÅDET I BERGEN OG KOMMUNALT RÅD FOR FUNKSJONSHEMMEDE

I det følgende presenteres tilbakemeldingene fra disse to rådene samlet. Moment og innspill som er spesifikke for det enkelte råd kommenteres i særskilt. Rådene presiserer at de ikke har funksjon som klageinstans for sine brukergrupper, og at deres arbeidsfelt er å være rådgivende instans overfor Bergen kommune. De var informert om normtidssystemet, og den endringen som ble gjeldende fra desember 2015. De har mottatt en god del informasjon fra administrasjonen om endringene, men ingen av dem har blitt forespurt eller involvert i å vurdere de konkrete

endringene, eller tidsfastsettelsen i det opprinnelige normtidssystemet. Eldrerådet (ER) har vært, og er, særlig opptatt av å følge saken om endring i normtider, og har også tidligere deltatt i debatten i media. ER har også har kommet med konkrete innspill til den påfølgende politiske prosessen. Her har de kommet med følgende tilføyning til saken; *«Reduksjon av normtid må være faglig fundert. Bruker som får endret sine vedtak som følge av endring i normtidssystemet må sikres ankemulighet»*. Denne saken har ER også omtalt i sin årsmelding for 2016.

Rådene formidlet at de ikke hadde opplevd noen stor pågang av henvendelser fra sine brukergrupper etter at endringen ble innført. De får begge tilbakemeldinger både fra brukere som er fornøyd med sine tjenester (både før og etter endringen i 2015) og brukere som er sterkt misfornøyd. Kommunalt råd for funksjonshemmede (KRFF) viser til at normtidssystemet skal justeres mot individuelle behov i selve utmålingen og tildeling av individuelle tjenester, og uttrykker stor tillit til at dette blir gjort i administrativ praksis. De viser til at mange av deres brukere har brukerstyrt personlig assistanse (BPA)-ordning i tillegg til kommunale hjemmetjenester, og antar at denne ordningen gjør at de erfarte negative konsekvensene for funksjonshemmede blir redusert.

Begge rådene formidler at de over tid har hatt, og har bekymring for de ansatte i hjemmetjenestene. Bekymringen er forankret i kunnskap om høyt sykefravær, erfaringer med travle og slitne ansatte samt tilbakemeldinger fra brukere. *«Kommunen må bli flinkere til å ta vare på sine ansatte»* uttalte en representant, og *«jeg vet ikke om endring i normtidssystemet akkurat har bidradd til det»*. Videre melder rådene at følgende aspekter ved tjenestene og normtidssystemet i Bergen kommune er uheldige:

- Det største problemet i tjenestene i dag er det store antall forskjellige

tjenesteutøvere (personer) som den enkelte bruker får inn i sitt hjem. For brukerne har dette to negative konsekvenser; økt usikkerhet ved at mange fremmede kommer inn i deres hjem, samt at de må bruke mye tid og energi på å gi opplæring til de ansatte (i hvor ting er i huset, hvordan stell skal gjennomføres, etc.).

- Normtidssystemet fremmer et oppgavefokus fremfor et personfokus i tjenestene. Utsagn som «dårlig tid», «de (ansatte) ser i listene sine», og «vi krysses av» ble brukt for å karakterisere tjenestene slik de utøves. En representant mener at «listefokuset» har blitt forverret etter innføringen av «Mobil Omsorg» hvor ansatte «bruker mer tid på å kikke i skjermen og få overblikk, enn på bruker». Representanten er tydelig på at de gamle listene på papir (alt på ett ark) gav den ansatte bedre overblikk enn den digitale løsningen.
- Normtidssystemet fører til en pasientifisering. Begge rådene tok opp dette temaet, dog med litt forskjellig ordlyd. ER viste til at den store oppmerksomheten rundt normtidssystemet som rammen rundt «omsorg» styrker fokuset på, og oppfatningen av, den eldre som syk. Dette gjør at kommunen mister fokus på de friske sidene ved de eldre. KRFF mente at de i økende grad omtales som pasienter og at dette er misvisende for en brukergruppe som (ofte) har levd hele sitt liv med en funksjonshemming og ikke som syke.
- Enslige eldre antas å være taperne i dette systemet, og den brukergruppen som rammes hardest av endringer. Dette skyldes blant annet mangel på pårørende som kan kompensere for

nedkorting av kommunale tjenester. De har gjerne opplevd nylig inntrufne omfattende funksjonstap (mens personer med funksjonshemming har lært å leve med sitt funksjonstap over tid), de kommer fra en generasjon som ikke er vant med å kreve og de godtar lettere endringer i vedtak og tildeling enn andre brukergrupper og de har færre «advokater» for egen sak.

- De ansatte i tjenestene berømmes for den innsatsen de gjør.

Begge rådene trakk fram at de var opptatt av forsvarligheten i tjenestene, men at de finner det vanskelig å kunne evaluere dette i virkeligheten. Dels skyldes dette at de får mye av sin informasjon fra administrasjonen som er skrevet på byråkratisk og teknisk språk og dels at tilbakemeldingene fra brukere spriker. Samlet sett gjør dette at forholdet mellom administrativt forvaltningssystem og faktiske leverte tjenester til et særdeles komplekst tema hvor rådernes oppfatninger og evalueringer i stor grad formes av informasjon gitt fra kommunen. Det er viktig å påpeke at rådene ikke gir signaler om at de føler seg feilinformert eller ført bak lyset av administrasjonen, men at informasjonen de får (mengde, form, innhold) er kompleks og teknisk, for eksempel i form av kompleks statistikk og mange samtidige dokumenter og planer, noe som gjør det vanskelig å følge med og konkludere selv på sentrale og viktige områder som tjenestenes forsvarlighet.

INTERVJU MED BRUKERE

Det ble gjennomført intervju med totalt ti personer, 9 brukere og en pårørende. Av brukerne var det tre menn og seks kvinner i alderen 50-92 år. Intervjuene ble gjennomført i deres hjem og hadde en varighet på rundt en time. Ett av intervjuene ble gjennomført med bruker og pårørende tilstede samtidig,

de resterende åtte ble gjennomført kun med bruker. Seks av informantene var «eldre tjenestemottagere» og hadde en snittalder 88 år, to informanter var brukere med funksjonshemming, mens den siste informanten fikk tjenester i forbindelse med psykisk sykdom. Gjennomsnittsalderen for disse tre var 56 år. En person mottok kun hjemmesykepleie, to fikk kun hjemmehjelp og seks personer mottok tjenester fra både hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Seks personer hadde trygghetsalarm. De var bosatt i ulike soner og bydeler i Bergen. Deres erfaringsgrunnlag som mottagere av hjemmetjenester varierte fra 2 år til over 15 år. De som deltok i intervjuene utgjorde således en heterogen gruppe av personer med hjemmetjenester.

Deres erfaringer med endringene i normtidssystemet varierte stort; fra personer som stort var fornøyde brukere og som hadde merket lite til endringene, til dem som med tårer i øynene fortalte om store endringer som hadde fratatt dem livsgleden eller gjort dem rasende. Et gjennomgående trekk var de som erfarte endringene sterkest (mest negativt) var personer som hadde en kombinasjonen av uavklart/nyoppstått sykdom/funksjonsfall og høy alder. Typisk her er fall som har medført funksjonsfall/-reduksjon og/eller hjerteinfarkt og/eller større operasjoner som ikke bare har satt dem tilbake rent fysisk, men som oppleves å utgjøre en helt ny livssituasjon. De som rapporterte om stabil/avklart situasjon var alle godt fornøyde med tjenestene de fikk, både før og etter endringen. På basis av intervjuene sitter vi igjen med følgende hovedinntrykk:

- Hovedproblemet for informantene, på tvers av brukergrupper, var det store antallet forskjellige ansatte man måtte forholde seg til i eget hjem. Siste års utvikling har forverret situasjonen.
- De eldre rapporterte om størst endring i, og mest frustrasjon over tjenestene de mottar etter endringene.

- De yngre med funksjonshemning rapporterte om stor grad av stabilitet, samsvar mellom behov og tjeneste og tillit til tjenestene.
- Det ble rapportert om størst utrygghet blant eldre personer som har relativt nyoppstått sykdom eller funksjonsfall, uavklart tilstand eller plager som er periodiske.
- Flere av brukerne meldte om det de erfarte som for lang ventetid ved behov for akutt hjelpebehov på natt ved bruk av trygghetsalarm. Snitt-tid ble anslått til være 30 minutter, men ikke uvanlig å vente både 1 og 2 timer.
- Brukerne uttrykte stor takknemlighet for den hjelpen de får. Samtidig var flere bekymret for og formidlet sterke sympatier med ansatte i førstelinjen og deres travle arbeidshverdag.
- Flere brukere opplevde at mer av tjenesteadministrasjonen (for eksempel rapportering og telefonering til kollegaer) nå foregår i hjemmet.

OM BRUKERNES FORSTÅELSE AV TJENESTEN, VEDTAK OG ENDRINGER

Tre av de seks eldre tjenestemottagerne meldte om konkret reduksjon i omfang av tjenester i form av endret frekvens for hjemmehjelp (fra hver annenhver til tredjehver uke) og bortfall av tjenester (vindusvask og fellesarealer). Ytterligere to av dem relaterte sine opplevelser av endring til nylig omorganiseringer i deres bydel ved overgang fra tre til to baser og flytting av ansatte. Dette er endringer som ble omtalt i sterkt negativ ordelag. De mottok likevel tjenester av samme omfang før endringen. De resterende fire informantene formidlet at de ikke hadde fått erfart endring i form av redusert omfang av tjenester for egen del.

Tjenesteutøvere både i hjemmehjelpen og

hjemmesykepleien ble i all hovedsak omtalt som positive, fleksible, flinke og folk som står på. Samtidig fortalte mange av informantene om ansatte «som løper, som virker mer stressede nå selv om de forsøker å skjule det». De fortalte om ansatte som forsøker å holde avtaler og fastsatte tider, men som ofte opplever at tidsskjemaet ryker. Omlag halvparten av dem opplevde dette som problematisk, mens den andre halvparten sa at slik forsinkelser ikke påvirker dem så mye ettersom de har fleksible hverdager som tåler endring i avtaler. Alle informantene uttrykte forståelse for at forsinkelser oppstår. En bruker uttrykte det slik: «kommer de for sent til meg, så vet jeg at han før meg har trengt mer tid, de gjør så godt de kan. Men klart, når det skjer ofte er det irriterende».

Det var et gjennomgående tema at informantene opplevde at tjenesten i for stor grad blir utført av for mange forskjellige ansatte. Dette har ifølge brukerne som ble intervjuet blitt forverret etter endringen. Ferier og høytider er de mest utsatte periodene hvor det jevnt over ble rapportert om stor gjennomstrømning av nye ansikter og besøk av mange ufaglærte.

I intervjuene formidlet brukerne liten kunnskap om og opptatthet av, de formelle sidene ved deres tjenestetilbud. Begrepet «normtidssystem» var fremmed for de aller fleste. Alle ble spurt om de hadde fått endring i vedtakene sine, kun en av informantene uttrykte kunnskap om konkret innhold i sitt vedtak. Noen mente at de hadde fått noen papirer, men de var seg ikke bevisst hva slags tjenesteutmåling som var nedfelt der. Majoriteten av brukerne forteller om at det er lenge siden de har vært i kontakt med, eller hatt besøk fra, forvaltningen. På spørsmål om hvem de kontaktet angående forespørsler om egne tjenester, så tok alle dette opp med tjenesteutøver som var på jobb når de har spørsmål, eventuelt så ventet de til deres «favorittansatt» var innom. I tillegg oppgav

fire av ni at de også ringte sonekontoret. Ingen av informantene nevnte uoppfordret primærkontakt som en person eller rolle som var viktig for dem. De aller fleste kunne på spørsmål bekrefte at de hadde fått oppgitt en primærkontakt, men kun en bruker hadde erfaring med at dette var et koordinerende ledd, eller en person som fulgte dem opp i særlig grad. To av informantene hadde påklaget (ved hjelp av pårørende) endringer i deres tjenestetilbud i form av klage. Begge hadde fått avslag.

VARIASJONER MELLOM YNGRE OG ELDRE TJENESTEMOTTAKERE

Intervjuene viser stor variasjon både med hensyn til enkeltpersoners opplevelse av konsekvenser av endringen i normtider og erfaringer av kvalitet og trygghet i tjenestetilbudet de får. Det var i vårt utvalg et gjennomgående trekk at de yngre funksjonshemmede brukerne formidlet en betydelig større tilfredshet med de tjenestene enn de eldre tjenestemottagerne. Følgende utdrag fra intervjudataene belyser dette:

Bruker A (yngre med funksjonshemming):

«Det er 100 % samsvar mellom mine behov og de tjenestene jeg får. De har nok tid til å gjøre det de skal, selv om de ikke lengre har tid til å høre ferdig historiene mine. Det er fortsatt for mange folk og for mange ufaglærte, så jeg bruker mye tid på opplæring av de ansatte. Det er ikke alltid de holder avtalt tid, men i 99 % av tilfellene skyldes det at brukeren før meg har hatt behov for mer tid. De er mål- og oppgaverettet, og slik må det nok være. Jeg kan ringe og si at min ektefelle reiser bort, og de kompenserer, selv om jeg gir beskjed samme dag. Men færre folk, og litt større fleksibilitet på hvor tidlig og sent de

kan komme hadde vært flott. Men jeg fyller hverdagene mine selv».

Bruker B (yngre med funksjonshemming):

«Jeg hadde ikke hørt om normtider før for 14 dager siden da jeg ble spurt jeg ville være med på dette intervjuet. Jeg har ikke fått informasjon om noen endring heller. Men har tenkt litt etter det, og ser nok noen endringer. Men jeg har beholdt hjemmehjelp hver 14 dager og hjemmesykepleie og støttekontakt kommer som før. Trygghetsalarmen har jeg også. ... Det fungerer veldig bra, jeg er glad i de som kommer hit. De har korte effektive besøk. ... Det er forskjell på hvor flinke de er til å skjule at de har det travelt, noen ser på klokken. Jeg vet at de har det travelt så jeg spør aldri om noe, jeg får dårlig samvittighet for å be om noe».

Bruker C (eldre tjenestemottaker over 90 år):

«Ja jeg er rasende. Jeg har hatt fem operasjoner og jeg hadde ventet mer hjelp, men jeg har fått mindre. Nå kommer de bare tredje hver uke og de vasker ikke bad, vinduer eller gangen ute lengre. Jeg var veldig fornøyd med hjelpen slik den var, men ikke nå. Hun jeg har er flink altså, men det er alt for lite, alt blir halvt ... De må jo ha tid til å prate litt, hvis ikke blir en jo tussete, men de har ikke tid. Og hvorfor kommer de to stykker i denne lille leiligheten, to stykker som skal gjøre ingenting, de går jo oppå hverandre. Jeg spurte (hjemmehjelpen) om hvorfor hun ikke vasket badet lengre, men det visste hun ikke. Jeg lurer på om prisen da har gått ned? ... Nå går de etter klokken, er alltid så travle. Jeg synes synd på

dem og jeg sier at «nå må dere skynde dere videre, løp, løp!» Hjelpen må jo utvides når man blir eldre og sykere, ikke det motsatte. Det må de forstå».

Bruker D (eldre tjenestemottaker medio 80 år):

«Jeg merker endringen veldig. Nå får jeg bare hjemmehjelp hver 3.uke. Jeg synes det er ille at bad, toalett og sengetøy tas så sjeldent. Kanskje jeg skulle bedt om mer hjelp, legen min sier jeg burde det, men jeg vet ikke. Tror det er mye min feil at jeg ikke har mer hjelp. Jeg har jo tre kroniske lidelser, har hatt flere fall de siste årene og vært på sykehus og hadde et hjerteinfarkt for litt siden. Da fikk jeg angst, og jeg tør ikke lengre gå ut alene. Jeg har ikke vært ute av leiligheten på lenge nå. Eller, jeg har jo vært til lege og sånt, men jeg tør ikke gå ut på plassen».

Bruker E (eldre tjenestemottaker medio 80 år):

«Ja jeg merker endringene. Det har senket min livskvalitet og jeg har blitt en sinnakjerring etter alle disse endringene. Hadde veldig gode tjenester før, flinke og stabile folk som jeg kjente ... så var det noen «kloke hoder» inne i kommunen som omorganiserte ... nå er det nye folk hele tiden og de har så dårlig tid. Jeg må være så snar hele tiden for at de skal rekke det de skal. Dette går ut over livskvaliteten min, jeg merker selv at jeg er blitt «svart», jeg klager mer, jeg er egentlig ikke slik. Jeg får mindre omsorg etter endringen, men (brød-) skivene er i orden. Jeg er blitt dårligere, de har fått mindre tid og jeg blir mer utrygg. Jeg kunne like godt hatt folk fra et cateringselskap. Altså, jeg er jo veldig glad for å få hjelp til mat og sånt, men hjemmesykepleien ser jo ikke lengre om jeg

er syk eller frisk ... den menneskelige kontakten i møtene mangler, det blir verre og verre, jeg pleier å få kontakt med mennesker, men det gjør jeg ikke lengere. Det er ikke en gang de er her hvor de ikke snakker i telefon samtidig. Ja, det er jobb relatert altså, men jeg trenger ikke høre på at de hjelper hverandre med adresser, konsulterer hverandre og sier så kjekt «henter deg om litt, snart ferdig her». Jeg kan være dårlig og sitte sånn (viser bøynd, hodet i hendene). «Ha en god dag» kvitrer de og løper videre, det er hjerteløst».

KLAGESAKER FRA BRUKERNE I HJEMMETJENESTEN

Bruker og pårørende som vil klage på vedtak skal ved behov få bistand fra forvaltningsenheten til å formulere klagen, eller henvise til Byombudet. Klagen skal være skriftlig og signert av den som påklager vedtaket. Det er to klageorgan. Fylkesmannen er klageorgan for alle vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Klagenemnda i Bergen kommune er klageorgan for vedtak om kommunale serviceytelser.

Det gjøres under kort rede for klagesaker mot hjemmetjenestene og forvaltningen i 2015 og 2016. Informasjonen er sendt oss fra de to etatene.

KLAGER TIL HJEMMESYKEPLEIEN

Hjemmesykepleien mottok 20 klager (registrert som klagesaker) fra pasienter, pårørende, spesialisthelsetjenesten i 2016, mot 17 i 2015. Elleve av 2016-klagene dreide seg om pårørendes eller brukers klage på tjenestens innhold eller kvalitet. Seks av klagene i 2015 dreide seg om dette (vår gjennomgang). Det var i 2016 tre tilsynssaker fra Fylkesmannen, mot en i 2015.

KLAGER TIL FORVALTNINGEN

Forvaltningen mottok i 2016 66 klager som ble oversendt til Fylkesmannen og 23 som ble oversendt til den kommunale klagenemnden. Tilsvarende tall for 2015 var henholdsvis 70 og 26.

I følge etatens egen gjennomgang av klagene i 2016 relatert til vedtak og utmåling av tid dreide fem av sakene seg om klage på at praktisk bistand hushold (hjemmehjelp) var redusert til hver tredje uke. Alle ble stadfestet. En handlet om bortfall av vindusvask. Den ble stadfestet. To var rettet mot hjemmesykepleie. Den ene dreide seg om bortfall av dusj og en om klage på gangtrening. Den siste fikk medhold Fylkesmannen. I 2017 er det per mai kommet seks klager relatert til vedtak og utmåling av tid vedrørende praktisk bistand hushold.

3.2. ANSATTES ERFARINGER MED NORMTIDSSYSTEMET OG ENDRINGER I NORMTIDENE

I dette kapittelet vises resultatene fra spørreundersøkelsen blant ansatte, og dernest for fokusgruppeintervjuene med ansatte i hjemmesykepleie, hjemmehjelpen, forvaltningen og de tillitsvalgte.

SPØRREUNDERSØKELSE BLANT ANSATTE OG LEDERE

Spørreundersøkelsen som gikk til alle de 776 ansatte i hjemmetjenestene og forvaltningen som var fast ansatte, hadde stillingsstørrelse over 20 % og som også var ansatt før januar 2016, slik at de kunne vurdere situasjonen før og etter endringene i normtider. Vi har svar fra 425 ansatte, noe som utgjør 55 %. Svarprosenten var høyest blant hjemmehjelperne (82 %) og i forvaltningen (78 %). Av de 324 som svarte fra hjemmesykepleien arbeidet 15 i egne demensarbeidslag.

Tabell 2: Antall personer i brutto- og nettoutvalg, samt svarprosent på de ulike tjenestestedene.

Tjenestested	Bruttoutvalg	Nettutvalg	Svarprosent
Hjemmesykepleien	651	324	50
Hjemmehjelpen/ praktisk bistand	93	76	82
Forvaltningen	32	25	78
Totalt	776	425	55

BAKGRUNNSPØRSMÅL

STILLINGSSTØRRELSER

Stillingsstørrelsene varierte fra 40 til 100%. Det vanligste var å ha en 100% stillingsstørrelse. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse var 94%. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse i hjemmesykepleien var 94%, hjemmehjelp 92% og forvaltningen 95%.

STILLINGSTYPER

201 av svarerne var sykepleiere, 120 helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider og 70 oppgav hjemmehjelper som stilling. Andre stillingstyper var vernepleiere, assistenter og saksbehandlere.

17% av utvalget oppgav at de hadde en stilling med lederansvar. De hyppigst oppgitte lederstillingene var gruppeleder, assisterende gruppeleder, soneledere og enhetsleder.

ARBEIDSERFARING I BERGEN KOMMUNE

Svarerne har i gjennomsnitt arbeidet 14 år med oppgaver knyttet til hjemmetjenester i Bergen kommune, varierende fra 1 ½ til 40 år. 15% har arbeidet kortere enn fire år. De fleste har med andre ord lang arbeidserfaring med hjemmetjenester i kommunen. Alderen

varierer fra 23 til 68 år, med en gjennomsnittsalder på 45 år. 25% er under 36 år.

ANTALL DAGLIGE HJEMMEBESØK

Spørreskjemaet omfattet et spørsmål om hvor mange hjemmebesøk de ansatte normalt har på en vakt. I tabellen under viser vi dette for de vanlig ansatte (de uten lederansvar).

Tabell 3: Gjennomsnittlig antall hjemmebesøk for vanlig ansatte etter tjenestested og vakttype.

Tjenestested	Gj.snitt	St.avvik	Median	Min.	Maks.	N
<i>Dagvakt hverdag</i>						
Hjemmesykepleien	13	3,7	13	1	24	218
Hjemmehjelpen	8	1,9	9	1	11	56
<i>Kveldsvakt hverdag</i>						
Hjemmesykepleien	16	4,1	16	1	25	220
<i>Lørdag/søndag</i>						
Hjemmesykepleien	15	4,0	15	2	25	215

I hjemmesykepleien var gjennomsnittlig antall besøk på en dagvakt på hverdager 13. Variasjonen var stor (fra 1 til 24). Noen få oppgav lave tall (1-3 besøk) og vi antar at dette dreier seg om tidkrevende besøk til sterkt hjelpetrengende. Det at mediantallet samsvarer med gjennomsnittet kan tilsa at omlag 13 besøk på en dagvakt på hverdager er normalt. På kveldsvakter er gjennomsnitts- og mediantallet 16 og i helg 15.

Hjemmehjelperne arbeider kun på dagtid. Her ligger gjennomsnittet på 8 besøk per vakt og mediantallet er 9.

Antall besøk vil selvsagt kunne variere fra dag til dag og periode til periode. Svarene

representerer ikke nøyaktige tall på hvor mange besøk de ansatte faktisk har per vakt, men på vurderinger av dette basert på deres erfaring av «det normale».

TILBAKEMELDINGER PÅ ENDRINGENES KONSEKVENSER

Et overordnet hovedspørsmål er knyttet til hvorvidt de ansatte opplever arbeidshverdagen sin som bedre eller verre etter endringene av normtidene 1. desember 2015.

Tabell 4: Opplevelse av arbeidshverdagen etter endringene av normtidene. Prosent i de ulike tjenestene

	Hvordan opplever du din arbeidshverdag etter endringene av normtidene?				
	Bedre	Ingen forskjell	Verre	Totalt	N
Alle	4	14	82	100	415
Vanlig ansatte	5	13	83	100	336
Ledere	1	20	79	100	71
<i>Tjenestesteder:</i>					
Hjemmesykepleien	2	9	89	100	317
Hjemmehjelpen	11	16	73	100	74
Forvaltningen	4	67	29	100	24

Det er tydelig at arbeidshverdagen oppleves verre for utøverne av hjemmetjenestene, og i særlig grad hjemmesykepleierne. I tillegg opplever 93% av dem som arbeidet i demensarbeidslagene at arbeidshverdagen er blitt verre. De fleste i forvaltningen merker ingen forskjell, men også her er det flere som opplever forverring enn bedring. Pearsons

khikvadrattest viste signifikante forskjeller mellom tjenestestedene. I utvalget som helhet opplever lederne forverringen i om lag like stor grad som vanlig ansatte (79% mot 83%). Det ble stilt spørsmål om de ansatte vanligvis er mer sliten etter arbeidsdagen nå, som følge av endringene i normtidene, sammenlignet med før endringene.

Tabell 5: Følelse av slitenhet i virksomhetene og blant vanlig ansatte og ledere. Prosent.

	Er du vanligvis mer sliten etter arbeidsdagen nå, som følge av endringene i normtidene, sammenlignet med det du var før endringene?				
	Ja	Ingen forskjell	Nei	Totalt	N
Alle	71	22	7	100	399
Vanlig ansatte	75	18	7	100	330
Ledere	51	42	7	100	57
<i>Tjenestesteder:</i>					
Hjemmesykepleien	77	17	6	100	307
Hjemmehjelpen	70	23	7	100	70
Forvaltningen	0	77	23	100	22

Tabellen viser at ansatte i hjemmetjenestene i betydelig større grad enn saksbehandlerne i forvaltningen og lederne og oppgir at de føler seg sliten, som følge av endringene.

Av Tabell 6 ser vi at totalt 86% av de ansatte mener normtid-endringen har ført til negative konsekvenser for brukerne. Kun 5% er uenig, mens 9 % er nøytral. Også de fleste saksbehandlerne i forvaltningen (63%) mener endringen har ført til negative konsekvenser

for brukerne. Det er signifikante forskjeller mellom dem med og uten lederansvar. Mens 89% av dem uten lederansvar mente endringen har gitt negative brukerkonsekvenser mente 67% av dem med lederansvar det samme.

Langt de fleste av de ansatte (91%) mente at endringen har ført til negative konsekvenser de ansatte. Her var det små forskjeller mellom lederne og vanlig ansatte.

Tabell 6: Andeler som mente endringen har ført til negative konsekvenser for brukerne av tjenestene og ansatte i tjenestene. Prosent.

	Andeler som mente endringen har ført til negative konsekvenser for ...	
	Brukerne	Ansatte
Alle	86	91
Vanlig ansatte	89	92
Ledere	67	87
<i>Tjenestesteder:</i>		
Hjemmesykepleien	87	94
Hjemmehjelpen	86	87
Forvaltningen	63	65

N=397-410

Åtte av ti mente at endringen har ført til økt risiko for brudd på forsvarlighetskravet, størst andeler i hjemmesykepleien og blant

vanlig ansatte og lavest i forvaltningen og blant dem med lederansvar. Forskjellene er statistisk signifikante.

Tabell 7: Andeler som mente endringen har ført til økt risiko for brudd på forsvarlighetskravet. Prosent.

	Medfører økt risiko for brudd på forsvarlighetskravet
Alle	80
Vanlig ansatte	83
Ledere	68
<i>Tjenestesteder:</i>	
Hjemmesykepleien	85
Hjemmehjelpen	65
Forvaltningen	52

N= 385-395.

En hovedintensjon bak nedkorting av normtidene var kostnadskontroll og at tjenesten skal bli mer effektiv. Kun vel en av

ti ansatte mente at dette har skjedd. Tre av ti i forvaltningen mente dette.

Tabell 8: Andeler som mente endringen har ført til en mer effektiv hjemmetjeneste. Proseneter.

	Ført til en mer effektiv hjemmetjeneste
Alle	11
Vanlig ansatte	11
Ledere	14
<i>Tjenestesteder:</i>	
Hjemmesykepleien	8
Hjemmehjelpen	19
Forvaltningen	30

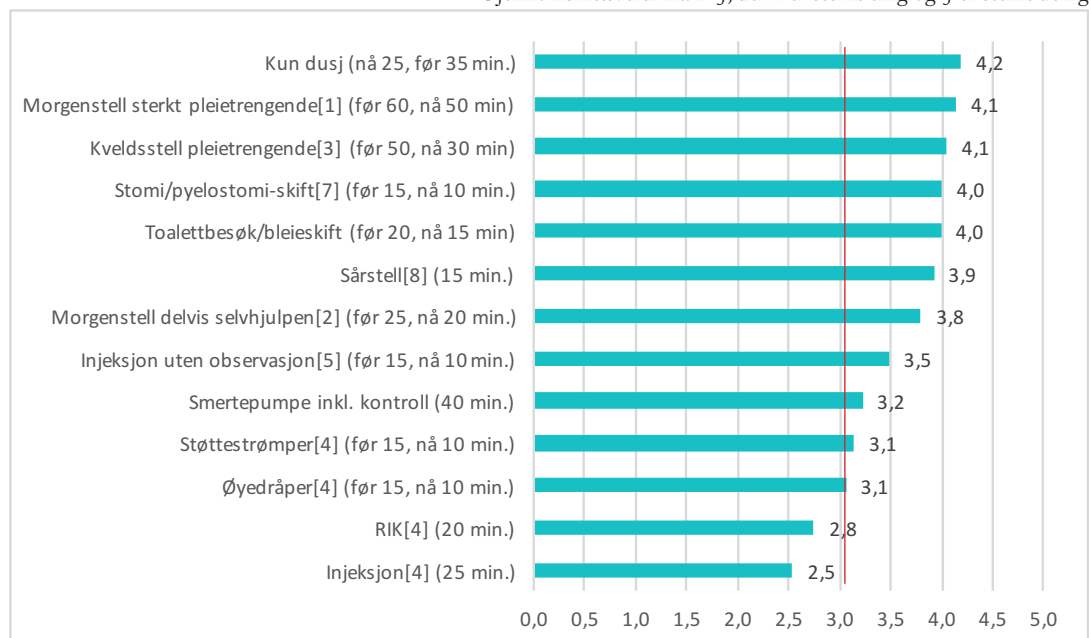
N= 392-404

TILBAKEMELDINGER PÅ DE ENKELTE NORMTIDENE

De som arbeidet i *hjemmesykepleien* og *forvaltningen* ble spurt om nåværende normtider har avsatt tilstrekkelig tid til

følgende oppgaver. De krysset av på en fem-delt Likert-skala der 1 var «sterkt enig», 2 «enig», 3 «verken enig eller uenig», 4 «uenig» og 5 «helt uenig». Verdien 3 uttrykker altså midtverdien «verken enig eller uenig». N=249-337.

Figur 1: Hjemmesykepleie: spørsmål om ansatte mener normtidene har avsatt tilstrekkelig tid til følgende oppgaver. Gjennomsnittsverdi fra 1-5, der 1 er sterkt enig og 5 er sterkt uenig



Dusj, morgen- og kveldsstell, stomistell, toalettbesøk/bleieskift og sårstell er de oppgavene som flest mente har for lav normtid. De mer «medisinske» og avgrensede oppgavene mente man i større grad har avsatt tilstrekkelig normtid.

Klammeparentesene i figuren viser til følgende forklarende tekst hentet fra Bergen kommunes normtidsdokument:

- [1] Ivaretagelse av all personlig hygiene. Sengetøyskift v/inkontinens. Hjelp til tillaging av frokost, medisiner o.likn.
- [2] Gjelder brukere som er delvis selvhjulpne, inkl. hjelp til frokost, medisin. etc.
- [3] Ivaretagelse av nødvendig personlig hygiene, legging og legemidler. Måltider kommer evt. i tillegg.

[4] Gjelder når dette er eneste oppgave, inngår ellers som del av stellet.

[5] Injeksjon uten behov for observasjon, eks. insulin, fragmin etc. Gjelder når dette er eneste oppgave, inngår ellers som del av stellet.

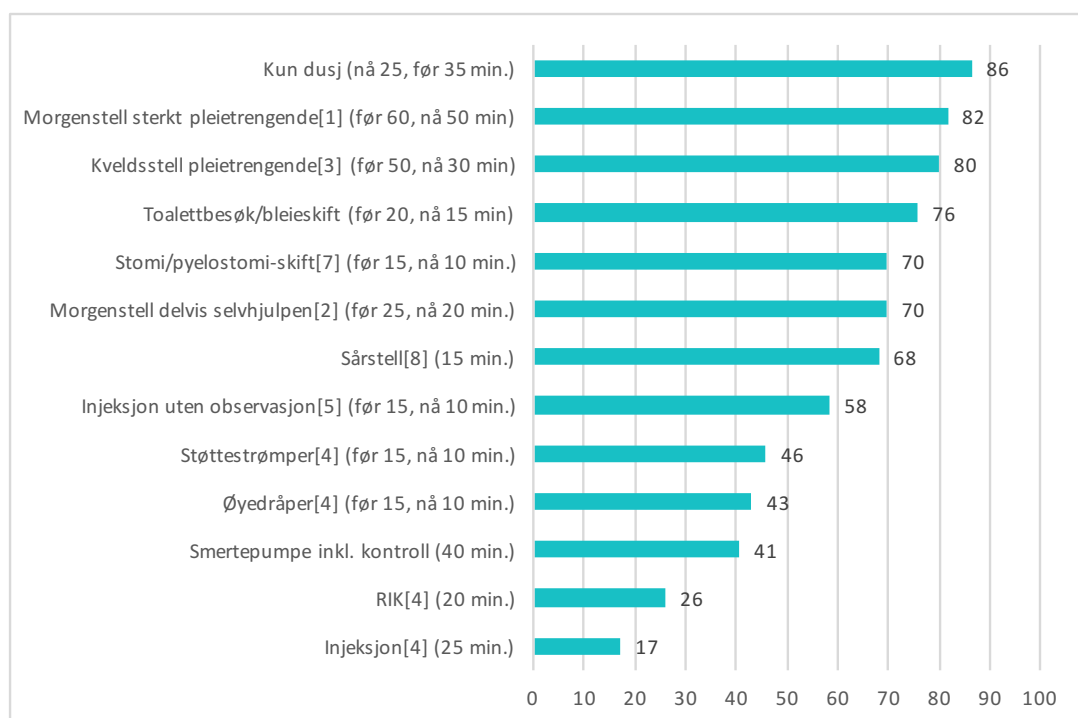
[6] Skifte helt inn m/ny stomiplate.

[7] Daglig skift av pose. Gjelder når dette er eneste oppgave, inngår ellers som del av stellet.

[8] 15-60 min. Stor variasjon. Vurderes individuelt.

Gjennomsnittstall fra 1-5 er ikke så umiddelbart forståelig som prosentandeler. Vi oppgir derfor i tillegg prosentandeler som var uenig og sterkt uenig i at det var avsatt tilstrekkelig tid til oppgavene.

Figur 2: Hjemmesykepleie: andeler som er uenig eller sterkt uenig om at det tilstrekkelig normtider til arbeidoppgaver.

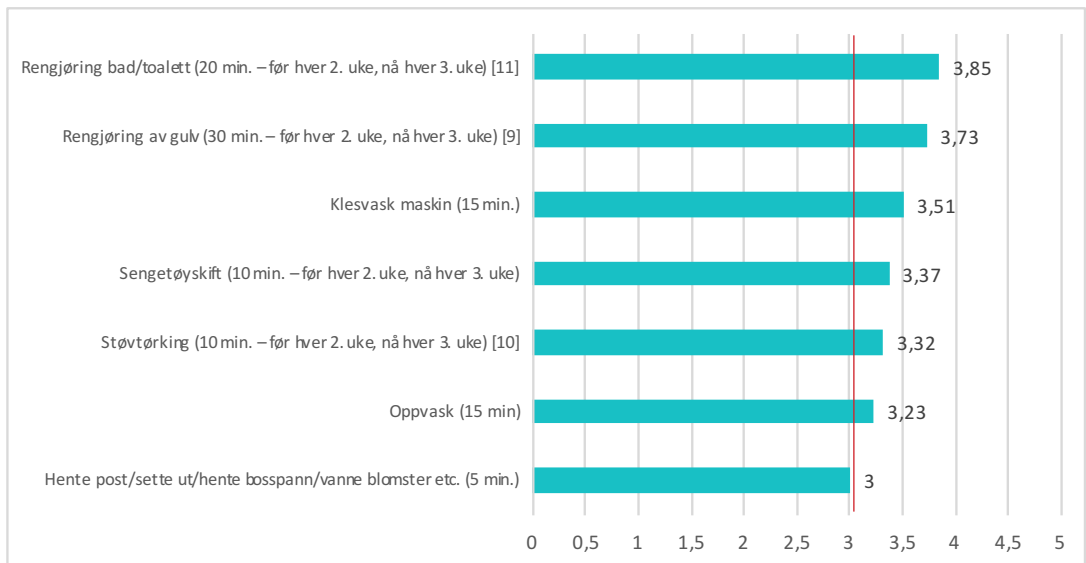


Vi ser det samme mønsteret her: det er primært pleieoppgavene som vurderes å ha for kort normtid, mens de mer «medisinske» og

avgrensede oppgavene vurderes i større grad å avsatt tilstrekkelig tid.

De som arbeidet i hjemmehjelpen og forvaltningen ble spurt om nåværende normtider har avsatt tilstrekkelig tid til følgende oppgaver.

Figur 3: Hjemmehjelp: spørsmål om ansatte mener normtidene har avsatt tilstrekkelig tid til bestemte oppgaver. Gjennomsnittsverdi fra 1-5, der 1 er sterkt enig og 5 er sterkt uenig. N=92-95.



Det er det yngste og mest omfattende oppgavene som de ansatte mener det er avsatt for liten tid til i normtidsdokumentet, som rengjøring av bad og gulv. Klammeparentesene i figuren viser til følgende forklarende tekst hentet fra Bergen kommunes normtidsdokument:

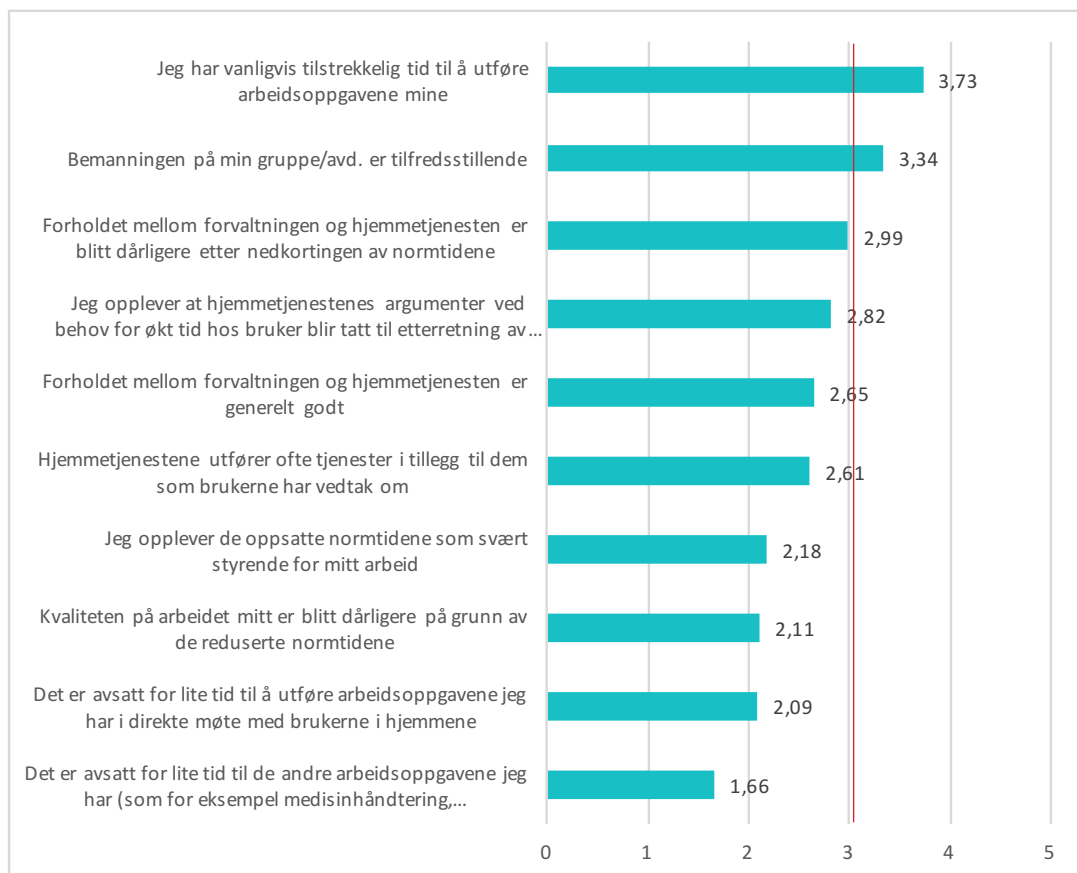
- [9] Avhenger av størrelse og møblering. Omfatter støvsuging av tepper som ikke kan tas ut, mopping av øvrig gulvareal uten flytting av tunge møbler, avtørking/vasking av gulvfliser. Hver 3. uke.
- [10] Gjelder avtørking av lett tilgjengelige flater, vinduspuster, bokhyller etc. Hver 3. uke.
- [11] Gjelder vask av servant, armatur og speil. Vask av badekar inkl. armatur og vegger som utsettes for sprut. Vask av dusjrom inkl.

armatur. Vask av toalett- skål – ring – utside, og vask av baderoms/toalettgulv. Hver 3. uke.

TILBAKEMELDINGER PÅ NÅVÆRENDE ARBEIDSSITUASJON

De ansatte besvarte flere spørsmål om *arbeidssituasjonen* generelt og konsekvensene av normtidsendringene spesielt. Også her ble det benyttet en fem-delt Likert-skala der 1 var «sterkt enig», 2 «enig», 3 «verken enig eller uenig», 4 «uenig» og 5 «helt uenig». Verdien 3 uttrykker midtverdien.

Figur 4: spørsmål om arbeidssituasjonen generelt og konsekvensene av normtidsendringene spesielt. Gjennomsnittsverdier fra 1-5, der 1 er sterkt enig og 5 er sterkt uenig.



N=340-404.

Dess høyere gjennomsnittstall i tabellen, dess mer uenig var respondentene med påstandene. De er særlig uenige i at vanligvis er tilstrekkelig tid til å utføre arbeidsoppgavene. Nederste del av tabellen viser at de er mest enige i at det er avsatt for lite tid til lite tid til å utføre arbeidsoppgavene i direkte møte med brukerne i hjemmene og aller mest enig i at det er avsatt for lite tid til de andre arbeidsoppgavene (som for eksempel medisinhandling, rapportskriving, møter, telefoner, transport etc.). Det er særlig ansatte i hjemmesykepleien som opplever for liten slik administrasjonstid. 92 % av dem var enige eller sterkt enige i at det er avsatt for lite tid «til de andre arbeidsoppgavene» de har

(medisinhandling, rapportskriving, møter, telefoner, transport etc.).

Med andre ord opplever de at det er for liten tid både til «ansiktstiden» med brukerne og administrasjons- og kjøretiden. Vi ser videre at de fleste mener kvaliteten på arbeidet er blitt dårligere på grunn av de reduserte normtidene og de fleste opplever normtidene som styrende i arbeidet. Likevel utfører mange ofte tjenester i tillegg til dem brukerne har vedtak om, særlig gjelder dette ansatte i hjemmesykepleien (58 %) og i mindre grad i hjemmehjelpen (30 %). Dette kan tyde på at hjemmehjelpsoppgavene er lettere å avgrense enn hjemmesykepleieoppgavene.

Verdiene i tabellen tyder på at forholdet mellom forvaltningen og hjemmetjenesten er rimelig godt forholdet og at forholdet jevnt over ikke er blitt dårligere etter nedkorting av normtidene, men bak disse gjennomsnittsverdiene skjuler det seg store ulikheter i oppfatning. Det må altså understrekes at det er gjennomsnittsverdier som kommer fram i denne figuren, og at det for noen av spørsmålene er betydelige forskjeller mellom respondentene. Vi skal nå se nærmere på samarbeidet mellom hjemmetjenestene og forvaltningen.

NÆRMERE OM SAMARBEIDET MELLOM HJEMMETJENESTENE OG FORVALTNINGEN

Hva skjer i kontakten mellom hjemmetjenestene og forvaltningens saksbehandlere

Tabell 9a, 9b og 9c: Enighet og uenighet knyttet til påstander om håndtering av avvik mellom avsatt og reell tid hos brukerne. Prosent.

Tabell 9a:

	Det gis umiddelbart beskjed om avviket ...				
	Enig	Verken enig eller uenig	Uenig	Totalt	N
Alle	53	20	26	100	386
Vanlig ansatte	52	21	28	100	308
Ledere	61	21	18	100	66
<i>Tjeneststeder:</i>					
Hjemmesykepleien	48	21	31	100	300
Hjemmehjelpen	80	11	10	100	74
Forvaltningen	25	50	25	100	12

Samlet viser tallene at om lag halvparten av de spurte var enige om at det umiddelbart beskjed om avviket, mens den andre halvparten er uenig eller verken er enig eller uenig. Tabellen viser imidlertid at det er forholdsvis store forskjeller mellom de ulike aktørene.

når den avsatte tiden på arbeidslisten ikke stemmer overens med den reelle tidsbruken hjemme hos brukeren (når det ikke er samsvar)? Det ble stilt tre spørsmål om dette. For å lette oversikten i tabellen er den fem-delte skalaen omgjort til en tre-delt, der verdiene sterkt enig og enig = enig, og uenig og sterkt uenig = uenig. Tabellen viser svarene for gruppene vanlig ansatte, ledere ansatte i leder/ikke lederstillinger tjenestetypene som var enige i påstandene:

- Det gis umiddelbart beskjed om avviket
- Meldinger om behov for endring blir som regel tatt til følge av forvaltningen
- Hvis endringer tas til følge, oppdateres ny tid på arbeidslistene umiddelbart

Hjemmehjelperne mente i størst grad at det gis umiddelbar tilbakemelding. 12 av de 25 i forvaltningen krysset av på at spørsmålet ikke var aktuelt for dem, men av de 12 som svarte var kun 25 % enige i utsagnet.

Det ble videre stilt spørsmål om slike endringsmeldinger blir tatt til følge av

forvaltningen. Tabell 9b viser svarene til de ulike samarbeidende aktørene.

Tabell 9b:

	Meldinger om behov for endring blir som regel tatt til følge av forvaltningen ...				
	Enig	Verken enig eller uenig	Uenig	Totalt	N
Alle	42	30	28	100	391
Vanlig ansatte	40	31	30	100	309
Ledere	59	22	19	100	69
<i>Tjenestesteder:</i>					
Hjemmesykepleien	39	30	30	100	300
Hjemmehjelpen	45	28	27	100	74
Forvaltningen	77	24	0	100	17

Det var noe ulik oppfatning mellom aktørene om hvorvidt meldinger om behov for endring som regel tatt blir til følge av forvaltningen. Forvaltningen er mest enig i dette, mens hjemmesykepleien og vanlig ansatte er i mindre grad enige.

For å sikre et effektivt samarbeid mellom bestiller og utfører, rett finansiering til i

hjemmetjenestenes resultatenheter og til enhver tid oppdaterte arbeidslister for utøverne er det vesentlig at endringer registreres raskt. Det ble derfor stilt spørsmål om endringene i innvilget tid umiddelbart blir oppdatert på arbeidslistene i hjemmetjenestene.

Tabell 9c:

	Hvis endringer tas til følge, oppdateres ny tid på arbeidslistene umiddelbart?				
	Enig	Verken enig eller uenig	Uenig	Totalt	N
Alle	51	22	27	100	385
Vanlig ansatte	47	24	30	100	307
Ledere	75	12	13	100	67
<i>Tjenestesteder:</i>					
Hjemmesykepleien	48	21	31	100	300
Hjemmehjelpen	64	20	16	100	74
Forvaltningen	55	46	0	100	11

Fem av ti i utvalget er enige i at endringer som blir innvilget blir oppdatert på arbeidslistene umiddelbart. Lederne er i større grad enn vanlig ansatte enige i dette.

FRIE KOMMENTARER OM NORMTIDENE OG ENDRINGENE

I vedlegg 2 vises svar på det åpne spørsmålet: «Til slutt vil vi be deg formulere med egne ord hvordan du opplever normtidene generelt, og endringene som ble gjort etter 1. desember 2015 spesielt (for eksempel om virkningene for brukerne, ansatte, faglig forsvarlighet etc.)».

De ansattes vurderinger på dette spørsmålet har vi oppsummert slik:

- Det har blitt mindre tid til observasjon, kartlegging, primærarbeid og oppfølging av brukere og ansatte. Det er også mer stress og press som fører til at det er lettere å glemme ting. Dette knyttes av de ansatte til spørsmålet om forsvarlighet og mange opplever at det nå er økt risiko for brudd på forsvarligheten.
- Normtidssystemet begrenser faglighet og faglig skjønn gjennom detaljerte og forhåndsdefinerte arbeidsoppgaver med tildelt tid til gjennomføring. Dette oppgis som å være demotiverende og i kombinasjon med mer stress, høyere tempo og større belastning nevnes det som årsak til (ønske om) å bytte jobb. Den begrensede muligheten til å kunne bruke sin faglighet knyttes også opp mot forsvarlighet.
- Den manglende samstemthet mellom ansiktstiden i normtidssystemet og tid de ansatte bruker på administrasjon og transport har forverret seg med endringen av normtidene. De ansatte har flere på arbeidslistene og får da mere tid de må bruke på

kjøring og rapportering. Dette har ført til at de rapporterer mindre, og med mindre eller manglende dokumentasjon blir det vanskeligere å få innvilget endringer i normtidene. Underrapportering forekommer også i forhold til avvik, også avvik i forhold til medisinerer. Dette ser ut til å være en 'spiral' som er vanskelig å gjøre noe med i det eksisterende system.

- Brukere gir tilbakemeldinger til de ansatte om at de ser at de er travle og at de nødvendig vil være til bry. De ønsker ikke å hefte pleierne og unnlater å stille spørsmål eller be om mer hjelp. De ansatte opplever at når de blir spurt om noe, det være seg fra pårørende eller brukere selv, så har de for dårlig tid til å følge det opp.

FOKUSGRUPPEINTERVJU MED ANSATTE I HJEMMESYKEPLEIEN, HJEMMEHJELPEN OG FORVALTNINGEN

HJEMMESYKEPLEIEN

Informantene i gruppen representerte både sykepleiere (4), helsefagarbeider (1), gruppeledere (2) og ulike soner i kommunen.

De opplevde alle at det hadde vært en sterk bevissthet, engasjement og motstand mot de nye normtidene da de ble introdusert. Det ble «rabalder» i gruppen, som en uttrykte det. Man følte at man allerede var sterkt presset på tid, og så kom denne nedkortingen i tillegg. De var innforstått med at det er knappe ressurser i hjemmesykepleien og det derfor må prioriteres tøft og kun til det som er helt nødvendige hjelpebehov.

KONSEKVENSER FOR BRUKERNE

De understrekte at tydelige pleiebehov og medisinsk hjelp prioriteres når det er begrensede kommunale ressurser. Men samtidig understreket de at brukerhjelpen må være omsorgsfull og persontilpasset. Dette siste mente de det er mindre og mindre rom for nå. Det ble poengtert at dette ikke bare var en følge av de nye normtidene, men at det har vært en utvikling over lengre tid. Tidspresset er generelt så stort nå at de føler de daglig tvinges over i en mer oppgaveorientert framfor en helhetlig og personorientert pleie til brukerne, ettersom det vanligvis kun er tid til å utføre det som står på listen. De hevdet at det vanligvis ikke blir tid til gjenopptrening og oppfølging av behov som er mer grunnleggende for helse og trivsel, som for eksempel ernæringsarbeid. Mange vokter seg dessuten vel for å stille åpne spørsmål om «hvordan har du sovet i dag» og «er det noe annet du trenger hjelp til», fordi de ikke har tid til å møte det som da kommer. De fortalte videre at brukerne har merket forskjeller, men at de fleste har tilpasset seg og godtatt at slik er det. De forstår at de ansatte har det veldig travelt. Gruppen var samstemt i at de nye endringene i normtidene har ført tjenesten i feil retning. Daglig føler de at de må unnskyldes seg overfor brukerne; at de kommer for seint, må gå videre allerede osv. Normtidene opplevdes «som veldig A4, mens brukerne ikke er det». De ulike oppgavene tar ulik tid hos ulike brukere. Normtiden til dusj er helt ok når pasienten har gjort alt klart på forhånd og sitter klar. Hvis han har glemt at han skal dusje, ikke ser behovet og ingen ting er gjort klart, kan det ta dobbelt så lang tid. Et annet eksempel som ble nevnt var det å gi øyendråper etter operasjoner. Dette er heller ikke det samme for hver pasient. 15 minutter er helt greit hvis alt er enkelt, men noen har kanskje tre forskjellige øyendråper, og man må vente 5-10 minutter mellom hver dråpe. Pasientbehovene er ulike, og kan i tillegg endre seg fra dag til dag og dette tar ikke normtidene

hensyn til. Normtidene er tilpasset det å hjelpe tilnærmet «friske» folk og ikke sårbare pasienter der uforutsette ting ofte skjer. Det ble trukket fram at etter samhandlingsreformen er pasientene i hjemmesykepleien i økende grad blitt skrøpelige og dette gjør at de kontinuerlig må foreta egne vurderinger. Norm- og standardpleie gir dårlig kvalitet på arbeidet, ble sagt.

KONSEKVENSER FOR DE TJENESTEN OG DE ANSATTE

Gruppen trakk fram at det ikke bare er den brukerrettede ansiktstiden som er under press. Mange på listen gjør at det blir mye dokumentasjons- og administrasjonstid, i tillegg til mer forflytningstid mellom brukerne. «Vi stjeler fra pasienttiden for å klare å komme oss gjennom dagens gjøremål», som en sykepleierne uttrykte det. De satt med en klar opplevelse av at tidspresset gradvis har økt de siste årene og dette har gitt kvalitativt dårligere tjenester. De mente at tidspresset får klare negative konsekvenser for deres mulighet for faglige observasjoner, gjenopptrening og annet persontilpasset oppfølging. Videre at tidspresset øker risikoen for å gjøre faglige feil. Flere i gruppen gav uttrykk for at tempoet nå er så høyt, både knyttet administrative og pasientrettede oppgaver, at dette skaper et for høyt stressnivå, men at et ellers godt arbeidsmiljø og gode kollegiale forhold holder dem oppe.

Samarbeidet med forvaltningen ble et viktig tema for gruppen. De opplevde at forvaltningen vanligvis fastsetter oppgavene og tiden på grunnlag av en ganske perifer kjennskap til søkerne, mest basert på skriftlig dokumentasjon, for eksempel fra sykehuset og ikke på grunnlag dypere kjennskap til pasienten i sitt hjemmemiljø. Dermed opplevde de at vedtakene ofte blir standardvedtak og normtider framfor persontilpassede. De opplevde videre at det er et avstandsforhold mellom dem og forvaltningen. De følte det

er tunge byråkratiske rutiner med omfattende dokumentasjonskrav for å eventuelt å få omgjort vedtak og tidsfastsettelsen og saksbehandlerne kan være vanskelig å få tak i. På den annen side opplevde de at de ble hørt når de argumenterte for endret tid. Problemet var at dokumentasjonskravet er så omfattende at de ofte ikke hadde tid for å prioritere dette kravet i en hektisk hverdag, slik at de og brukerne må leve med de fastsatte tidene. Noen tok til orde for en for en tettere relasjon for å skape et mer dynamisk forhold mellom hjemmesykepleien og forvaltningsoppgavene, for eksempel ved at saksbehandlerressurser plasseres i hjemmesykepleien, i stedet for i en egen enhet.

HJEMMEHJELPEN

Informantene i gruppen var to hjemmehjelpere og en soneleder for hjemmetjenesten.

Gruppen gav uttrykk for at endringene har primært har gått i to retninger: en nedgang i rengjøring fra hver andre til hver tredje uke, samt en oppdragsreduksjon hvor «vindusvask» og «vask oppgang/fellesarealer» ble redefinert som oppdrag bruker nå må bestille og betale. De var tydelige i sin tilbakemelding om at endring var klart merkbare i deres arbeidshverdager. Følgende konsekvenser ble fremhevet:

- De ansatte har jevnt over negative erfaringer med endringen, både arbeidsmiljømessig og faglig.
- Et hovedproblem er at endringen kun er delvis gjennomført og derfor gjør at tjenestene både kjører tjenester etter ny og gammel ordning parallelt, noe som gir utfordringer med henblikk på logistikk og arbeidslistene.
- Endringen i normtider har i seg selv vært uproblematisk for en del tjenestemottagere, samtidig som de svakeste brukergruppene, som

enlige eldre og pasienter med rus og psykiatri-problemer, blir skadelidende.

- Hygienerelatert oppdrag (bad/sengetøy) fremheves som tjenester som etter endringen har negative konsekvenser for den kvalitetsmessige standarden de ønsker å yte.
- Siste endring i normtidssystemet har aktualisert og forsterket noen uheldige sider ved normtidssystemet som sådan: det tar for lite hensyn til hensyn til kjøring og administrasjon) og for lite hensyn til forskjeller i faktiske forhold i husholdet (størrelse bad og andre rom og bruksmønstre).

KONSEKVENSER FOR HJEMMEHJELPSTJENESTENE

Ansatte forteller om en arbeidsdag som i snitt består av besøk hos minst 8-9 forskjellige brukere. Ved innføring av ny frekvens for tjenesteyting, fra 2.hver til 3.hver uke, oppgids det å ha blitt økte utfordringer med å få den daglige logistikken til å gå opp. I følge de ansatte skyldes dette i stor grad at endringen i normtidene er en påbegynt, men ikke slutført prosess. I oppstartsfasen, og frem mot sommer 2016, ble en rekke vedtak revurdert og mange brukere fikk endret sine tjenester til tredje hver uke. I følge fokusgruppen ble endringene gjeldende for så mye som 80 % i Fana bydel mens de estimerer at rundt 50 % av brukerne i de andre sonene har fått revurdert sitt tilbud i henhold til nye frekvenser. For hjemmetjenesten har dette medført økt logistisk kompleksitet med hensyn til å planlegge og praktisk gjennomføre besøk hos en samlet brukergruppe som både har individuelt tilpasset tjenestefrekvens, som fortsatt har frekvens etter gammel normtidsordning og som er vurdert etter ny ordning. Fokusgruppen formidlet at dette daglig har negative konsekvenser i form av mindre forutsigbare

arbeidslister for den enkelte ansatte, og økte utfordringer med at bruker opplever stor gjennomstrømning og variasjon i hvem som utfører tjenester i deres hjem. Dette er ifølge dem generert av ufullstendige administrative og forvaltningsmessige prosesser, ikke endringen i normtidene i seg selv. De mente at dersom endringen blir gjennomført til fulle (med hver tredje uke som hovedregel) så vil arbeidet med de daglige arbeidslistene og den totale logistikken bli enklere.

Ved sjeldnere besøk hos den enkelte bruker vil de ansatte i teorien få anledning til å besøke flere brukere. Informantene rapporterte at dette er en innsparing som imidlertid er vanskelig å realisere. Primært skyldes dette at normtiden (som viser til «ansiktstid» uten administrasjon og kjøring) ikke i tilstrekkelig grad tar høyde for faktisk medgått totaltid. Så selv om ny normtid kan gi færre oppdrag og tjenester hos den enkelte, og dermed åpne for at ansatte kan nå flere brukere i løpet av en dag, vil flere brukere resultere i mer kjøretid og mer administrasjon. Dette er faktorer som fokusgruppen er tydelige på at har fulgt normtidssystemet som en stor utfordring hele tiden.

En endring i normtid har dessuten medført økte administrative belastninger i overgangsfasen mellom ny og gammel ordning og økt tid til å skrive oppfølgende endringsmeldinger til forvaltningen. I følge fokusgruppen ble det ikke tatt hensyn til dette ved innføring av ny ordning. Gruppen etterlyste også en felles systematisk gjennomgang og revisjon av forholdet ansiktstid, kjøretid og administrasjon som kan gi mer realistiske og gjennomførbare arbeidsplaner for tjenesteutøverne.

Fokusgruppen hevdet at normtidssystemet har en svakhet i at tjenesteutmålingen er basert på at oppdragene (for eksempel klesvask 15 minutter) er forestilt utført ett og ett og av en ansatt. I realiteten jobber hjemmehjelpere ofte i team, og normtidene som er oppgitt

deles derfor på to (klesvask 7.5 minutter). Når en bruker har flere oppdrag som utføres av et team (for eksempel rengjøring gulv (30 minutter), rengjøring bad/toalett (20 minutter) og vask kjøkkenflater (10 minutter) vil teamet ha 30 minutter til rådighet for disse tre oppdragene. I følge fokusgruppen er den forventede «teamfordelen»; at to mennesker løser et antall oppdrag dobbelt så fort som en person, ikke realistisk.

De skiller videre mellom oppgaver som har «helt ok» og «realistisk» normtid, som gulvvask, støvsugning møbler. Andre oppgaver derimot, har over tid har hatt veldig knappe normtider, og at frekvensendringen har gjort oppdragene tyngre og mer omfattende å utføre. Dette gjelder særlig tjenester som støvtørring, vask av bad, oppvask, bytte av sengetøy og klesvask. Normtid for støvtørring og klesvask ble omtalt som «totalt urealistisk» og oppvask som «nesten umulig». For tjenester relatert til bytte av sengetøy og vask bad/toalett var gruppens vurdering at dette var på kanten eller over kanten av hva man burde tilby. Disse hygienerelaterte oppdragene var de som brukere oftest tok opp som problematiske under tjenesteutførelsen, og som de ansatte hadde store problemer med å forsvare. En sa det slik: «Hva slags hygiene blir det når du vaskes hver tredje uke og de må ligge i samme sengetøy i tre uker? Dette liker jeg minst, og hver dag bruker jeg mye tid for å prøve å forklare fortvilede brukere. Og de har jo rett, dette er ikke bra.»

Videre vises det til en svakhet i normtidssystemet som relaterer seg til det vi kan omtale som kontekstuelle faktorer, det vil si faktisk variasjon i størrelse og utstyr på for eksempel bad (noen bad har både bide, dobbel vask, dusj og badekar og fraviker derfor mye fra normert badestørrelse), seng (mange brukere har dobbeltseng mens normtid tar utgangspunkt i enkelt seng), husstandens sammensetning (en familie som roter over hele huset tar lengre tid en enslig

ryddig bruker). I intervjuet var det uenighet hvorvidt utfordringene ved de kontekstuelle faktorene skyldtes normtidssystemet eller ulik forvaltningspraksis. Gruppen var også splittet i synet på hvorvidt det er mulig å få utvidet vedtak på tid i knyttet til slike stedlige forskjeller, eller om slike endringer bare måtte begrunne seg i individuelle forhold og helsetilstand.

Videre kom det frem i fokusgruppeintervjuet at det er variasjon mellom tjenestesonene i hvor stor grad de har rutiner og praksis for å sende endringsmeldinger til forvaltningen ved behov for opp eller nedjustering av tjenesteomfang og frekvens. I en omtalt sone er det etablert praksis på at hjemmehjelperne skriver endringsmelding etter endt arbeidsdag (ved retur base). Ved en annen sone hevdes det at «det er vi dårlige på, det er ikke tid, vi gjør det alt for lite».

KONSEKVENSER FOR DE ANSATTE I HJEMMEHJELPSTJENESTEN

Gruppen var entydig på at endringen i normtider har medført økt belastning for deres ansatte. Ved overgang til praktisk bistand hver tredje uke blir skit, støv og smuss liggende lengre enn tidligere og er dermed vanskeligere å fjerne. Matrester, flekker, skitten oppvask er ofte vanskeligere å fjerne jo lengere de ligger og krever andre arbeidsprosesser for å bli løst tilfredsstillende. "Vi vasker ikke lengere, vi skrubber" sa en av de ansatte når hun skulle oppsummerte konsekvensene for de ansatte. Det blir også mer å rengjøre ved sjeldnere besøk.

De rapporterte at kombinasjonen av uendret normtid pr. besøk (like mange minutter), og med redusert frekvens, gir en arbeidshverdag med mer kjøring mellom flere brukere og mer fysisk krevende (mer skrubbing) og mer omfattende (mer bløtlegging, flekker på overflater som må behandles i flere omganger, etc.) arbeid. De oppgir å måtte løpe mer mellom brukere og mer stress. En av dem sa det slik:

«Det er det verste, den dårlige samvittigheten over å ikke få gjort arbeidet slik jeg vil. Dette ser jeg på kollegaene mine også. Det er som om vi alle starter dagen med høye skuldre og dårlig samvittighet». Sykefraværet er høyt og ifølge gruppen har endringen i normtider «i hvert fall ikke bidradd til at fraværet synker».

Gruppen sitter med det inntrykk at «forvaltningen har ikke lengre tid til hjemmebesøk», og i økende grad baserer sine vedtak på skriftlig informasjon fra søker, pårørende og sykehus. Dette opplever de som en negativ utvikling som skaper større avstand til hjemmetjenestene og som resulterer i flere standardvedtak og standardtidsutmåling som i etterkant må endres gjennom en ganske omstendelig dokumentasjon.

KONSEKVENSER FOR HJEMMEHJELPSBRUKERNE

Gruppen mente at endringen har hatt to samtidige effekter på brukerne. For de beste fungerende, gjerne med tilstedeværende pårørende og/eller god økonomi, så har endringene vært uproblematisk. Uproblematisk i den forstand at de erfarer at hjemmene ser fine og rene ut. De antar at bruker kompensere for endret tilbud fra det kommunale enten ved økt pårørendeinvolvering eller bruk av private løsninger. Gruppen viste til at det «i alle år» har vært vedtak på tjenester til personer hvor tjenesteutøver føler seg «mer som hushjelp enn hjemmehjelp». Det vil si at tjenesteutøvere har funnet det vanskelig å gjenkjenne brukers behov for hjelp enten fordi hjemmet allerede fremstod som rent og ordentlig eller at det var tydelig at bruker selv utførte gjøremålene. Endringen i normtiden, med påfølgende gjennomgang av vedtak, har dermed vært en anledning til å kvalitetssikre prioriteringer og tildelinger som er gjort tidligere.

Gruppen var samstemt i at det er de svakeste brukerne som merker endringene tydeligst. Enslige eldre uten pårørende og

gruppen med rus- og psykiatriutfordringer ble særlig nevnt. De rammes hardt da deres behov for hyppige hjemmetjenester i utgangspunktet er stort (mye skit), at redusert kommunal hjemmetjeneste ikke blir kompensert av pårørende eller bruker selv og at de ofte fremstår som svake advokater for egen sak. «Det er ikke disse som går til Forvaltningen og krever vedtak omgjort», som en sa det. De oppleves som lite informert og opptatt av egne rettigheter, og blir dermed svake forhandlere i relasjonen med tjenesteytere og forvaltning.

Fokusgruppen har en oppfatning av at forvaltning og tjenesteutøvere stort sett samarbeider godt for å sikre at føringer i normtidssystemet balanseres og justeres av brukers faktiske behov. «Så lenge vi argumenterer godt, så får brukerne de tjenestene de bør ha». De hevder at to av tre forvaltningskontor fungerer godt. Det ene kontoret ble opplevd som med en større rigiditet med hensyn til normtidene (vanskeligere å få gjennomslag for oppjusterte individuelt tilpassede tjenester).

Det kom også frem informasjon om parallelle endringer i bilparken hos hjemmetjenesten. I en sone har man gått fra 15 til 9 biler i løpet av den siste tiden. De hevder videre at to ansatte i team som drar ut i samme bil rammes av «usynlig tidsbruk» knyttet til transport, og da tappes systemet for ansiktstid da to ansatte bruker dobbelt så mye tid mellom bruker A og B som en ansatt hadde gjort.

FORVALTNINGEN

Fokusgruppeintervjuet inkluderte saksbehandlere fra alle de tre forvaltningskontorene i kommunen.

OM NORMTIDSSYSTEMET

Mange av deltakerne på intervjuet har selv tidligere jobbet i hjemmetjenesten i

kommunen. Det ble innledningsvis sagt at det «alltid» har eksistert en form for normtider, at de alltid har måttet regne ut tid i forhold til oppgaver, men at det tidligere ikke var satt system. Før bestiller-utførermodellen kom var det hjemmetjenesten selv som regnet ut og satte opp tidene, og gjorde mange av forvaltningens oppgaver. I forhold til dette siste ble det fra en av deltakerne kommentert «...litt som bukken og havresekken....». Det nye bestiller-utførersystemet gjør vedtakene og tidene mer formelle og fokuserte, ble det hevdet i gruppen. Det er behov for å sikre at alle i kommunen får like tjenester, at det er rettferdig, og normtidssystemet kan bidra til dette, mener de. Normtidssystemet regulerer og finansierer direkte brukerkontakt og inkluderer ikke kjøretid og administrasjon. Saksbehandlerne gav uttrykk for at de vet at dette frustrerer dem ute i tjenestene og at de mener dette burde vært inkludert i normtidssystemet. Saksbehandlerne mente at dette ikke bør være inkludert i selve normtidssystemet, men at man i tillegg burde ha et slags rammesystem der medgått tid til kjøring og administrasjon ble dokumentert og finansiert. I dag er normtidene priset per minutt mens det for administrasjonstid ikke på samme måte er synliggjort, men knyttet til en fastpris pr. bruker. De har inntrykk av at tiden til administrasjon på de ansattes arbeidslister er for knapp. Gruppen snakket også om at det finnes også noe (tjenester) som det burde være normtider på som er oppgaver de ansatte gjør ute i tjenestene. Ved ett av forvaltningskontorene hadde de snakket om slike problemstillinger og laget 'normtider' på det. Noen av normtidene kan være litt vanskelige å forstå seg på; «Hvorfor er det for eksempel forskjell på tid for morgenstell og kveldsstell?». Normtidssystemet blir av gruppen oppfattet som å på en måte stå i et spenningsforhold til faglig integritet og skjønn, selv om det også er lagt opp til at tidene er veiledende. Saksbehandlerne hadde forståelse

for de ansatte sin oppfatning om at det i det daglige gis lite rom for fleksibilitet når noe uforutsigbart skjer eller om det noen ganger tar lengre tid å utføre samme arbeidsoppgave.

ARBEIDSHVERDAGEN MED NORMTIDSSYSTEMET

Forvaltningsenheten foretar vedtak om tildeling av tid/ tjenester til brukere og håndterer kontinuerlig, og raskt, søknader fra hjemmetjenesten ang endringer av normtider hos brukere (de kaller dette 'huskeliste' som de alltid behandler så raskt som mulig). For å kunne gjøre endringer i normtider trenger forvaltningen dokumentasjon, noe de opplever som litt vanskelig å alltid få av hjemmetjenesten. Rapporter er veldig viktig for forvaltningsenheten, dokumentasjon, fordi dette utgjør et viktig grunnlag for deres vedtak. De understreker også at de ofte fatter vedtak og innvilger endringer i normtider og understreket at det er et fleksibelt system. Forvaltningskontoret er forventet fra sin ledelse «å ha kontroll på tallene». «Vi bruker mye tid på å kontrollere tallene, finansieringen, og rapporterer på dette en gang i måneden. altså på å kontrollere om de innvilgede summer er i samsvar med planlagt tid ... snittet skal se fint ut ... snittet må se fint ut». Forvaltningskontorene er også ute på besøk hos (nye) brukere for å snakke med de om tjenestene og vedtakene de har fått. Dette, det å gå på besøk, er ikke alltid de får tid til og da blir det særs viktig med dokumentasjon de får fra hjemmetjenesten. Deltakerne i intervjuet uttrykker alle at de synes det er viktig at de som jobber ute i tjenesten vet og reflekterer over at det ikke er de som har laget normtidssystemet, men at det er de som praktiserer det på vegne av vedtak fra ledelsen. Forvaltningskontorene var ikke med når normtidene ble endret, de fikk bare de nye normtidene presentert og antar at endringene ble gjort på etatsnivå.

ENDRINGER I NORMTIDER OG EFFEKTER FOR BRUKERE AV TJENESTENE

Forvaltningen, ved to av tre kontor, har opplevd større pågang fra brukere som klager på vedtak. De får også telefoner fra pårørende der den typiske tilbakemeldingen er at «Mor opplever at sykepleierne har det så travelt». Dette knyttes ikke direkte til endringen av normtidene, men hvordan brukerne opplever de ansatte. Saksbehandlerne tror det blir mer arbeid for de pårørende. «For de rikeste i befolkningen så kan det sikkert være en løsning å kjøpe private hjemmehjelpstjenester, i noen tilfeller kan dette til og med være billigere enn våre tjenester».

ENDRINGER I NORMTIDER OG EFFEKTER FOR ANSATTE I TJENESTENE

Forvaltningsenhetene har opplevd at arbeidshverdagen for hjemmetjenesten er blitt er travel etter endringene i normtidene. Det kommer flere spørsmål om, og tilbakemeldinger på, justeringene av normtidene og det kommer oftere søknader og utvidede normtider samt nye søknader om nye tjenester. Forvaltningen uttrykte at de i hjemmehjelpen har gjort vedtak for brukere som avviker fra hver 3 uke. De ansatte i hjemmehjelpen opplever at hjemmene er skitnere og at de må jobbe tyngre nå etter endringen. De sier at dette er tydeligst der brukerne ikke har pårørende som kan komme å hjelpe. Ett av forvaltningskontorene sier at de har opplevd å få mange henvendelser om økt tid og frekvens for hjemmehjelp den siste tiden, mens de andre kontorene ikke har merket en slik økning. De reflekterte litt sammen over dette, at det her er forskjell, og mente at det kan ha sammenheng med hva de har signalisert ut i forhold til hva de vil ha av dokumentasjon for å kunne vedta nye tider og frekvens.

Videre, forvaltningen vet at endringen av normtidene har ført til at de ansatte nå har flere brukere på sine arbeidslister. «De som går

ute i tjenestene har det travelt, vi merker det på for eksempel mindre rapportering nå – de har ikke like god tid til det».

OPPSUMMERING

Saksbehandlerne mente at forvaltningsenheten bidrar til likebehandling. De opplevde at hjemmetjenestene har fått det mer travelt etter endringene og at de har mindre tid til faglige observasjoner. Videre har de inntrykk av at nedkortingene også har gitt større press på kjøre- og administrasjonstiden og at denne bør synliggjøres bedre i finansieringssystemet. To av tre kontorer har opplevd flere henvendelser fra pårørende uttrykker misnøye.

FELLES FOKUSGRUPPE MED HJEMMESYKEPLEIEN, HJEMMEHJELPEN OG FORVALTNINGEN

Tilstede var sju saksbehandlere fra forvaltningskontorene, sju ansatte fra hjemmesykepleien og tre ansatte fra hjemmehjelpen.

NORMTIDSSYSTEMET, TID TIL TRANSPORT OG ADMINISTRASJON OG ENDRING AV TIDENE

Det fremkom at mange i hjemmetjenestene ser på normtidene som et problem, tidene er for knappe, og det blir da merarbeid med å melde inn endringer i tider til forvaltningen. Det er mye administrativt arbeid ute i tjenestene ettersom det er mye som pålegges og kreves av dokumentasjon. «Det er også mange småpraktiske ting vi må ta for oss i løpet av dagen som ingen andre gjør og som det ikke kan føres tid på». En forteller at alle på hennes arbeidsplass opplevde stor endring i arbeidet etter innføring av de nye normtidene. Det ble mindre tid og flere brukere på arbeidslistene. Dette har forsterket problemet med å nok tid til nødvendig administrasjon og transport mellom brukerne. Arbeidslistene er nå for tettpakket. Det settes gjerne opp mellom 4

½ -5 timer på arbeidslistene og to timer til administrasjon og transport. «Om vi har fire timer med oppdrag på arbeidslisten og ikke har lagt til kjøring så sier det seg selv at dette ikke lar seg gjennomføre». Transport har aldri vært inne i normtidssystemet. Dette har de som jobber ute i tjenestene alltid opplevd som et problem. «Folk ser arbeidslistene sine og lurer på hvordan de skal komme seg gjennom dagen».

Ideen bak normtidssystemet er at alle brukere skal behandles likt, fordele ressursene likt, slik at sonene og gruppene skal være sammenlignbare og at kommunen skal ha kontroll med kostnadene. Det var forståelse for denne målsettingen fra alle partene i fokusgruppeintervjuet. Likevel mente de at systemet slik det nå fungerer ikke optimalt og har sine bivirkninger. «Nå er tidene blitt en slags fasit og vi bruker mye tid på dette». Det oppleves som at normtidssystemet har blitt for rigid, og tar for mye tid, både for dem ute i tjenestene og dem i forvaltningen. Partene var enige om at det trengs en norm, men denne bør ikke være så detaljert. Det er blitt veldig mye fokus på disse normtidene og det sies å ha skapt en slags negativ energi. Videre påpekes det av alle at dette er noe de må være lojale til, selv om det gir merarbeid. De tror systemet nå primært handler om at administrativ og politisk ledelse ser systemet som en måte å ha en viss kostnadskontroll på. Det ble kort nevnt andre modeller og systemer, og kommuner i Danmark blir trukket frem som et eksempel der de har etablert en enklere kategorisering av brukerne (i nivåer fra A-D) med påfølgende finansiering.

ENDRINGER I NORMTIDER OG EFFEKTER FOR BRUKERE AV TJENESTENE

Ansatte i hjemmetjenestene er tydelige på at de har fått en mer stressende arbeidsdag som virker negativt inn på brukerne. «Vi får belastningsskader og får for lite tid til å ta i bruk hjelpemidler. Vi har for liten tid og tiden er skeivt fordelt». Dette, skjevfordelingen av tid, oppleves

ekstra etter endringen av normtidene. Høyt tempo gjør at det blir lettere å glemme ting. Det er ikke fellesrapport lengre, det er opp til den enkelte å gå gjennom rapporten på hver pasient på mobil omsorg. Før mobil omsorg hadde de gjerne et morgenmøte og beskjeder og lister ble tatt ut på papir. Nå er alt ut fra mobil omsorg, men det tekniske fungerer ikke optimalt ennå. Kvaliteten på tjenestene risikerer å bli dårligere fordi en ikke får oppdatert seg på rapportene på sine brukere. Flere uttrykte at det var bedre med en felles rapport/briefing slik de hadde før, selv om de også ser noen fordeler med mobil omsorg hvis tilgjengelig og det tekniske fungerer.

De opplever at brukere reagerer på nedkorting av normtidene. *«Det går ut over kvaliteten på det vi kan levere, og vi har det mer stressende. Brukerne reagerer også på dette, de får for eksempel bare skiftet på sengene hver tredje uke»*. Noen av dem sa at de hver dag må forberede en «forsvarstale» og beklage på vegne av Bergen Kommune. Her ble det litt diskusjon mellom forvaltningen og ansatte i hjemmetjenestene. Det fremkom gjennom diskusjonen at klager og tilbakemeldinger gjerne blir fremsatt på ulike måter til de som er ute i hjemmetjenestene sammenlignet med de som sitter på kontoret i forvaltningen. De ansatte ute i hjemmetjenestene blir kjent med brukerne på en annen måte, de har en nære relasjon, og må 'stå til rette' i det daglige, mens brukerne synes å ha et mer formelt avstandsforhold til saksbehandlerne i forvaltningen. Dette kan forme måten brukerne henvender seg på til de ulike kategorier av ansatte, samt måten de ansatte opplever tilbakemeldingene fra brukerne. Det ble videre påpekt at den eldre generasjon i dag er en generasjon som ikke klager så mye, at de er vant med å klare seg selv, og at de til saksbehandlerne er lojale og akseptere det de får. Det nevnes at brukere som er bemidlet og har god økonomi gjerne kan si opp kommunen sine tjenester og skaffe seg private tjenester, men de som ikke har

anledning til dette må akseptere de tjenestene de får av kommunen.

ENDRINGER I NORMTIDER OG EFFEKTER FOR ANSATTE I TJENESTENE

Det ble gjentatt at observasjoner av endringer i pasienters helsetilstand kan bli skadelidende når normtidene går er gått ned. Det ble trukket fram at det ligger i profesjonskunnskapen at faglige observasjon er et viktig element i jobben. Gjennom observasjon kan det også legges til rette for forebyggende tiltak. *«Vi ser at det er ulike ting som burde blitt tatt tak i, men vi opplever at vi må kutte i svingene og det er ikke tilfredsstillende»*. Saksbehandlerne fortalte at det finnes en slik type bestilling av tid, altså tid til mer observasjon, trening og hjelp til selvhjelp, men behovet for bruker må tydelig dokumenteres.

Flere i hjemmetjenestene opplever at tider stadig bør endres og at dette indikerer at mange av normtidene er for lave. Om de hadde vært høyere så hadde de ute sluppet å stadig søke om endringer. En av de ansatte opplever at systemet med normtider er basert på mistillit heller enn tillit til at hun kan løse oppgavene på den måten hun som fagperson vurderer som best i de enkelte situasjonene. Etter de nye normtidene oppleves det som om at de ansatte ute i tjenestene i større grad enn før må faglig begrunne hvorfor de trenger mer tid. *«Vi melder oftere inn behov for mere tid nå»*. Men i en travlere hverdag blir det vanskeligere å få tid til å dokumentere, sies det. Det har blitt vanskeligere å rekke å oppdatere IPLOS, samt løpende rapportering. De ute i tjenestene opplever at dokumentasjonen for å få innvilget endret tid må være mer detaljerte nå enn før. Forvaltningen har opplevd at det etter endringen i normtidene er blitt noe mindre dokumentasjon fra hjemmetjenestene og det hender de må be om mer dokumentasjon og begrunnelse endringene. Forvaltningen understreker at dette med solid dokumentasjon er påkrevd og knyttes til faglighet og kvalitet

i tjenestene. Til tross for disse utfordringene ble det understreket at det normalt er et godt samarbeid mellom forvaltningen og hjemmetjenestene.

OPPSUMMERING

Alle i fokusgruppen gav uttrykk for at systemet er for rigid og detaljfokusert og de ønsker seg et mer fleksibelt system som tydeligere verdsetter fagligheten til de ansatte i hjemmetjenestene. Samarbeidet mellom forvaltningskontorene og de ute i tjenestene beskrives som stort sett som godt, men normtidene med påfølgende dokumentasjonsbehov skaper merarbeid og oppgavefokus framfor person- og helhetsfokus. Hjemmetjenestene opplever et større arbeidspress og stress etter endringene i normtidene.

FOKUSGRUPPEINTERVJU MED HOVEDTILLITSVALGT FOR HELSE OG OMSORG I FAGFORBUNDET, DELTA OG NORSK SYKEPLEIERFORBUND

NORMTIDSSYSTEMET OG PROSESSEN MED Å ENDRE DET

De tillitsvalgte opplevde å ikke ha blitt tatt med på råd i forhold til implementeringen av endringene normtidssystemet i hjemmetjenesten. De fortalte historien om at endring av normtidene ble vedtatt av det forrige bystyret i juni 2015, som en del av en økonomirapport og som et sparetiltak på grunn av negative økonomiske prognoser. De hadde dessuten blitt varslet om dette som et mulig sparetiltak vel ½ år tidligere (november 2014), men dette var ikke drøftet med arbeidstakerorganisasjonene. Deretter skjedde det ikke noe mer før etter valget 2015. Drøftingsmøtet som var datert før valget ble flyttet til ettervalget. De antok at det nye byrådet ville legge saken på is, men fikk informasjon fra

byråd Rebekka Ljosland om at de ikke kunne det, da det var et enstemmig bystyrevedtak. De tre arbeidstakerorganisasjonene meldte i fellesskap om brudd på Hovedavtalen på grunn av at de ikke var fikk medvirke på disse forholdene som de antok ville få store følger for bemanning og arbeidsforhold for de ansatte. De nye normtidene ble ansett som et sparetiltak som skulle skape overtallighet og redusert bemanning. Til tross for meldingen om brudd på Hovedavtalen har ikke de tillitsvalgte opplevd en konkrete prosessen med å endre normtidene og planlegge implementeringen som god. De har fått informasjon, men mener å ikke ha hatt en reell påvirkningsmulighet. De fikk videre tilbakemeldinger mange gruppeledere var overrasket, og at dette ville medføre mye ekstraarbeid i implementeringsfasen i etterkant av 1. desember 2015.

De enhetene som var «flinke» med å nedkorte tidene innen fristen, fikk redusert sine ressurser fra februar 2016. De hadde fremdeles den samme bemanningen og de samme utgiftene, men som følge av at normtidene ble redusert, ble inntektene også redusert. De enhetene som var trege med å gjøre denne ekstrajobben fikk bedre økonomi. Gjennom et drøftingsmøte fikk tillitsvalgte gjennomslag for at prosessen måtte få lengre tid, og en økonomisk kompensasjon i en overgangsperiode, ettersom nedbemanning tar tid. Implementeringsfasen fram til mars 2016 opplevdes som en kaotisk periode, med ekstra stor arbeidsmengde. Ikke minst fikk demensarbeidslagene mye arbeid med å få opp tidene igjen, til slik det var før endringen. De trakk fram at overfor personer med demens, bruker en ofte mye tid for å overtale dem til å for eksempel å dusje, og en må bruke lengre tid hos dem. Det som er positivt er at når hjemmetjenesten har dokumentert at det trengs mer tid, så har de fått den tilbake, selv om det også har vært en del konflikter med

forvaltningen som har måttet løftes opp på etatsnivå.

Tillitsvalgte trakk videre fram at det lenge har eksistert et normtidssystem i form av måling av tid for arbeidsoppgaver i hjemmetjenesten og indikerer oppstartsåret til 2006, da det ble innført en bestillerutførermodell og aktivitetsbasert finansiering i hjemmetjenesten. De tillitsvalgte var i utgangspunktet positive til kartleggingen av arbeidsoppgaver som da fant sted, og tenkte at dette ville tydeliggjøre de ansatte sine oppgaver for ledelse og forvaltning.

Men, detaljregulering av arbeidshverdagen kom imidlertid ifølge dem sammen med normtidssystemet. For å lage til normtidene måtte noen av de ansatte gå med stoppeklokke på jobb for å ta tiden på de ulike oppgavene. Da ble det rabalder. Normtidene inkluderer kun det som kan defineres som rene pleie- og medisinske oppgaver, mens sosiale eller omsorgsoppgaver, ifølge dem, faller utenfor. Noen tillitsvalgte var skeptiske til at det er forvaltningskontoret som har vedtaksmyndighet til å fordele tjenester og fastsette tid til utførelse av oppgaver, og mente at et slikt ansvar burde ligge hos de faglig ansatte i hjemmetjenestene. Representanten fra Fagforbundet mente at legene bør ha større innflytelse.

De tillitsvalgte trakk videre fram at selv om normtidene er veiledende og at det er mulig å få tildelt mer tid til oppgavene, så er dette en byråkratisk og tidkrevende prosess med omfattende dokumentasjonskrav. De mente at dokumentasjonskravene og detaljorienteringen «har tatt helt av». Normtidssystemet er et hjelpemiddel for forvaltningen og ledelsene.

ARBEIDSHVERDAGEN I NORMTIDSSYSTEMET

Tillitsvalgte trakk fram at arbeidshverdagen for mange ansatte gjerne skal bestå av ca. 60% pasienttid og 40% administrasjon, men at

tiden til begge disse sidene er sterkt presset. Tidspresset gjør at det kan gå fem timer før ansatte kan ta lunchpause. Det er blitt tatt i bruk Mobil Omsorg som elektronisk verktøy som skulle effektivisere arbeidshverdagen, men de får tilbakemeldinger om at systemet så langt har hatt dekningsproblemer, innloggingsproblemer og andre tekniske vansker som har skapt frustrasjon og tidstap, og at man da må tilbake på stasjonær pc for å dokumentere og rapportere i fagsystemene der.

De ansatte er ifølge tillitsvalgte ikke nøye med å melde overtid, og har heller ikke noe rapporteringssystem for dette. De har Lifecare - min arbeidsplan, men her skal gruppeleder begrunne overtiden og dette systemet fungerer ikke så godt. Videre så skorter det også på det å melde inn avvik. Det eksisterer en del uklarheter rundt hva et avvik er, og de har hørt om eksempler at gruppeleder stryker ut avvik meldt av ansatte. Det oppfattes å være en slags kultur rundt dette, der den rådende holdningen er «De ansatte skal ikke misbruke avvikene».

Det er også ett problem med sykefravær, og at det i grunnbemanningen ikke er tatt høyde for at det som oftest vil være noe fravær i forhold til å planlegge arbeidet for dagen. Når noen i gruppen er syke så er det andre som får flere arbeidsoppgaver på sin liste. De savnet et system som inkluderer denne problemstillingen.

Flere av normtidene er ikke problematiske i seg selv, mens andre er det, som for eksempel at det gis o tid til å gi ut medisiner fra multidose og manglende normtid på uttrykking på alarmer. Normtidssystemet inkluderer imidlertid bare tid (og penger) til de direkte brukerretnede oppgavene, og ikke til kjøring mellom pasienter og administrasjon. Det største problemet med finansieringssystemet knyttet til normtider er at så mange andre «typer» av gjøremål i den faktiske arbeidshverdagen ikke er inkludert. Manglende synliggjøring og finansiering av disse «andre oppgavene» bidrar til en vanskelig

arbeidshverdag preget av stress; både mentalt stress og stress i forhold til å komme seg rundt og rekke alle oppgavene.

Tillitsvalgte holdning var at man ikke kan se normtidene løsrevet fra alle de andre oppgavene som ikke kan tidfestes eller dokumenteres på samme måte. Eksempler på slike oppgaver er kjøring til og fra pasient, kontakt pårørende, lege, apotek, hjelpemiddelsentral etc., skrive rapport, bestille medisiner og resepter, lage i stand arbeidslister til neste dag, personalmøter, andre fagmøter, internundervisning, fellesrapporter, dekkskift, kjøre bil på verksted, gjøre i stand utstyr en skal ha med til pasient (sårutstyr, skotrekk, dusjforkle, smitteutstyr, dosetter) etc. Det er altså mange oppgaver som tar tid i en arbeidsdag utenom vedtakstimene. De mente at tiden til slike indirekte oppgaver ikke er godt nok finansiert i dagens modell. Når en da strammer inn normtidene, så blir presset på den indirekte tiden større, men en må fortsatt bruke tid på dette. Det å bruke mindre tid på de indirekte andre oppgavene, forringer kvalitet, skaper ekstraarbeid og medfører økt tidspress for de ansatte. Etter nye normtider ble det et enda større tidspress på de ansatte. Tillitsvalgte får tilbakemeldinger på at dette har vært en viktig årsak til at enkeltpersoner har sluttet.

FORSLAG TIL ENDRINGER AV SYSTEM

De tillitsvalgte ønsket, og har foreslått, at dagens detaljerte normtidssystem avskaffes eller endres. De har vært i dialoger med ledere i hjemmetjenesten om dette og oppfatter at de er åpne for å vurdere andre systemer og modeller. De viser blant annet til forskjellen mellom vedtaksmodellen i hjemmesykepleien og rammeøkonomien i tjenester for psykisk utviklingshemmede i Bergen kommune, og til en type tillitsmodell som er prøvd ut i København og Oslo. En slik modell må blant annet synliggjøre nødvendig transport, faglig dokumentasjon og administrasjon.

De tillitsvalgte mente at det er viktig å ha en modell, eller et system, som skaper rom og gir større mulighet for faglighet og faglig skjønn. Normtidssystemet utfordrer de ansatte sin faglighet og innskrenker deres rom for egne faglige vurderinger fordi de langt på vei er bundet av oppsatte tider og fordi de må begrunne deres vurderinger om endringer til forvaltningskontoret. Normtidssystemet begrenser også en av de ansatte sine viktigste oppgaver, nemlig det å observere tilstander og situasjoner i sin bredde, og ikke bare avgrensede oppgaver.

En annen fare med normtidssystemet som ble trukket fram var at omdømmet til hjemmetjenesten (som arbeidsplass) kan bli skadelidende. Før var arbeid i hjemmetjenesten sett på som variert og fleksibelt, mens det i økende grad er preget av stress og tidsnød. Før var det sykehjemmene som slet med høy turnover, sykefravær og rekrutteringsproblemer, nå er dette like stort i hjemmetjenesten. Mange har sluttet og når det utlyses ledige stillinger ser en at antall kvalifiserte søkere går ned til tross for Bergen er en by med flere store utdanningsinstitusjoner innenfor helsefagene. Det er ikke lenger like attraktivt å jobbe i hjemmetjenesten, det virker som at folk synes det er tryggere å jobbe ved sykehjem.

ENDRINGER I NORMTIDER OG KONSEKVENSER FOR BRUKERE AV TJENESTENE

Tillitsvalgte får tilbakemeldinger om at ansatte nå får flere brukere på sin arbeidsliste fordi tidene hos den enkelte bruker er redusert. Arbeidslistene er «smekkefulle» av vedtakstid og «ansiktstid», og tillitsvalgte har hørt om enkeltansatte som har hatt opptil 8 -9 timer oppsatt tid på sin liste på en arbeidsdag. Ansatte må korte ned oppsatt tid hos noen brukere for å komme gjennom listen. Dette fører til at «blikket» innsnevres og den mer helhetlige observasjonen og det å håndtere

uforutsette ting blir skadelidende. Mindre tid til observasjon er kritisk fordi det er gjennom dette en kan oppdage endring i brukerens helsetilstand og sette i verk forebyggende tiltak. Kortere tid fører dessuten til at de ansatte får mindre anledning til å stimulere til brukermedvirkning og selvhjulpenhet, fordi det går fortere for eksempel å smøre på brødski-vene selv enn å la fru Hansen få trene på å meste dette der det er mulig og ønskelig fra brukerens side. Brukermedvirkning og empowerment som ideal blir derfor utfordret ifølge tillitsvalgte.

De tillitsvalgte opplever likevel at de ansatte tilstreber og strekker seg langt for at brukerne skal få den samme hjelpen som før. De tror at erfarne ansatte nok klarer endringene bedre enn uerfarne og vikarer som ikke har samme rutine og ikke kjenner brukerne så godt. Men, de tror oppgavefokuseringen bidrar til at ansatte blir fokusert på det de ifølge listene skal utføre, og mindre på det å se brukerne som hele mennesker med skiftende behov. De har inntrykk av at mange ansatte likevel gjør oppgaver det ikke følger penger med uansett, fordi det ligger i deres profesjon og moral. De demmer på en måte opp, eller kompenserer, for oppgaver som må gjøres hos bruker, men som de ikke får betalt for. De har hatt saker oppe der ansatte har fått refs fra gruppeleder fordi de har gjort oppgaver som ikke stod på arbeidslisten.

ENDRINGER I NORMTIDER OG KONSEKVENSER FOR ANSATTE I TJENESTENE

De tillitsvalgte rapporterte om at de nå ser en generelt mer hektisk arbeidshverdag i hjemmetjenesten. I større grad ser de ansatte som erfarer oppgaver som burde vært gjort, men som ikke blir gjort på grunn av begrenset tid. Dette fører til dårlig samvittighet og mentalt stress fordi de kjenner på at de ikke får gjort jobben sin så grundig som de ønsker. De har inntrykk av at en god del av sykemeldingene

skyldes et slikt mentalt stress. I motsetning til mange andre typer av arbeidshverdager så er arbeidshverdagen i hjemmetjenesten preget av uforutsigbarhet. Det kan oppstå nye eller endrede behov hos brukere fra en dag til en annen og dette er ifølge dem lite kompatibelt med normtidssystemet.

Arbeidsmiljøet blir også påvirket fordi ansatte får mindre eller færre treffpunkter. Selv om folk trives, mener de å høre om mer frustrasjon nå. For hjemmehjelperne innebærer for eksempel endringen at man har gått fra å rengjøre gulv hver annen uke til hver tredje uke. Dette gjør at det er mer å ta hver gang enn før, og hjemmesykepleierne opplever at hjemmene er mer rotete og skitne, og at de selv må hjelpe brukerne og ta noen av oppgavene til hjemmehjelperne, for eksempel kjøkkenoppvasken.

OPPSUMMERING

Oppsummert mente tillitsvalgte at de største utfordringene knyttet til normtidene og endringene dreier seg om:

1. At nedskjæringen i normtider primært går ut over de ansatte, og at brukerne til en viss grad skjermes ved at ansatte forsøker å kompensere for nedskjæringene.
2. Detaljstyringen av arbeidet som utfordrer de ansatte sin faglighet og helhetsorientering.
3. Det sterke kravet til dokumentasjon og byråkrati som følger av systemet.
4. Den dårlige sammenhengen mellom finansiert vedtakstid/ansiktstid og den reelle tiden de ansatte trenger til transport og administrasjon.
5. At det store arbeidspresset, i kombinasjon med mindre rom for faglig selvstendighet gjør at hjemmetjenesten begynner å få et

rykte på seg for å være et «kjipt» sted å jobbe og at dette er problematisk med tanke på rekruttering.

sykefraværstatistikken for Byrådsavdelingen for Helse og Omsorg (BHO) og statistikk for turnover.

SYKEFRAVÆR OG TURNOVER BLANT ANSATTE

Av tallmessig målbare forhold knyttet til konsekvenser for ansatte har vi studert

SYKEFRAVÆR:

Tabell 10: Sykefravær i BHO totalt, 2013-2016.

fravær/nærvær - prosentvis fordeling pr år - BHO total				
	2013	2014	2015	2016
Fravær pr. år	10,2%	10,8%	10,9%	10,7%
Nærvær pr. år	89,8%	89,2%	89,1%	89,3%

Kilde: Bergen kommune

Tabell 11: Sykefravær i etat for hjemmebaserte tjenester, 2013-2016.

fravær/nærvær - prosentvis fordeling pr år - BHO total				
	2013	2014	2015	2016
Fravær pr. år	11,2%	12,0%	12,3%	12,4%
Nærvær pr. år	88,8%	88,0%	87,7%	87,6%

Kilde: Bergen kommune

Tabellene viser henholdsvis sykefraværet i BHO totalt, og i Etat for hjemmebaserte tjenester. Sykefraværet for hjemmebaserte tjenester er høyere enn for gjennomsnittet i BHO. Denne etaten har det høyeste sykefraværet i avdelingen med unntak for 2014 hvor etat for alders- og sykehjem hadde noe høyere fravær (12,4%). Trenden i fraværet har vært en svak økning fra år til år, med den høyeste økningen fra 2013 til 2014.

Ser man bare på fravær i fjerde kvartal, er bildet litt annerledes. Fraværet i fjerde kvartal i 2016 for Etat for hjemmebaserte tjenester er 1,2 prosentpoeng lavere enn i samme kvartal i 2015 (nærværet er 1,2 prosentpoeng høyere).

5 av 7 etater og stab i BHO reduserte sitt fravær. Tall som vi har fått tilgang på for totalt kvartalsvis fravær i BHO fra 4. kvartal 2015 til 4. kvartal 2016, viser imidlertid at det ikke var en klar fallende trend, men at fraværet i 4. kvartal 2016 var høyere enn både i andre og tredje kvartal.

Mye av fraværet i hjemmetjenestene er langtidsfravær (17 dager og mer), noe som tyder på at fraværet ikke skyldes sykdom som forkjølelse eller influensa, men i større grad kan ha med arbeidssituasjon og belastning å gjøre.

Hvis vi går inn på de ulike resultatenehetene i etat for hjemmebasert tjenester (tall

tilsendt fra Bergen kommune), ser vi at i 4. kvartal 2016 var det laveste fraværet i administrasjonen, mens det høyeste fraværet var i hjemmehjelpstjenester. Resultatene viser også at sykefraværet i hjemmehjelpstjenestene i 4. kvartal (18,7%) er høyere enn årsgjennomsnittet (16,5%), noe som er en omvendt trend av det vi finner for hjemmesykepleie og for etaten som helhet. En veldig stor andel av fraværet for denne gruppen er også langtidsfravær (mer enn 17 dager). Dette kan tyde på at det er hjemmehjelpstjenestene som har den største belastningen og at trenden ikke er positiv for denne gruppen.

Oppsummert er sykefraværet i hjemmetjenestene samlet høyt (12,4% for 2016). Det har vært en økning fra 2013-2016, men økningen var ikke stor mellom 2015 og 2016. Mye av fraværet er langtidsfravær som i større grad kan knyttes til belastninger enn korttidsfraværet. Hjemmehjelpen er den delen av hjemmetjenestene med klart høyest sykefravær (16,5% i 2016) og den har hatt en negativ trend i 2016.

TURNOVER

Vi går nå over til å se på turnover blant de fast ansatte som jobber innen hjemmebaserte tjenester, og hvem av dem som har sluttet i hjemmebaserte tjenester i perioden.

Tabell 12: Antall personer sluttet pr. år - fast ansatte hjemmebaserte tjenester etter aldersgruppe.

Aldersgruppe	2012	2013	2014	2015	2016	Totalsum
19-29 år	104	102	133	156	155	650
30-39 år	44	42	33	41	40	200
40-49 år	28	31	23	27	21	130
50-59 år	18	18	16	19	23	94
60-62 år	12	10	14	12	12	60
63-64 år	6	9	5	9	8	37
65 år	2	3	3	1	3	12
66-67 år	2	13	10	8	15	48
68 år pluss	4	2		4	3	13
Totalsum	220	230	237	277	280	1244

Kilde: Bergen kommune

Tabellen gir en oversikt over fast ansatte som har sluttet i perioden 2012 til 2016. Den viser at avgangen økte lite fra 2012-14, mens den gjorde et sprang fra 2014 til 2015. Det er den yngre aldersgruppen som har størst avgang. Det er vanskelig å sammenligne turnover i forskjellige år hvis det er store endringer i antall ansatte. Som vi skal se av Tabell 17 nedenfor har det vært en nedgang i årsverk i hjemmesykepleien fra 2014 til

2015, og en økning fra 2015 til 2016. For den kommunale hjemmehjelpstjenesten har det vært en tilbakegang i antall ansatte. Økningen i turnover fra 2014 til 2015 kan dermed ikke forklares med flere ansatte.

Ser vi på årsverk som har blitt borte for hver aldersgruppe, får vi omtrent det samme bildet (tabell under). Det har vært en økning i reduserte årsverk for alle aldersgrupper under 60 år mellom 2014 og 2016.

Tabell 13: Sykefravær i hjemmebaserte tjenester fordelt på ulike enheter. 4. kvartal 2016.

Aldersgruppe	2012	2013	2014	2015	2016	Totalsum
19-29 år	22,55	30,28	33,58	37,99	35,21	159,61
30-39 år	20,72	18,48	15,09	25,92	16,99	97,20
40-49 år	11,84	10,72	6,27	10,67	9,49	48,98
50-59 år	5,63	8,80	4,49	8,28	10,70	37,90
60-62 år	6,33	3,60	9,98	5,71	9,10	34,73
63-64 år	4,01	4,67	3,47	6,80	5,75	24,70
65 år	0,00	0,13	1,60	0,75	0,66	3,14
66-67 år	1,80	6,98	7,00	6,90	13,00	35,68
68 år pluss	1,13	0,35		1,67	1,32	4,48
Totalsum	74,01	84,03	81,49	104,69	102,22	446,43

Kilde: Bergen kommune

Tall fra Bergen kommune som ikke vises her, viser at den største avgangen har vært blant assistenter, hjelpepleiere og sykepleiere i eldreomsorgen. Det er også blant sykepleiere vi ser de største endringene fra 2014 til 2016.

Våre informanter i administrasjonen i kommunen om økonomiske forhold hadde oppfattet at det har vært en del negative reaksjoner på normtidsendringen blant de ansatte, men de trodde at andre forhold enn normtider kan hatt større effekt på hverdagen til de ansatte. Det er mange endringer på en gang som følge av alle tiltakene som hjemmetjenestene for tiden implementer parallelt, noe de mente kan være en stressfaktor. Når det gjelder arbeidsdagen mente de at presset på de ansatte i stor grad vil være før lunsj og noe på kvelden, og at endrede normtider derfor i liten grad vil påvirke overtid. Så vidt disse informantene visste, har endrede normtider ikke ført til oppsigelser.

3.3. ØKONOMISK EFFEKT FOR KOMMUNEN

Vi har over sett på utviklingen av sykefravær og turnover blant ansatte i hjemmetjenesten. Dette har også innvirkning på kommunens økonomi. Vi skal nå gå over til å se på andre utviklingstrekk.

Den sentrale intensjonen med å redusere normtidene i hjemmetjenestene i Bergen kommune var å redusere utgifter og sikre kostnadskontroll. Aktiviteten i hjemmetjenestene økte fra 2011 til 2014. Utførere av hjemmetjenestene har også hatt budsjettoverskridelser i forhold til hva de har mottatt av midler fra bestiller. I 2015 var dette merforbruket for etaten som helhet på 12,5 millioner kroner, mens det i 2016 var på 13,2 millioner, ifølge statusmelding 2016 fra etaten (Bergen kommune, 2017b).

Et problem med å studere de kausale effektene av endrede normtider er at flere kostnadsreduserende eller effektivitetsforbedrende tiltak ble innført på omtrent

samme tid. Tiltakene kan kort oppsummeres i ulike grupper:

1. Velferdsteknologi som ble prøvd ut og implementert i 2015 og 2016.
 - a. Elektronisk medisineringsstøtte som varsler bruker når det er tid for å ta medisin.
 - b. Trygghetspakker med sensorteknologi som kan fange opp aktivitet og forebygge utrygge situasjoner i hjemmet
 - c. Mobil omsorg som er elektroniske pasientjournaler på smarttelefon.
2. Hverdagsrehabilitering som ble startet opp som utprøvningsprosjekt i april 2015.
3. Arbeidslag demens ble startet opp i 2014
4. Palliasjon i hjemmet som har pågått siden 2013. Hensikten er å tilby hjemmesykepleie til pasienter som ønsker å tilbringe den siste fasen i livet hjemme.
5. Organisatoriske endringer. Lederstrukturen til flere enheter ble endret i 2016. Hjemmesykepleien overtok 267 brukere fra Orange Helse da den kommunale avtalen med dem opphørte. Det ble også åpnet et nytt botilbud med plass til 56 beboere i Fyllingsdalen (Gartnermarken Omsorg pluss) i januar 2016 slik at omfanget av brukere og ansatte økte,

I intervjuet med ansatte i administrasjonen i Bergen kommune om økonomiske spørsmål legger de spesielt vekt på en sterkere satsing på selvhjelp som mer hverdagsrehabilitering og trening, og et Smart omsorg-program for å øke effektiviteten ved blant annet mobile dataløsninger med journal på mobil for å spare tid. Teknologi (som blant annet

Smart omsorg-programmet) kan ses på som endringer i innsatsfaktorer for å yte tjenestene (se den prinsipielle gjennomgangen nedenfor). Slik teknologi vil kunne redusere behovet for arbeidskraft i hjemmetjenestene og dermed være kostnadsbesparende selv om teknologiinvesteringene også vil koste noe. Innføringen av Mobil omsorg (som er en webapplikasjon for mobile enheter (smarttelefoner) inneholdende fagsystemer for pasientdokumentasjon ble imidlertid ikke belastet Etat for hjemmebaserte tjenester i 2016, men byrådsavdelingen sentralt (fra 2017 skal de løpende utgiftene til drift av mobil omsorg finansieres av etaten). Intensjonen med denne teknologien var å redusere tiden som den ansatte bruker på sine daglige gjøremål uten at det nødvendigvis vil oppfattes som stressende eller kontrollerende. Et av resultatene fra våre intervjuer med brukerne (se over) er imidlertid at flere brukere opplever at mer av tjenesteadministrasjonen foregår i hjemmet som følge av innføring av mobile dataløsninger, noe som vil kunne trekke fokuset bort fra selve brukertjenestene. I tillegg vil det kunne være opplæringskostnader, noe som kan ha redusert ressurser tilgjengelig for brukerne den første perioden etter innføring.

De trakk videre fram at mer hverdagsrehabilitering og trening vil kunne gjøre brukerne mer selvhjulpne og dermed kunne øke brukernes funksjonsnivå og velferd. Dette vil dermed kunne motvirke eller delvis oppveie en negativ effekt av et lavere tjenestenivå eller mindre sosial kontakt som beskrevet over. Imidlertid er dette innført i en liten skala, og målet er at 450 brukere skal få hverdagsrehabilitering i 2017.

I tillegg ble følgende tiltak gjennomført høsten 2014 for å redusere aktiviteten i hjemmesykepleien uten at dette gikk på bekostning av krav i lover og forskrifter:

1. Sjekklister: Hjemmesykepleien lager sjekklister for å gi forvaltningsenheten tilbakemelding på brukerens behov

fire uker etter oppstart av tjenester, blant annet for å få en oversikt over hva brukeren kan gjøre selv.

2. Tidsavgrensede vedtak for mentalt klare førstegangsbrukere under 70 år. Disse erstattet permanente vedtak, og vedtakene ble vurdert på nytt etter 3 måneder

UTVIKLINGEN I KOSTNADER OG BRUKSMØNSTRE

Vi går nå over til å se på utviklingen i årsverk, timeverk og kostnader. Vi skal først se på de tallene som kommunen selv oppgir i statusmeldingen fra etat for hjemmetjenester for 2016.

Tabell 14: Nøkkeltall – etat for hjemmebaserte tjenester hentet fra statusmelding for hjemmebaserte tjenester 2016.

Noen nøkkeltall:	2014	2015	2016
Årsverk hjemmesykepleie (avrundet):	994	982	1031
Brukere av hjemmesykepleie pr. 31.12.:	4374	4 389	4433
Årsverk til praktisk bistand hushold:	110,5	91	89
Brukere av praktisk bistand hushold pr. 31.12.:	4267	4195	4069
Regnskap:	914,1 mill	899 mill	917,1 mill
Budsjett avvik:	21,6 mill	- 12,5 mill	- 13,2 mill

Kilde: HR styringsdata og årsmelding 2016

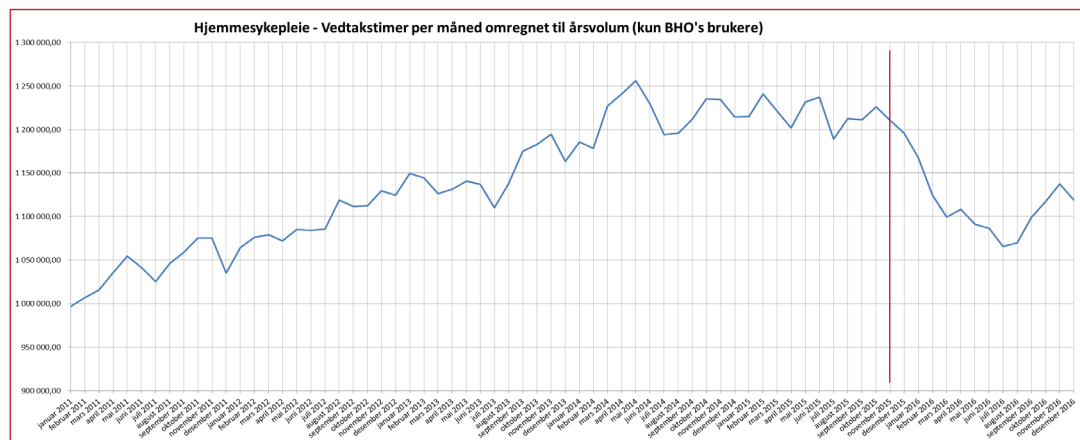
Tabellen gir noen nøkkeltall for utviklingen i de hjemmebaserte tjenestene i Bergen kommune de tre siste årene. Antall brukere av hjemmesykepleie har økt siden 2014, med den største økningen fra 2015 til 2016 (44 personer). Det har også vært en økning i årsverk i denne tjenesten fra 2015 til 2016 på 5% (48 årsverk). I følge statusmeldingen skyldes dette etableringen av Gartnermarken Omsorg Pluss, ansettelse som følge av overtakelse av brukere fra privat-hjemmesykepleieleverandører og etableringen av ytterligere to hverdagsrehabiliteringsteam. Dette har også medført flere besøk.³ Den motsatte trenden har vi sett i brukere av praktisk bistand hushold (hjemmehjelp) som har falt med ca. 200 siden 2014. På tilsvarende måte har også antall årsverk for utførelse av denne tjenesten gått ned i denne perioden (nedgang på 21,5 årsverk).

«Regnskap» i tabellen er netto driftsutgifter eksklusive interne finansieringstransaksjoner

knyttet til bestiller-utfører (ABF-finansiering). Tabellen viser at disse falt fra 2014 til 2015, men økte igjen i 2016. Dette henger trolig sammen med økningen i antall årsverk totalt som en følge av etableringen av Gartnermarken Omsorg Pluss, ansettelse som følge av overtakelse av brukere fra privat-hjemmesykepleieleverandører og nye hverdagsrehabiliteringsteam. Budsjettert avvik viser merforbruk/mindreforbruk i forhold til hva etaten mottar av bestiller. Det var et merforbruk i 2015 og 2016. Ifølge opplysninger gitt av administrasjonen er mindreforbruket på 21,6 millioner kroner som ble oppgitt i statusmeldingen for 2014 feil. Det korrekte skal vær et merforbruk på 21,6 millioner kroner.

I figuren under vises utviklingen i antall vedtakstimer fordelt på måned.

³ Det er imidlertid verd å merke seg at det er en stor gjennomstrømning av antall brukere både i hjemmesykepleien og hjemmehjelp. I følge statusrapporten for Etat for hjemmetjenester 2016, ble 40% av pasientene som får hjelp fra hjemmesykepleien «byttet ut» i 2016.

Figur 5: Antall vedtakstimer hjemmesykepleie per måned, omregnet til årsvolum. Fra januar 2011 til desember 2016.

Kilde: Bergen kommune

Figuren over bekrefter nedgangen i vedtakstimer for hjemmesykepleie. Nedgangen startet allerede i november 2015 (strek i graf), det vil si en måned før de reduserte normtidene ble implementert. Det er rimelig å tro at dette skyldes andre tiltak og at det ble en mer bevisstgjøring rundt effektivitet, men innføringen av reduserte normtider kan også ha bidratt fra desember 2015. Fallet i totale vedtakstimer varer fram til sommeren 2016, hvor igjen antall timer øker litt. Økningen kan skyldes at aldershjemsplasser er lagt ned og hjemmetjenestene har derfor antagelig fått overført brukere med større behov, men det kan også skyldes en oppjustering av normtider for noen brukere. I tillegg har det vært en vekst i de eldste aldersgruppene. Aldersgruppen 90+ økte med 50 personer fra 1.1.2016 til 1.1.2017. Kombinasjonen av disse effektene kan forklare økningen i vedtakstimer høsten 2016.

Begrepet «Praktisk bistand» i KOSTRA inkluderer både praktisk bistand person og praktisk bistand hushold (hjemmehjelp - PBH). Vi har derfor ikke en tilsvarende figur for hjemmehjelp med sammenlignende tall for andre kommuner som vi har for hjemmesykepleie. Fra kommunens årsrapport har vi imidlertid tall for hjemmehjelp. Tabellen under viser at det også for hjemmehjelp (praktisk bistand hushold) har vært en nedgang i antall timer per bruker både i 2015 og 2016. Det har også vært en markant nedgang i antall besøk i 2016 i forhold til året før (nesten 10%), mens antall brukere i desember hadde gått ned med bare 3% i forhold til desember 2015. Nedgangen i brukere skyldes en økning i brukere som mottar tjenester fra privat leverandør. Nedgangen i antall timer er ikke overraskende tatt i betraktning at PBH ble redusert fra annenhver uke til hver tredje uke som følge av normtidsendringene.

Tabell 15: Utvikling i hjemmesykepleie og praktisk bistand hushold (hjemmehjelp), 2013-2016.

Hjemmesykepleie	2013	2014	2015	2016
Antall brukere pr. 31. desember totalt	4 339	4 374	4 389	4 433
Antall timer hjelp i desember	103 039	105 710	104 709	97 613
Antall timer per bruker per mnd. (gj.sn.)	23,7	24,2	23,9	22,0
Antall besøk i desember	205 619	201 835	202 976	214 406
Praktisk bistand hushold (hjemmehjelp)	2013	2014	2015	2016
Antall brukere pr. 31. desember totalt	4 384	4 267	4 195	4 069
Antall brukere med privat leverandør	808	829	914	911
Antall timer hjelp i desember	14 020	14 291	13 578	12 189
Antall timer utført av privat leverandør	3 024	3 617	3 799	3 057
Antall timer per bruker per mnd. (gj.sn.)	3,1	3,3	3,2	3,0
Antall besøk i desember	10 046	10 011	9 779	8 865

Kilde: Bergen kommune – Årsmelding 2016

Antall sykehjemsplasser i Bergen kommune har vært ganske stabil siden 2014, men det har vært en nedgang i aldershjems plasser. Det ble avviklet to slike institusjoner med 42 plasser pr 31.12.15. I januar 2016 åpnet det et omsorg pluss-anlegg med 58 leiligheter (Gartnermarken Omsorg Pluss). Noen av aldershjemsbeboerne ble flyttet over hit, mens resten av boligene ble fylt opp i løpet av 2016.

Høsten 2016 (1. september) ble et aldershjem med 29 plasser avviklet.

Tabellen under illustrerer denne nedgangen i institusjonsplasser og viser at det i 2015 og 2016 blant annet har vært en nedgang i plasser i institusjon i forhold til innbyggere over 80 år, og i forhold til mottakere av pleie- og omsorgstjenester.

Tabell 16: Institusjonstjenester i Bergen kommune 2013-2016.

F. Pleie og omsorg - nøkkeltall (K) etter region, statistikkvariabel og tid

	2013	2014	2015	2016
1201 Bergen				
Plasser i institusjon i prosent av mottakere av pleie- og omsorgstjenester	25,4	25,5	23,6	23,6
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over	22,2	22,0	22,0	21,6
Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av bef. 80+	29	30	29	29
Andel beboere på institusjon under 67 år	11,0	11,6	12,4	10,6
Andel innbyggere 67 år og over som er beboere på institusjon	6,5	6,4	6,3	6,1
Andel beboere i institusjoner 80 år og over	72,5	71,5	69,5	70,2
Andel innbyggere 67-79 år som er beboere på institusjon	1,8	1,8	1,9	1,9
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon	15,8	15,8	15,7	15,3
Andel beboere i institusjon av antall plasser (belegg)	92,5	96,6	96,9	98,0

Kilde: KOSTRA

Statusmeldingen for 2016 som vi har referert til over tok utgangspunkt i antall brukere per 31.12.2016. For å få et bilde av den totale

års situasjonen og utviklingen de siste årene viser vi under totalt antall brukere per måned og per år for hjemmesykepleien, som er den

desidert største delen av hjemmetjenestene. Tabellen viser utviklingen fra 2010 til 2017. Fra

2015-2016 sank antall brukere men 0,8%. Disse tallene er sendt oss av Bergen kommune.

Bergen kommune	januar	februar	mars	april	mai	juni	juli	august	september	oktober	november	desember	Sum
Antall brukere 2010	4483	4463	4588	4486	4509	4566	4511	4509	4489	4516	4486	4459	54065
Antall brukere 2011	4087	4085	4151	4100	4107	4094	4051	4076	4052	4066	4081	4023	48973
Antall brukere 2012	4068	4074	4105	3989	4069	4094	4106	4122	4085	4059	4044	4035	48850
Antall brukere 2013	4098	4075	4080	4099	4108	4106	4074	4076	4135	4128	4137	4153	45299
Antall brukere 2014	4191	4193	4236	4208	4200	4202	4151	4135	4150	4181	4215	4172	50234
Antall brukere 2015	4191	4203	4233	4176	4188	4184	4174	4131	4190	4141	4136	4158	50105
Antall brukere 2016	4178	4167	4184	4151	4154	4148	4102	4099	4118	4132	4143	4150	49726
Antall brukere 2017	4151	4114	4130	4109									
Endring i% fra 2012-2013	0,7	0,8	-0,6	2,8	1,0	0,3	-0,8	-1,1	1,2	1,7	2,3	2,9	0,9
Endring i% fra 2013-2014	2,3	2,1	3,8	2,2	2,2	2,3	1,9	1,4	0,4	1,3	1,9	0,5	1,9
Endring i% fra 2014-2015	0,0	0,2	-0,1	-0,8	-0,3	-0,4	0,6	-0,1	1,0	-1,0	-1,9	-0,3	-0,3
Endring i% fra 2015-2016	-0,3	-0,9	-1,2	-0,6	-0,8	-0,9	-1,7	-0,8	-1,7	-0,2	0,2	-0,2	-0,8
Endring i% fra 2016-2017	-0,6	-1,3	-1,3	-1,0									

I tabellen under viser vi antall timer hjemmesykepleie summert per måned og per år (tall fra Bergen kommune).

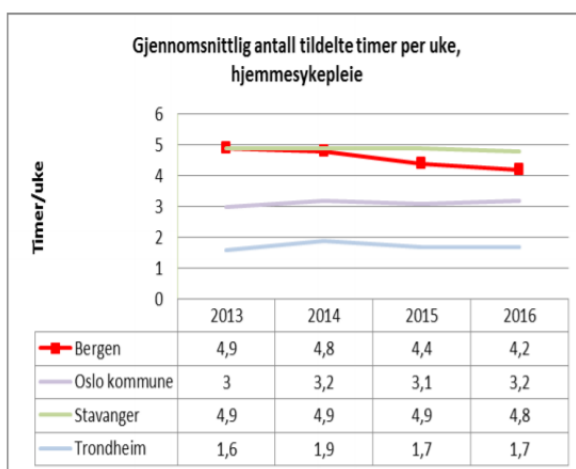
Timer HSY - kommunal og private leverandører													
Bergen kommune	januar	februar	mars	april	mai	juni	juli	august	september	oktober	november	desember	private og kommunale hjemmesykepleietimer
timer 2010	81290	75587	83945	80942	84621	81309	82202	85158	80684	84152	81764	82375	984028
timer 2011	83337	76032	84659	83268	87645	83745	85203	87000	85298	89606	86722	86315	1019088
timer 2012	88791	83871	90005	86512	90515	87449	90443	93401	89875	92980	93022	92051	1078915
timer 2013	96215	86495	94174	91439	95334	92481	92832	95134	95168	96991	96789	97249	1132301
timer 2014	99115	88967	102689	100616	105279	99708	100441	100377	98246	103523	100088	101273	1200323
timer 2015	101652	93495	101558	97076	102764	99709	98922	100611	97457	101807	97553	99900	1192906
timer 2016	96969	87450	90925	88680	90522	88102	89639	89818	89441	93813	92461	93767	1091589
timer 2017	92291	84210	95182	89120									
Endring i% fra 2012-2013	8,4	3,1	4,6	5,7	5,3	5,8	2,6	1,9	5,9	6,5	4,0	5,8	4,9
Endring i% fra 2013-2014	3,0	2,9	9,0	10,0	10,4	7,8	8,2	5,5	3,2	4,6	3,4	4,1	6,0
Endring i% fra 2014-2015	2,6	5,1	-0,7	-3,5	-2,4	0,0	-1,5	0,2	-0,8	-1,7	-2,5	-1,4	-0,6
Endring i% fra 2015-2016	-4,8	-6,5	-10,8	-6,8	-11,9	-11,6	-9,4	-10,7	-8,2	-7,9	-5,2	-6,1	-8,5
Endring i% fra 2016-2017	-4,8	-3,7	4,7	0,5									

Tabellen viser at det var en sterk reduksjon (8,5%) i antall timer totalt mellom 2015 og 2016. Mellom 2012 og 2014 var derimot økning i antall brukere.

Det er relevante tall, men gjennomsnittlig antall timer per bruker er sannsynligvis

er et bedre mål for utviklingen av tidsbruk i hjemmene, fordi dette er uavhengig av svingninger i antall brukere. Tabellen under gir en oversikt over dette for hjemmesykepleie i perioden 2013-2016 for Bergen og andre storbyer i Norge.

Tabell 17: Gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmesykepleie per uke. 2014-2016.



Kilde: KOSTRA

Gjennomsnittlig antall tildelte timer for hjemmesykepleie per bruker per uke har falt siden 2014. Dette har skjedd til tross for at en del ressurskrevende aldershjemspasienter er flyttet over til hjemmetjenestene. Vi ser at nedgangen i antall timer er sterkere enn for de andre byene (Oslo, Stavanger og Trondheim). Bergen ligger under landsgjennomsnittet i 2016 som var 4,8 timer, men over kommuner i samme KOSTRA-gruppe.

Tall sendt oss fra Bergen kommune viser dessuten at antall timer per besøk gikk ned fra 0,508 i 2015 til 0,458 i 2016. Besøkene er altså blitt kortere. Foreløpige tall fra 2017 viser imidlertid at dette har steget noe igjen så langt i 2017 (til 0,472).

OPPSUMMERT

De samlede driftsutgiftene for hjemmebaserte tjenester har gått noe opp. Samlede årstall viser at antall brukere i hjemmesykepleien gikk ned med 0,8% fra 2015-2016, mens antall timer har gått ned med 8,5%. Dette bør tilsi at besøkene er blitt kortere. Gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmesykepleie per uke per bruker har vært synkende fra 2013-2016, og er 4,2 timer i uken i 2016. Særlig var nedgangen stor fra

2014-2015, mens nedgangen fra 2015-2016, etter implementeringen av de reduserte normtidene, har vært mindre. Hvert enkelt hjemmesykepleiebesøk er også blitt kortere.

Bergen kommune ligger nå under gjennomsnittet for alle norske kommuner som er 4,8 i 2016 (gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmesykepleie per uke per bruker), men over Trondheim og Oslo. Disse tallene finnes i statistikkbanken i Statistisk sentralbyrå. Her finnes også tall for hjemmehjelpsmottakere (hjemmesykepleie og hjemmehjelp) samlet.

<https://www.ssb.no/a/kostra/stt/faktaark.cgi?f=1015431310399749&m=120100&std=checked&t=2016&t=2015&t=2014&t=2013&type>

Og

<https://www.ssb.no/a/kostra/stt/variabel.cgi?f=1015431310399749&m=1015431310399749&r=120100&r=EKG14&r=EKA12&r=EAKUO&r=EAK&t=2013&t=2014&t=2015&t=2016&std=checked&v=K1173190648P00016183>



4. DISKUSJON

4.1. EN NY ORGANISASJONS- KULTUR OG UTILSIKTEDE EFFEKTER

Norske velferdstjenester er stadig i utvikling og flere forskere har påpekt at det i løpet av de siste to tiårene har utviklet seg en ny organisasjonskultur i offentlig sektor som i stadig større grad blir formet av styringsprinsippene i såkalt «Ny offentlig styring» (NOS) (Kassah & Tønnessen, 2016; Vabø, 2006; Wyller & Haukelien, 2017). Dette er prinsipper preget av en økonomisk rasjonalitet som informerer styringsideer fundert i kontekststuvhengige prinsipper om resultatstyring, revisjon, måling og kontroll, innrammet i ulike systemer for kvalitetssikring, og som får stadig større plass i organiseringen

og styringen av offentlige tjenester. Noen effekter av dette er at flere og flere detaljer blir styrt fra sentralt hold, og at det byråkratiske systemet utvides mens det faglige fortrenses. Opprettelsen av bestiller-utfører-enheter i norske kommuner blir i forskningslitteraturen trukket frem som et eksempel på en slik effekt av den nye organisasjonskulturen (Vabø, 2006). Bergen kommune innførte denne modellen rundt 2006 og to av de gode hensiktene med etableringen var å sørge for rettferdig ressursfordeling gjennom faste kriterier for tildeling av tid, samt å sikre den individuelle tjenestemottakerens rettigheter. En direkte følge ble at de som hadde ansvar for å utføre tjenestene ikke lenger var de som tok avgjørelsen om å tildele tjenestene. Med andre ord, det kom til et organisatorisk skille mellom enheter med ansvar for utøvende

tjenester, fagprofesjonene, og på den annen side enheter med ansvar for administrasjon, forvaltningen og ledelsen (Kassah & Tønnessen, 2016, p. 345). I en virksomhet som handler om å levere tjenester til mennesker med hjelpebehov, som i hjemmetjenesten, kan dette ha fått noen utilsiktede konsekvenser, som for eksempel fortregelse av «en fleksibel tilpasning til oppgavene ved bruk av skjønn og helhetlige vurderinger» (Wyller & Haukelien, 2017, p. 24).

Vi skal ikke i denne rapporten evaluere verken selve modellen for finansiering i hjemmetjenesten i Bergen kommune eller normtidssystemet som helhet, men endringen av normtidene. For å kunne gjøre dette må vi situere normtidsendringene i den konteksten de ble utviklet i, og i den arbeidsvirkelighet og tjenestemottakervirkelighet de er med på å regulere og forme. I vårt datamateriale kommer den utilsiktede konsekvensen av fortregelse av fleksibilitet og faglighet tydelig til syne, og vi mener at denne har noen følger som trenger seg dypt inn i normtidssystemet og de påfølgende endringene av normtidene.

4.2. KONSEKVENSER FOR ANSATTE; DETALJSTYRING VERSUS FAGLIG AUTONOMI

Helhetlige skjønnsbaserte vurderinger krever et faglig handlingsrom for profesjonsutøvelse (Alvsvåg, 2002; Alvsvåg & Førland, 2007; Kassah & Tønnessen, 2016). Vi hevder at dette handlingsrommet i utgangspunktet ser ut til å ha blitt begrenset for de ansatte ved innføringen av normtidssystemet, og vi finner at det etter endringer i normtider har blitt ytterligere innskrenket. Grunnlaget for denne påstanden finner vi i vårt datamateriale gjennom at de

ansatte i hjemmesykepleien opplever mindre tid og styring over viktig faglige oppgaver som observasjon og oppfølging, og som følge av dette erfarer arbeidet sitt som stressende og i økende grad også demotiverende. Det er en opplagt fare at dette påvirke rekrutteringen av fagpersoner til hjemmetjenestene ved at de i framtiden ikke får ansatt de mest kompetente og faglig engasjerte.

Selv om normtidsdokumentet skal være fleksibelt og kun veiledende for tjenestene er det ikke sikkert at det fungerer slik i praksis. Våre data tyder på at normtidene i varierende grad oppdateres i forhold til virkeligheten og brukernes behov. En av grunnene til det kan være at det kreves en forholdsvis omfattende begrunnelse og dokumentasjon for utvidelse av tidene per bruker før vedtak i endring gjør at utvidelsen kan tre i kraft og at dette derfor kan bli nedprioritert i en travel arbeidshverdag. På grunnlag av vårt datamateriale ser vi derimot at normsystemet i praksis fungerer som en detaljstyring av de ansatte sin arbeidshverdag og at det ikke erfarer som særlig fleksibelt av verken de ansatte ute i tjenestene eller av de som forvalter systemet og har ansvar for vedtakene. Systemet ser således ut til ha 'sementert seg' og blitt til en fasit for hvordan arbeidsoppgavene skal løses, og det å få til utvidelse av normtidene for spesifikke brukerbehov krever mye dokumentasjon fra de ansatte ute i tjenestene samt saksbehandling og oppfølging fra forvaltningskontorene. Etter endringen i normtidene har de ansatte flere brukere på sine arbeidslister og opplever at de har enda mindre tid til dokumentasjon, noe som bekreftes av forvaltningskontoret gjennom at de i større grad nå må etterspørre dokumentasjon for å kunne utvide normtidene. Nettopp denne realitet vil da gjøre det vanskeligere å få forandret, eller utvidet, normtidene og en kan se for seg at systemet sementeres ytterligere på grunn av at de ansatte har dårligere tid til å dokumentere.

Videre, det aktivitetsbaserte

finansieringssystemet basert på detaljerte tidsutmålinger gir ikke incitamenter for tjenestene til å nedjustere tidene. Nedjustering av normtider for spesifikke brukere vil «straffe» seg ved at de neste måned får en dårligere finansiering.

Mange av de ansatte vi har intervjuet reagerer på detaljeringsnivået i normtidsdokumentet og ønsker seg et enklere system, og et system som både stimulerer brukermedvirkning og mestring og som gir større faglig frihet for de ansatte. Ringvirkningene av dette på sikt er åpenbare, både *for brukerne* (større egeninvolvering og mulighet for gjenopptrening av tapte funksjoner for dem som er motivert og har krefter til dette), *for ansatte* (mer personorientering, mer rom for selvstendige faglige vurderinger og større faglig engasjement) og for *kommunens økonomi* (gjennom helsegevinsten for brukerne og gjennom medarbeidere som yter mer som følge av større faglig engasjement). Det er vår vurdering at hjemmetjenestene har et stort uforløst faglig potensiale som kan forløses ved en mindre rigid administrativ styring, med større rom for faglig kreativitet og utvikling. Dette kan resultere i at brukertiden hjemme hos den enkelte pasient igjen går opp noe, i hvert fall i visse faser av pasientforløpene, og for de mest kompetansekrevede pasientene. Dette kan imidlertid være en riktig prioritering som i neste omgang kan vise seg å være kostnadsbesparende. Tidspresset nå gjør at pleierne utfører tjenester som pasienter egentlig klarer selv, fordi dette er raskere for dem. Resultatet er en passivisering snarere enn stimulering av ressurser. Rammebetingelsene nå synes å være for lite stimulerende for faglig godt forebyggende og rehabiliterende virksomhet i hjemmetjenestene.

Detaljnivået i normtidene kan også sees som et uttrykk for mistillit til medarbeidernes selvstendige faglige vurderinger. Tillit er et begrep som på mange måter står i kontrast til 'kontroll'. Historisk så har den skandinaviske

velferdsmodellen i stor grad vært karakterisert av gjensidig tillit mellom aktørene; mellom sentrale og lokale myndigheter og mellom lokale myndigheter og utøvere av offentlige tjenester. Norge og Norden er dessuten høytillitssamfunn når det gjelder generell tillit til hverandre, sammenlignet med de fleste andre land i verden (Grimen, 2009). Detaljerte oppgave- og tidsutmålinger for arbeidet til faglig ansatte «passer» derfor sannsynligvis dårligere i norsk arbeidsliv enn i mange andre land.

4.3. RISIKO FOR BRUDD PÅ FORSVARLIGHETSKRAVET

I oppdraget stiller kommunen spørsmål om endringer av normtider har medført økt risiko for brudd på forsvarlighetskravet i hjemmesykepleien og hjemmehjelpstjenesten? Som omtalt i metodedelen er det tilsynsmyndighetens hovedoppgave å bedømme faglig forsvarlighet opp mot lovverket. En helhetsvurdering av dette prosjektets datainnsamling vil imidlertid kunne gi noen indisier.

Spørsmålet berøres særlig i spørreundersøkelsen og i intervjuene med brukerne, ansatte, tillitsvalgte. *Brukere* merker de ansattes travelhet, tidsrammer og oppgaverettighet. Som nevnt i resultatdelen uttalte en bruker dette slik: «... men hjemmesykepleien ser jo ikke lengre om jeg er syk eller frisk ...». Det var hennes spissformulering. Men at travelhet innsnevrer blikket, også det faglige blikket, er utvilsomt. Som vi så i resultatkapittelet fra spørreundersøkelsen foran, mente 80% av de ansatte at endringen i normtider medfører risiko for brudd på forsvarlighetskravet. Særlig gjelder dette de vanlig ansatte i

hjemmesykepleien, men også 68% av lederne mente dette. *Ansatte* i hjemmesykepleien trakk i intervjuene fram at det detaljerte normtidssystemet fremmer et oppgavefokus heller enn et helhetsfokus i arbeidet, og at deres faglige integritet ikke i nok grad blir ivaretatt i et slikt system. I tillegg til oppgavefokuset har endringene medført at tiden for observasjon nå blir kortere. Mindre tid til dette vil skape et dårligere grunnlag for å kunne følge og vurdere utvikling i brukers helsetilstand og det ble trukket fram at dette kan ha betydning for spørsmålet om økt risiko for brudd på forvarlighet. I tillegg nevnte de manglende normtider (ikke avsatt tid) til håndteringen av legemidler/multidose og mente dette kan påvirke kvaliteten av medikamenthåndteringen i en slik grad at forsvarlighetskravet er truet. De trakk også fram at man ved korttidsfravær/sykdom i gruppene ofte ikke erstatter fagpersonene (sykepleiere og helsefagarbeidere) med ansatte av fag. Det er som regel assistenter som kommer inn, eller at fagpersonene ikke erstattes og man kjører underbemanning, med økt forsvarlighetsrisiko. I intervjuet med *tillitsvalgte* ble lignende bekymringer trukket fram.

Saksbehandlerne i *forvaltningen* trakk på sin side fram at det er store forventninger til hjemmesykepleiernes observasjoner og ved mindre tid vil dette kunne bli skadelidende. Eldre skrøpelige og syke mennesker trengs å observeres over tid, og det kan for eksempel komme spørsmål, i etterkant av en hendelse, om hvorfor hjemmesykepleier ikke la merke til symptomer ved brukers helsetilstand.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a understreker at pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dette er en rettslig standard. Ansatte i hjemmetjenestene skal ivareta pasientenes behov for pleie- og omsorgstjenester på en faglig forsvarlig og omsorgsfull

måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Det kan imidlertid være uklart hva som anses som minstenormen for å møte dette kravet (Molven, 2009). Tønnesen og Nortvedt diskuterer i artikkelen «Hva er forsvarlig hjemmesykepleie» tre krav, basert på en studie om sykepleiernes prioriteringer i hjemmesykepleien og pasientenes opplevelse av tjenesten (Tønnessen & Nortvedt, 2012):

1. Pasientene skal få hjelp til å få dekket grunnleggende behov.
2. Tildelte tjenester skal ivaretas i tilstrekkelig grad og i tråd med faglige normer.
3. Pasientens behov skal ivaretas slik at grunnleggende verdier i samhandlingen mellom ansatt og pasient ikke krenkes.

Intensjonen med normtidsdokumentet at det skal fungere som et verktøy for å sikre lik behandling, økonomistyring og planlegging av arbeidsdagen for ansatte. Krav om dokumentasjon og opplevelsen av mindre tid har også en side som berører spørsmålet om forvarlighet. Det fremkommer av våre data fra ansatte at ikke bare rapportering i pasientjournal, men også avvik kan bli underrapportert på grunn av for dårlig tid, dette vil også kunne gjelde avvik i forhold til medisiner og medisiner. I forhold til spørsmål om forsvarlighet fremkommer det også at det relasjonelle i tjenesteytingen ser ut til å være utfordret i dagens tjenestelevering. Det er dette som Tønnessen and Nortvedt (2012) identifiserer som «pasientens behov skal ivaretas slik at grunnleggende verdier i samhandlingen mellom ansatt og pasient ikke krenkes». Nødvendige helse- og omsorgstjenester handler om medisinske behov, men ikke om kun dette. Også grunnleggende fysiologiske behov knyttet til ernæring, eliminasjon og personlig hygiene, og psykososiale behov omfattes av det

«nødvendige». Dette understrekes av andre offentlige forskrifter, blant annet «Forskrift om en verdig eldreomsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010).

Den ovenfor nevnte informasjonen fra brukere, ansatte og tillitsvalgte er indisier på at det er en økende risiko for brudd på forsvarlighetskravet. I særdeleshet i forhold til forsvarlighet som en relasjonell kvalitet, noe som blir skapt i relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, men også i forhold til forsvarlighet som en medisinsk kvalitet der manglende dokumentasjon og oppfølging kan øke risikoen for brudd.

4.4. TJENESTENES RESPONSIVITET

Relasjonell kvalitet nevnt over aktualiseres ved det vi kan omtale som tjenestenes responsivitet. Skatvedt and Norvoll (2016) tar utgangspunkt i at mennesket grunnleggende sett er sosialt, og at alle møter, selv innenfor strengt regulerte og normerte tjenestesystemer omhandler relasjon og møter mellom personer. Med empiri fra hjemmetjenestene og eldre med psykiske helsebehov, skriver de om behovet for og verdien av å anerkjenne og fremme sosial responsivitet «der deltagerne møter hverandre som konkrete individer, og ikke abstrakte rollefigurer, for eksempel som «pleier» og «pasient». Sosial responsivitet blir da en grunnleggende side ved alt profesjonelt omsorgsarbeid» (op.cit:III). I konkret praktisk tjenesteyting kan dette idealet omtales som *hverdagsresponsivitet*; tjenesteyter og –mottagers muligheter for å kommunisere og respondere på situasjoner, behov, etc. som fremkommer i og gjennom hverdagslige møter og samhandlingssituasjoner. Våre undersøkelser viser at for eksempel de medisinske tjenestene,

i tråd med administrasjonens prioriteringer, ser ut til å bli prioritert i tjenestene. Likevel er tilbakemeldingene fra brukere og ansatte at knappere tidsrammer i betydelig grad påvirker muligheten til å respondere på andre grunnleggende behov. Det tyder på at de ansattes rammevilkår, gjennom knappere normtider, har forringet deres muligheter for å respondere. I faglige termer melder ansatte dette tilbake i form av å mangle tid til observasjon, ha mindre fleksibilitet i sin tjenesteutøvelse og ved fjerning av det som er omtalt som «spillerom» i møte med pasient» (se blant annet vedlegg 2).

4.5. ENDRINGER I RAMMEVILKÅR OG BELASTNING FOR HJEMMETJENESTEN

Oppgaven med å organisere, finansiere og levere kommunale helse- og omsorgstjenester er en omfattende og kompleks virksomhet. Å skille ut og avgrenset en liten del av denne virksomheten, for eksempel temaet som særlig omhandles i denne rapporten, endringer i normtidssystemet for hjemmebaserte tjenester, er en utfordrende oppgave. Oppdragsdokumentet etterspør konkrete konsekvenser og effekter av en endring som har skjedd samtidig med innføring og endring av en rekke andre tjenester og innovasjoner. Samtidig har konteksten og rammen for kommunale hjemmetjenester vært i bevegelse ettersom Samhandlingsreformen har initiert en rekke store pågående endringer, blant annet knyttet til kommunenes rolle, og grensesnittet og ansvarsfordeling mellom kommunehelse-tjenesten og statlig spesialisthelsetjeneste. Vi vil ikke drøfte disse endringene i detalj her, men nevne faktorer som:

- økt kommunalt ansvar for å yte faglige forsvarlige og tilstrekkelige helse- og omsorgstjenester.
- økt ansvar for «utskrivningsklare» pasienter fra sykehus. Dette er i stor grad eldre pasienter med multimorbiditet og/eller kronisk sykdom med store behov for fortsatt avansert medisinsk behandling og omfattende omsorgsbehov (Grimsmo, Kirchhoff, & Aarseth, 2015).
- Dreining av tjenestemenyen for at innbyggerne skal motta flere og mer varierte helse- og omsorgstjenester i eget hjem.

I sum betyr dette at hjemmetjenestene må betjene flere, sykere innbyggere og mer komplekse behov enn tidligere. Bergen kommune har lagt en plan og en retning for å løse disse oppgavene blant annet gjennom satsing på hjemmetjenester, Smart omsorg, hverdagsrehabilitering mm. Dette skjer, i tråd med nasjonale helsepolitiske føringer, på bekostning av antall institusjonsplasser, blant annet gjennom en reduksjon i sykehjemdekningen mot 2030 og nedleggelse av aldershjem.

Slik det fremkommer i Statusmelding-Etat for hjemmebaserte tjenester 2016 har Bergen kommune klart å redusere liggetiden i sykehus (færre betalingsdøgn) de siste årene (Bergen kommune, 2017b). En slik endring har for hjemmetjenesten hatt den effekt at omløpshastigheten og antall nye brukere har økt. I meldingen vises det til en reduksjon i antall vedtatte timer i hjemmesykepleien på 7%, men at antall besøk har økt med 6%. Uavhengig av den enkelte ansattes erfaring og evaluering av disse endringene utgjør de endrede rammevilkår for tjenesten som helhet på viktige faktorer som omfang, frekvens og omløpshastighet. Større omløpshastighet medfører blant annet økt administrativ belastning knyttet til å gi tjenester til en økende

og mer kompleks målgruppe i en situasjon hvor omfanget av potensielt avlastende institusjonsbaserte tjenester reduseres.

Bergen kommune er ambisiøs og visjonær innenfor velferdsteknologi, innovasjon og utvikling. Det ligger utenfor vårt mandat å evaluere disse i sin særdeleshhet. I denne sammenheng finner vi det likevel viktig og riktig å påpeke at kommunens totale prosjektportefølje og utviklingsaktivitet påvirker rammevilkårene for hjemmetjenestene. Bare Smart Omsorg viser på sine hjemmesider til en omfattende aktivitet med en aktiv prosjektportefølje. I tidsrommet hvor endringen i normtider ble effektivert var det særlig Mobil Omsorg som av de ansatte og brukere vi har intervjuet ble trukket frem som merkbart. I motsetning til administrasjonens positive omtale av Mobil Omsorg, var brukere og ansatte langt mer negative (vanskelig innlogging, tidskrevende, gir lite oversikt over summen av oppdrag, presser administrasjon inn i ansiktstiden, de ansatte ser i skjermen). Med over 1000 årsverk i hjemmetjenesten, og enda flere ansatte, er det betydelige omkostninger knyttet til opplæring og implementering av slike nye verktøy. I denne sammenheng er det omkostning knyttet til tidsbruk som vi særlig vil nevne som et rammevilkår for hjemmetjenestene i denne perioden da opplæring, testing og bruk kan synes å ha blitt lagt til en allerede tettpakket arbeidshverdag og lagt beslag på ressurser i deler av perioden. Hvert av delprosjektene i Smart Omsorg ser ut til å kreve egen organisasjon og administrasjon. Det er utfordrende å spore hvordan denne prosjektdriften påvirker driftsbudsjettet og ressursbruk.

Vi vil hevde at faktorene som er nevnt utgjør sentrale deler av rammevilkårene for utøvelse av hjemmetjenester i perioden som endringen i normtider ble implementert. Mindre tid i en virksomhet preget av økende oppgavetrengsel, eldre og syke brukere og

høyt sykefravær over tid vil være utfordrende for en sektor som over tid har slitt med å «rekruttere og beholde» kompetente helse og omsorgsarbeidere. Videre er det vanskelig å se hvordan disse endrede rammevilkårene for hjemmetjenester bidrar til å kunne det endrede samfunnsoppdraget som regjeringen fremmer i Primærhelsetjenestemeldingen knyttet til brukervennlighet, fleksibilitet og proaktivitet med et særlig mål om å nå de som i liten grad etterspør tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Stor oppgave- og ansvarstrengsel, flere og sykere brukere, økt omløpshastighet, kortere besøk og mindre tid er alle faktorer som synes å virke mot en overordnet hensikt og målsetning hvor «den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke bare skal yte tjenester i tradisjonell forstand, men også fremme sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd ...og sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre (op.cit: 18).

4.6. KONSEKVENSER FOR BRUKERNE

Som det fremgår av datamaterialet fra brukere, pårørende og de kommunale rådene så er det stor variasjon med henblikk på erfarte konsekvenser for brukerne av hjemmetjenestene i Bergen Kommune. Det vanskelige svaret på det tilsynelatende enkle spørsmålet "Har endringen i normtider hatt konsekvenser for brukerne av tjenestene? er ja. Og nei. Både intervjudata og generelle tilbakemeldinger fra ER og KRFF vitner om at eldre tjenestemottagere har erfart endringen sterkt, men funksjonshemmede brukere kan synes å ha erfart få konsekvenser av endringen i

normtidssystemet, både i form av faktisk tildelt tid og totalopplevelse som tjenestemottager. Et fellestrekk er likevel erfaringen av travle ansatte, en travelhet som er økende.

Et annet sentralt trekk i brukernes erfaringer med reduserte normtider er opplevelsen av at administrasjonen av tjenestene nå presses inn i brukernes hjem. Dette både i form av mye telefonbruk (kollegastøtte, koordinering etc.) under tjenesteutøvelse og bruk av digitalt hjelpemiddel for arbeidslister, journal, etc. Flere opplever at dette stjeler knapp ansikts- og relasjonstid, og øker avstanden mellom bruker og tjenesteutøver. I et normtidssystem hvor det er sterke indikasjoner på manglende synliggjøring av både tid til transport og administrasjon, vil effektivisering av en tidsfaktor som er usynlig (administrasjon) måtte gå utover en allerede knapp ansiktstid.

Variasjonen i erfaringer og rapporterte konsekvenser er stor. Det er heller ikke mulig å peke på enkeltstående faktorer som forklarer hele variasjonen. Konsekvensene av endringen vil være avhengig av interrelasjonen mellom flere variabler hvor følgende her vil nevnes særskilt:

- *Brukers nettverk:* Yngre brukere vil som oftest ha ektefelle, barn, slekt, naboer som både utgjør størstedelen av personens hverdag og opplevelse av mening og mestring. Bortfall av tjenester, eller variasjon i leveranser, vil dermed også kunne bli kompensert for. Det kommer også frem i intervjuene at brukere som har ektefelle, søsken, svigersøsken og venner finner det lettere å be disse om hjelp/bistand enn de som kun har barn som pårørende. Inverteringen av hjelpebyrden mellom foreldre og barn blir av flere omtalt som vanskelig, og noe man i det lengste unngår.
- *Økonomisk situasjon:* Til tross for at vedtak om tjenester og betalingsplikt er vurdert mot inntekt/økonomisk

situasjon kommer det tydelig frem i intervjuene at brukerne vurderer muligheten for å for eksempel kjøpe privat vindusvask eller hyppigere tjenester, særdeles ulikt. Enkelte slår fast at det har de ikke sjans til, andre har allerede gjort det. Effekten av endrede vedtaksdekkede tjenester vil derfor variere.

- *Stabilitet i helsetilstand:* Både KRFF og brukere med funksjonshemming som ble intervjuet fremhevet at de absolutt har behov for den hjelpen de får, men at de likevel er heldig stilt siden de kjenner sin tilstand og har levd med denne gjennom mange år, og hvor endret tjenestebehov (for eksempel ved progredierende lidelser) trer frem relativt langsomt og over tid. Dette gir både bruker en ekspertrolle og trygghet i forhold til egen situasjon, samt at tjenestebehovet over tid er relativt stabilt. For eldre brukere som i undersøkelsen har rapportert om store konsekvenser, er det en gjennomgående tendens at behovet for tjenester har oppstått i nyere tid, ofte relatert til en dramatisk/plutselig endring i helsetilstand (fall, hjerteinfarkt, slag, lammelse, diabetes, etc). Som brukere er de ofte ikke eksperter på disse nyoppståtte tilstandene/lidelsene, og de kommuniserer behov som langt overstiger tradisjonell forståelse av "rehabilitering" (gjeninnsetting i verdighet"). Det vil her være snakk om å lære nytt, fra bunnen av, å forstå, tolke, takle og bli trygg på en totalt ukjent situasjon, ikke gjeninnsettes eller tilbakeføres til en kjent tilstand eller situasjon.
- *Aggregert deprivasjon:* Når helsemessig reduksjon opptrer sent i livet, i en fase hvor ofte ektefelle er falt fra, man

har flyttet fra sitt gamle nabolag eller "man er den siste igjen i klubben" som flere av informantene berettet om, vil mestringsbyrden i stor grad tilfalle bruker ene og alene. Sosiale/relasjonelle behov vil øke, de praktiske utfordringene i dagliglivet blir større og opplevelsen av mestring av egen hverdag minker, også på områder som ikke er tilgodesett med egen normtid som å skifte lypærer, bære ut papp og glass, etc. Summen av slike endringer og hvilke konsekvenser det har for tjenestebehov ser ikke ut til å på noen som helst måte bli fanget opp i normtidssystemet (verken før eller etter endringen), ei heller i tilstrekkelig grad i den individuelle tilpasningen som skal supplere/balanserte det normerte.

En tydelig effekt av en slik praksis, som også er intendert i normtidssystemet, er at tjenesteutmålingen kan bli likere (like mange minutter for samme intervensjon), men fremmer en reduksjon i likeverdighet, da brukers totale situasjon (og tjenestebehov) ikke fremkommer. Flere av de eldre som ble intervjuet kunne fortelle at de brukte dobbelt så lang tid på enkle gjøremål i dag som bare for kort tid siden. Siden gode faglige hjemmetjenester i står grad skal skje i samarbeid med bruker, på brukers premisser, vil en ensom og langsom (eldre) kropp ha en behov for rausere normtider enn yngre.

Ved forvaltning og tildeling av tjenester basert på ren statistisk forståelse av «lik tjeneste», uten å tilpasse tidsressursen kontekstuelle og individuelle behov og særegenhet, kan man risikere å redusere graden av likeverdighet i tjenestene. En slik reduksjon av likeverdighet gjennom insistering på likhet er i den vitenskapelige litteraturen både trukket frem som en typisk konsekvens av moderne byråkratisk praksis generelt (Hertzfeld, 1993), som et sentralt kulturelt omdreiningspunkt i norsk kultur (Gullestad, 1989) og som en

stor utfordring i helse- og velferdssystemene (Rugkåsa, 2012; Vike, Lidén, & Lien, 2001).

Begreper og størrelser som «nødvendig hjelp» og «forsvarlighet» er sentrale både i design av forvaltningssystem, tilmåling og administrasjon av tjenester og brukers opplevelser i hverdagen. Som vi presiser i oppdragsspesifikasjonen vår ligger det utenfor vårt mandat å konkludere i forhold til forsvarlighet, det er tilsynsmyndighetenes oppgave. Avslutningsvis i drøftingen av hvilke konsekvenser endringen i normtidene har hatt for brukerne ønsker vi likevel å trekke frem et område som det fra et brukerperspektiv fremkommer stor usikkerhet knyttet til. Det gjelder tjenester knyttet til ustabile og akutte behov. Tydeligst fremkommer dette i tilbakemeldinger knyttet til erfaringer med trygghetsalarm. En majoritet av informantene i denne undersøkelsen hadde trygghetsalarm (6/9) og de mente alle at dette gav dem større trygghet i hverdagen. Likevel hadde flere av dem graverende historier å fortelle vedrørende responstid, særlig på kveld og natt. Alle rapporterte om en opplevd estimert gjennomsnitts ventetid på minst 30 minutter, de ventet ofte 1-2 timer før nattevakten i hjemmesykepleien var på plass. Informantene rapporterte om at dette var en kilde til utrygghet både for dem selv, og for deres pårørende. For flere av brukerne var rask responstid på utløst trygghetsalarm en absolutt nødvendig helsehjelp, da verken deres somatiske tilstand eller enetilværelse muliggjorde bruk av legevakt eller andre kommunikasjonsmidler for å tilkalle hjelp.

Også brukere vi intervjuet som ikke hadde trygghetsalarm opplevde at hjelp på kveld og natt både var vanskelig å få nedfelt i vedtak, og tok lengre tid å få på plass. Når brukerne omtalte ustabile tilstander var dette for eksempel i forbindelse med diabetes, allergi, feber og influensa etc. Flere brukere omtalte deler av sitt sykdomsbilde som ustabil hvor allergier kunne fremkalle pustebesvær og

ikke-ordinær medisinerer eller hvor man våknet med feber eller uvelhet om morgenen. I slike situasjoner opplever flere brukere at ansatte nå verken har tid til å observere, eller i tilstrekkelig grad følge opp eller avvente avklaring i en mulig sykdomsutvikling. I tillegg til at flere fortalte om enkeltepisoder hvor travle ansatte ikke hadde tid til eller ikke responderte på slike «ikke-normerte» episoder, viser det også en grunnleggende utfordring med å praktisere strikte normerte og standardiserte tjenesteutmålingsregimer til målgrupper som har sterkt varierende og foranderlige behov. Dette har to åpenbare konsekvenser: i økonomiske termer skjuler man faktiske kostnader gjennom underbudsjettering. I kulturelle og organisatoriske termer lager man det den franske filosofen Jean Baudrillard kaller hyperrealitet eller hypervirkelighet; en modell uten realitet (Baudrillard, 1994). En slik modellert uvirkelighet, eller simulert virkelighet som ikke er reell, har store konsekvenser for et sosialt system (her Bergen kommunes hjemmetjenester) ved at modell får en sterkere signifikans og betydning enn praksis som gjør at aktører (ansatte og brukere) forsøker å forme praksis etter en «uvirkelig» modell. Både Baudrillard (1994) og Deleuze (1990) kaller dette fenomenet simulacrum: et bilde uten likhet, en kopi uten virkelighet som blir sannhet i seg selv.

4.7. SAMSPILLET MELLOM FORVALTNINGSSENHETENS SAKSBEHANDLERE OG HJEMMETJENESTE

Mens saksbehandlerne poengterte at vedtakene og normtidene sikrer rettferdighet og likebehandling på tvers av kommunen, var det hjemmetjenestenes erfaring at slik likebehandling ikke eksisterer og er mulig å få til. De opplevde at det på tross av normtidsdokumentet og andre felles rutiner er forskjeller mellom saksbehandlerne når det gjelder vedtaksvurderinger og utmåling av tid. Det er vår vurdering av at den spesialisering og profesjonalisering som forvaltningsenheten representerer likevel sikrer en større grad av likebehandling enn om denne utmålingen hadde blitt gjort av hjemmetjenestene selv. En tettere kontakt mellom de to funksjonene synes likevel å være påkrevet. Dette ligger det formelt til rette for når det gjelder hjemmesykepleie ettersom det her kun er kommunen som er utfører. Samarbeidet mellom forvaltningens saksbehandler for hverdagsrehabilitering og hverdagsrehabiliteringsteamene kan her være en mulig modell.

4.8. ØKONOMISK EFFEKT FOR KOMMUNEN

I det følgende vil vi gå gjennom hvordan endrede normtider isolert sett vil kunne virke inn på en kommunes økonomi ved å se på hvilke mekanismer de vil kunne påvirke. Disse mekanismene vil bli samholdt med resultater fra konsekvensene for brukerne og de ansatte som referert over, for å kunne si noe om styrken på dem. Deretter vil vi gå gjennom

andre endringer som har skjedd samtidig med normtidsendringene for til slutt å se hvorvidt vi kan se effekter av endrede normtider i tilgjengelig datamateriale.

PRINSIPIELLE ØKONOMISKE BETRAKTNINGER RUNDT ENDRINGER AV NORMTIDER

Endringer i normtidene vil kunne gi økonomiske effekter for kommunen via ulike kanaler. Den *direkte effekten* er at det antagelig vil bli reduserte tjenester utført per bruker eller at tiden brukt til å utføre de samme tjenestene som før går ned. Et eksempel på det første er at praktisk bistand hushold (PBH) ble redusert fra annenhver uke til hver tredje uke. Endringene kan også føre til at tjenestene blir mer effektivt utført enn før, uten at antall tjenester nødvendigvis går ned. Normtidene er bare veiledende, men det er rimelig å tro at begge effektene trekker i retning av redusert gjennomsnittlige tid per bruker slik at utgiftene per bruker i hjemmetjenestene går ned.

Det vil imidlertid også kunne bli noen *indirekte effekter* av endringene i normtider som vil kunne ha betydning på litt sikt. For det første vil konsekvensene for de ansatte kunne slå ut i kommunens økonomi hvis endrede normtider påvirker antall ansatte, sammensetningen av arbeidsstyrken, og hvis de fører til mer sykefravær. Reduserte normtider kan kunne oppfattes av de ansatte som mer kontroll over deres tidsbruk og det kan tolkes som at arbeidsgiver tror de er ineffektive i utførelsen av tjenestene. Fra sosialpsykologi og adferdsøkonomi vet vi at økt kontroll vil kunne redusere motivasjonen til å gjøre en god jobb, se for eksempel (Deci & Ryan, 1985). Redusert motivasjon vil igjen kunne påvirke både kvaliteten på arbeidet som utføres og også hvorvidt de ansatte trives på jobb. Motivasjon sammen med forandringer i arbeidsmiljø (for eksempel mer stress), vil

derfor kunne påvirke sammensetningen av arbeidsstyrken gjennom endringer i avgang som uføretrygding og tidligpensjonering eller endrede kvalifikasjoner på nyansatte. Dette kan også påvirke lønningene på sikt og dermed slå ut i kommunens økonomi.

En annen kanal kan gå gjennom konsekvensene for brukerne. Hvis endrede normtider påvirker brukernes helse eller funksjonsnivå vil de kunne endre behovet for tjenester og dermed medføre andre arbeidsoppgaver for kommunen. Flere effekter kan her spille inn. Som nevnt ovenfor kan kvaliteten på tjenestene gå ned og dermed ha en negativ effekt på brukerne. Mindre tid til hver enkelt oppgave som skal utføres vil også kunne gå utover den sosiale kontakten mellom bruker og utfører. For brukere med et begrenset sosialt nettverk eller med begrensede muligheter til å komme seg ut, vil dette kunne oppfattes som et tap, noe som igjen vil kunne påvirke helse og velvære. Det er imidlertid uklart hvordan disse effektene spiller inn på utgiftene til hjemmetjenestene. Hvis reduserte normtider påvirker brukerne negativt vil det kunne bety tyngre brukere på sikt og at tiden som brukes per bruker må økes. Dette vil øke utgiftene. På den annen side vil redusert helse eller funksjonsnivå kunne føre til at flere brukere overføres til institusjoner (sykehjem) og dermed flyttes ut fra hjemmehjelpstjenestene. Dette vil kunne redusere utgiftene til hjemmesykepleie- og hjemmehjelpstjenesten, men ikke for kommunen totalt sett.

En siste mekanisme vil være om endring av normtider påvirker endringer i bruk av andre innsatsfaktorer i tjenesteproduksjonen. Det er rimelig å tro at tjenestene kan ytes på ulike måter, og endringer i normtidene vil kunne gi insentiver til å investere i andre innsatsfaktorer. For eksempel vil velferdsteknologi kunne reduserer byrden for hjemmesykepleiere eller hjemmehjelp og dermed deres tidsbruk. Mer effektivt eller moderne utstyr til bruk til for

eksempel renhold vil også redusere tiden som brukes til å utføre tjenestene. Slike investeringer har en kostnad for kommunen, men vil også redusere kostnadene til arbeidskraft.

LITT OM KAUSALE EFFEKTER

På grunn av begrensede budsjetter til dette prosjektet, har det ikke vært mulig for oss å gjennomføre en grundig statistisk analyse av datamaterialet vi har innhentet fra Bergen kommune. Det ville uansett vært krevende å identifisere kausale effekter av reduserte normtider, da det ble innført mange tiltak på omtrent samme tid, og som også vil kunne påvirke de ansatte, brukerne, tildelte timer til hjemmesykepleie og hjemmehjelp og utgiftene til kommunen.

En mulig strategi kunne vært å konstruere en syntetisk kontrollgruppe, dvs. en kontrollgruppe som er en vektet gruppe av ulike kommuner. Denne kontrollgruppen vil ha en del felles kjennetegn med Bergen og ha gjennomført lignende tiltak som Bergen, men kommunene i denne gruppen vil ikke ha endret normtidene. Hvis en slik kontrollgruppe kan konstrueres, kan man sammenligne utviklingen i denne med utviklingen i Bergen. Så lenge en slik studie ikke har vært mulig, må våre kvantitative resultater ikke tolkes som kausale effekter, men som indikasjoner på virkninger.

OPPSUMMERING AV DE ØKONOMISKE KONSEKVENSENE

De økonomiske konsekvensene av endringer i normtidene vil være direkte effekter som reduserte kostnader som følge av at vedtakstimer går ned, men også indirekte effekter på kostnadene som følge av konsekvenser for brukere og ansatte. De direkte effektene vil være umiddelbare, mens de indirekte effektene vil kunne komme over tid. Hvis effektene av

endringer for brukere og ansatte er negative, kan de indirekte effektene gi økte kostnader over tid. For de ansatte kan det gi større turnover og sykefravær, noe som i seg selv er en kostnad for kommunen og samfunnet, og som også kan redusere kvaliteten og kvalifikasjonene til de ansatte hvis kommunen blir et mindre attraktivt sted å jobbe. Dette kan igjen gi seg utslag i dårligere tjenestetilbud og større utskifting blant de ansatte noe som kan redusere de sosiale relasjonene til brukerne. I tillegg kan reduserte tjenester også påvirke brukerne negativt. Dårligere kvalitet på tjenestene til brukerne vil kunne øke behovet for tjenester på sikt.

De samlede driftsutgiftene for hjemmebaserte tjenester har gått noe opp. Årstall viser at antall brukere i hjemmesykepleien gikk ned med 0,8% fra 2015-2016, mens antall timer har gått ned med 8,5%. Hjemmebesøkene er blitt kortere. Gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmesykepleie per uke per bruker har også vært synkende fra 2013-2016, og er 4,2 timer i uken i 2016. Særlig var nedgangen stor fra 2014-2015, mens nedgangen fra 2015-2016, etter implementeringen av de reduserte normtidene, har vært mindre. Bergen kommune ligger nå under gjennomsnittet for alle norske kommuner som er 4,8 i 2016 (gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmesykepleie per uke per bruker), men over Trondheim og Oslo.

Resultatene fra denne evalueringen tyder imidlertid på at endringene i normtidene har hatt en negativ effekt på de ansatte, både innen hjemmehjelpstjenester og hjemmesykepleie. De ansatte rapporterer om en mer slitsom arbeidsdag, og både sykefraværstabilitikken og statistikk for turnover peker til dels i den retning. Fra sykefraværstallene kan tyde det på at det har gått mest utover de ansatte i hjemmehjelpen. Disse endringene vil kunne gi negative økonomiske konsekvenser for kommunen på sikt.

Effektene av endrede normtider påvirker også brukerne. Både våre egne resultater og

andre undersøkelser viser at brukere er misfornøyd med at det er en stor utskifting av ansatte som kommer og bistår dem. Høyt sykefravær og turnover blant de ansatte kan bidra til redusert kontinuitet i pleien. Videre kan et begrenset fokus i hjemmetjenesten på forebygging og brukerinvolvering i mestingsaktiviteter, på grunn av ansattes tidspress, ha negative følger for brukerne og kan gi seg utslag i større omsorgsbehov og større kostnader for kommunen.



5. KONKLUSJON

- Reduksjonen av normtider i Bergen kommune har bidratt til en betydelig reduksjon i antall timer med hjemmesykepleie fra 2015-2016 (8,5%). Antall brukere gikk ned med 0,3%. Gjennomsnittlig antall tildelte timer hjemmesykepleie per bruker har gått ned de siste årene. Hvert enkelt hjemmesykepleiebesøk er blitt kortere.
- Dette kan isolert sett ha gitt en kortidseffekt i form av økonomisk innsparing. Det er imidlertid flere negative effekter for brukerne og ansatte som på sikt kan føre til økte kostnader:
- Ansattes opplever sin arbeidshverdag som mer hektisk etter endringene. Det er høyt sykefravær i hjemmetjenestene. 89% av ansatte i hjemmesykepleien og 73% i hjemmehjelpen opplever arbeidshverdagen som forverret etter endringene. Dette skaper økt slitenhet, mindre rom for brukermedvirkning og personorienterte tjenester og mindre rom for faglig skjønnsutøvelse, forebygging, rehabilitering og annet oppfølgingsarbeid.
- De negative virkninger på ansattes arbeidssituasjon og faglige engasjement, og sannsynlige negative følger for rekruttering av personell med riktig kompetanse, kan på lengre sikt gi økte kostnader.
- De ansatte opplever normtidsdokumentet som for detaljert og etterlyser åpnere normer som gir større rom for brukerinvolvering og ulike faglige tilnærminger. Det ligger et stort uforløst potensiale i hjemmetjenestene dersom det gis forbedrede rammebetingelser for faglighet.
- Brukerne vi dybdeintervjuet har opplevd økende travelhet hos de ansatte i hjemmet. Et vesentlig problem

for brukerne var det store antallet forskjellige ansatte som de måtte forholde seg til. Mange gav uttrykk for at mer av den faglige og praktiske tjenesteadministrasjonen nå foregår i hjemmet ved økt bruk av mobiltelefon, og at dette tar oppmerksomhet. 86% av de ansatte mener endringene har ført til negative konsekvenser for brukerne.

- Bergen kommune har ikke gjennomført noen systematisk innhenting av erfaringer fra sine ordinære brukere av hjemmetjenester siden 2011.
- Det er tilsynsmyndighetenes hovedoppgave å bedømme faglig forsvarlighet opp mot lovverket. Datagrunnlaget fra brukere, ansatte og tillitsvalgte indikerer imidlertid at endringene har medført økt risiko for brudd på forsvarlighetskravet.
-





LITTERATURREFERANSER

AGENDA Utredning & Utvikling AS.
(2009). Ekstern gjennomgang av tjenestekområde 3. Høvik.

Alvsvåg, H. (2002). Klinisk skjønn Møte mellom pasient og sykepleier (pp. S. 208-222). Oslo: Gyldendal akademisk.

Alvsvåg, H., & Førland, O. (2007). Refleksjoner om utdanning og kunnskap i sykepleie. In H. Alvsvåg & O. Førland (Eds.), Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie (pp. 11-23). Oslo: Akribe Forlag.

Baudrillard, J. (1994). Simulacra and simulation: University of Michigan press.

Bergen kommune. (2015a). Endrer normtidene for hjemmetjenester [Press release]. Retrieved from <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/byradsavd-for-helse-og-omsorg/349/article-131687>

Bergen kommune. (2015b). Normtider i Bergen kommune, gjeldende fra 1. desember 2015. Bergen.

Bergen kommune. (2017a). Kriterier for tildeling av pleie- og omsorgstjenester. Oppdatert 12.05.17. Bergen.

Bergen kommune. (2017b). Statusmelding – Etat for hjemmebaserte tjenester 2016. Bergen. Retrieved from http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK_filer/bksak/2017/BR1/2017132747-6862387.pdf

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior Perspectives in Social Psychology,

Deleuze, G. (1990). The logic of sense. London: Athlone Press.

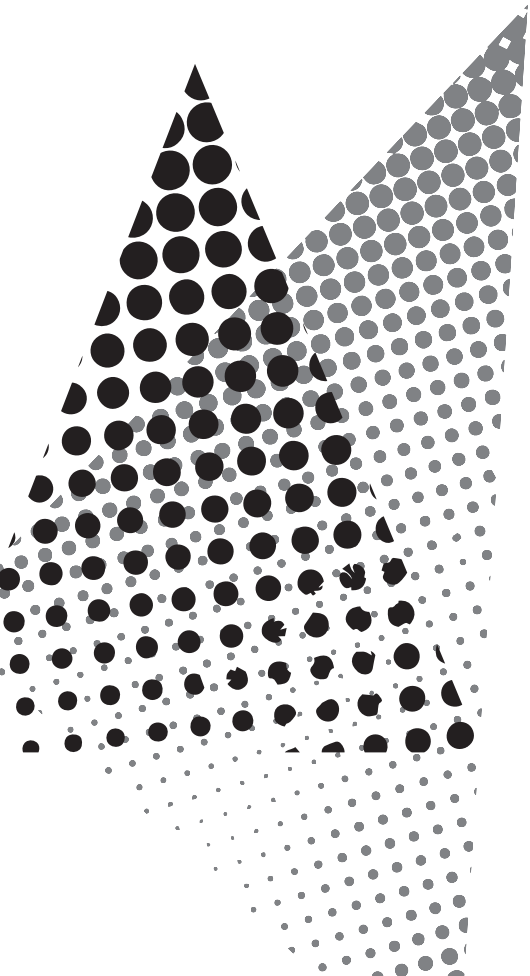
Direktoratet for forvaltning og IKT. (2015). Innbyggerundersøkelsen 2015: hva mener brukerne? Rapport (Direktoratet

- for forvaltning og IKT : online), Vol. Difi-rapport 2015:5. Retrieved from https://www.difi.no/sites/difino/files/difi-rapport_2015_5_innbyggerundersokelsen_2015_hva_mener_innbyggerne.pdf
- Førland, O., & Folkestad, B. (2016). Hjemmetjenestene i Norge i et befolknings-og brukerperspektiv. En populasjonsstudie basert på innbyggerundersøkelsene fra 2010, 2013 og 2015. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2425093>
- https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2425093/SOF_I-2016_pero712.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Grimen, H. (2009). Hva er tillit. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimsmo, A., Kirchoff, R., & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. Nordiske Organisasjonsstudier, 17(3), 3-12.
- Gullestad, M. (1989). Kultur og hverdagsliv : på sporet av det moderne Norge. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Lov om helsepersonell m.v. LOV-1999-07-02-64 (978-82-02-27840-3). Oslo Hentet fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Meld.St.26 2014-15. Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet. Oslo: Regjeringen Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2015). IPLOS veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester. Oslo: Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/436/IPLOS%20Veileder%20for%20personell%20i%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20-%20Bokmål.pdf>
- Hertzfeld, M. (1993). The Social Production of Indifference: Exploring the Symbolic Roots of Western Democracy: Chicago: University of Chicago Press.
- Hewitt, G., Sims, S., & Harris, R. (2012). The realist approach to evaluation research: An introduction. International Journal of Therapy and Rehabilitation, 19(5), 250-259.
- Kassah, B. L. L., & Tønnessen, S. (2016). Samhandling i kommunale helse- og omsorgstjenester – en studie av hjemmesykepleieres erfaringer. doi:10.18261/issn.2464-3076-2016-04-04
- Kristiansand kommune. (2004). Innsatsstyrt finansiering for pleie- og omsorgstjenester Kristiansand: Hentet fra: <http://edu.hioa.no/Fra-Media/2012/ABC.pdf>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). Interviews : learning the craft of qualitative research interviewing (2nd ed. ed.). Los Angeles, Calif: Sage.
- Molven, O. (2009). Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om for-svarlighet : Statens helsetilsyns tilnær-ming. Lov og rett (trykt utg.). 48(2009) nr. 1, 3-26.

- Pawson, R., & Tilley, N. (2004). Realist evaluation. Monograph prepared for British Cabinet Office.
- Rugkåsa, M. (2012). Likhetens dilemma: om sivilisering og integrasjon i den velferdsambisiøse norske stat: Gyldendal akademisk.
- Sandelowski, M., & Leeman, J. (2012). Writing Usable Qualitative Health Research Findings. *Qual Health Res*, 22(10), 1404-1413. doi:10.1177/1049732312450368
- Skatvedt, A., & Norvoll, R. (2016). Hverdagsresponsivitet: et situasjonelt perspektiv på omsorgsarbeid og eldre med psykiske helseproblemer. In C. E. B. Neumann, N. Olsvold, & T. Thagaard (Eds.), *Omsorgsarbeidets sosiologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sverdrup, S. (2014). Evaluering : tilnæringer, modeller og eksempler. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tønnessen, S., & Nortvedt, P. (2012). What is proper professional home care? [Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?]. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 280-285.
- Vabø, M. (2006). Caring for people or caring for proxy consumers? *European societies*, 8(3), 403-422.
- Vike, H., Lidén, H., & Lien, M. (2001). Likhetens paradokser: antropologiske undersøkelser i det moderne Norge. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wyller, T. B., & Haukelien, H. (2017). *Ny helsepolitikk: det finnes løsninger*. Oslo: Dreyers forlag.



VEDLEGG





Høgskulen
på Vestlandet



Senter for
omsorgsforskning
• vest

Følgetekst til e-post med lenke til Questback

Evaluering av endring i normtider i Bergen kommune

Bergen kommune har etablert normtider for tjenestene hjemmesykepleie og praktisk bistand i hushold, det vil si en angivelse av den tiden som man normalt vurderer som tilstrekkelig for å utføre et tjenesteoppdrag hos en bruker. Tidene skal fungere som veiledende for ansattes tidsbruk hos brukerne. 1. desember 2015 ble det innført endringer i kommunens normtider for disse tjenestene. For flere av arbeidsoppgavene ble det foretatt forkorting av normtidene, som et kostnadsreducerende tiltak. Bystyrets besluttet at endringene i normtidene skulle evalueres etter ett år. Senter for omsorgsforskning, vest ved Høgskulen på Vestlandet skal foreta evalueringen. Oppdraget går ut på å evaluere konsekvensene av endringene.

I dette korte spørreskjemaet ber vi deg formidle dine erfaringer og synspunkt vedrørende virkningene av endringene, slik du ser det. Det er frivillig for deg å delta. Det at du besvarer spørreskjemaet regnes som ditt samtykke. Dine svar vil bli anonymisert.

Vi vil be om at undersøkelsen besvares innen en uke fra i dag. Du svarer ved å trykke på lenken under (Questback). Når du har startet, må du fullføre hele registreringen uten å avbryte. Vær oppmerksom på at du ikke bør trykke på tilbaketasten underveis. Da vil du miste det som er tastet inn lenger bak i skjemaet.

Dine svar er viktige for at vi skal få fram et representativt bilde av erfaringene som ansatte har med endringene i normtider i hjemmetjenestene.

Tusen takk for samarbeidet!

Med vennlig hilsen

Oddvar Førland
Førsteamanuensis/prosjektleder
E-post: oddvar.førland@hvl.no

Bergen, april 2017

Bakgrunns spørsmål

Hva i kommuner arbeider du med?

Kun ett kryss:

- 1 Hjemmesykepleie
- 2 Hjemmesykepleie: Demensarbeidslag
- 3 Hjemmehjelp/ praktisk bistand
- 4 Forvaltningen

Hvilken bydel/distrikt arbeider du i?

Hjemmesykepleie:

- 1. Arna
- 2. Fana
- 3. Fyllingsdalen
- 4. Laksevåg
- 5. Landås
- 6. Sandviken
- 7. Sentrum
- 8. Solheim
- 9. Ytrebygda
- 10. Åsane

Forvaltningen:

- 1. Sone sør
- 2. Sone nord
- 3. Sone vest

Hjemmehjelp/praktisk bistand:

- 1. Fana/Ytrebygda
- 2. Bergenhus
- 3. Årstad
- 4. Fyllingsdalen/Laksevåg
- 5. Arna/Åsane

Hva er din stillingsprosent? _____

Hvilken stilling har du?

Kun ett kryss:

- 1 Helsefagarbeider/hjelpepleier/omsorgsarbeider
- 2 Sykepleier
- 3 Vernepleier
- 4 Hjemmehjelper
- 5 Assistent
- 6 Saksbehandler
- 7 Annet: _____

Hvor lenge har du arbeidet med oppgaver knyttet til hjemmetjenester i Bergen? _____ (antall år).

Har du en lederansvar?

Kun ett kryss:

1 Nei

2 Ja; min stillingsbetegnelse er: _____

Hva er din alder? _____

Så noen spørsmål om ditt arbeid før og etter endringene i normtider (før og etter 1. desember 2015):

Hvordan opplever du din arbeidshverdag etter endringene av normtidene?

- 1 Bedre
 2 Ingen forskjell
 3 Verre

Jeg mener endringen har ført til ...

	Sterkt enig	Enig	Verken enig eller uenig	Uenig	Helt uenig
1. ... negative konsekvenser for brukerne av tjenestene	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. ... negative konsekvenser for de ansatte i tjenestene	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. ... økt risiko for brudd på forsvarlighetskravet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. ... en mer effektiv hjemmetjeneste	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Kun for dere som arbeider i hjemmesykepleien, demensarbeidslag og i forvaltningen:

Jeg mener at nåværende normtider har avsatt tilstrekkelig tid til følgende oppgaver:

	Sterkt enig	Enig	Verken enig eller uenig	Uenig	Sterkt uenig	Ikke aktuelt for meg
1. Morgenstell sterkt pleietrengende ⁶ (før 60, nå 50 min)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. Morgenstell pleietrengende ¹ (før 35, nå 45 min)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. Morgenstell delvis selvhjulpne ⁷ (før 25, nå 20 min.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4. Kun dusj (nå 25, før 35 min.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5. Kveldsstell pleietrengende ⁸ (før 50, nå 30 min)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6. Toalettbesøk/bleieskift (før 20, nå 15 min)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
7. Øyedråper ⁹ (før 15, nå 10 min.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
8. Støttestrømper ⁴ (før 15, nå 10 min.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
9. RIK ⁴ (20 min.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10. Injeksjon ⁴ (25 min.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11. Injeksjon uten observasjon ¹⁰ (før 15, nå 10 min.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
12. Stomi/pyelostomi-skift ¹¹ (før 30 min, nå 20 min)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
13. Stomi/pyelostomi-skift ¹² (før 15, nå 10 min.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
14. Sårstell ¹³ (15 min.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
15. Smertepumpe inkl. kontroll (40 min.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

⁶ Inkl. ivaretakelse av all personlig hygiene. Sengetøyskift v/inkontinens. Hjelp til tillaging av frokost, medisiner o.likn.

⁷ Gjelder brukere som er delvis selvhjulpne, inkl. hjelp til frokost, medisin. etc.

⁸ Ivaretakelse av nødvendig personlig hygiene, legging og legemidler. Måltider kommer evt. i tillegg.

⁹ Gjelder når dette er eneste oppgave, inngår ellers som del av stellet.

¹⁰ Injeksjon uten behov for observasjon, eks. insulin, fragmin etc. Gjelder når dette er eneste oppgave, inngår ellers som del av stellet.

¹¹ Skifte helt inn m/ny stomiplate.

¹² Daglig skift av pose. Gjelder når dette er eneste oppgave, inngår ellers som del av stellet.

¹³ 15-60 min. Stor variasjon. Vurderes individuelt.

Eventuelle kommentarer:

Kun for dere som arbeider i hjemmehjelp/ praktisk bistand og i forvaltningen:Jeg mener at nåværende normtider har avsatt tilstrekkelig tid til følgende oppgaver:

	Sterkt enig	Enig	Verken enig eller uenig	Uenig	Sterkt uenig	Ikke aktuelt for meg
16. Rengjøring av gulv ¹⁴ (30 min. – før hver 2. uke, nå hver 3. uke)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
17. Støvtørking ¹⁵ (10 min. – før hver 2. uke, nå hver 3. uke)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
18. Rengjøring bad/toalett ¹⁶ (20 min. – før hver 2. uke, nå hver 3. uke)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
19. Sengetøyskift (10 min. – før hver 2. uke, nå hver 3. uke)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
20. Oppvask (15 min)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
21. Klesvask maskin (15 min.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
22. Hente post/sette ut/hente bosspann/vanne blomster etc. (5 min.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Eventuelle kommentarer:

Til alle:

Så to spørsmål om hva som vanligvis skjer når den avsatte tiden på arbeidslisten ikke stemmer overens med den virkelige tidsbruken hjemme hos brukeren (når det er avvik).

	Sterkt enig	Enig	Verken enig eller uenig	Uenig	Sterkt uenig	Ikke aktuelt for meg
23. Det gis umiddelbart beskjed om avviket	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
24. Meldinger om behov for endring blir som regel tatt til følge av forvaltningen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
25. Hvis endringer tas til følge, oppdateres ny tid på arbeidslistene umiddelbart	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

¹⁴ Avhenger av størrelse og møblering. Omfatter støvsuging av tepper som ikke kan tas ut, mopping av øvrig gulvareal uten

flytting av tunge møbler, avtørking/vasking av gulvfliser. Hver 3. uke.

¹⁵ Gjelder avtørking av lett tilgjengelige flater, vindusposter, bokhyller etc. Hver 3. uke.

¹⁶ Gjelder vask av servant, armatur og speil. Vask av badekar inkl. armatur og vegger som utsettes for sprut. Vask av dusjrom inkl. armatur. Vask av toalett- skål – ring – utside, og vask av baderoms/toalettgulv. Hver 3. uke.

Vi vil be deg ta stilling til påstandene

	<i>Sterkt enig</i>	<i>Enig</i>	<i>Verken enig eller uenig</i>	<i>Uenig</i>	<i>Sterkt uenig</i>	<i>Ikke aktuelt for meg</i>
26. Kvaliteten på arbeidet mitt er blitt dårligere på grunn av de reduserte normtidene	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
27. Jeg har vanligvis tilstrekkelig tid til å utføre arbeidsoppgavene mine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
28. Det er avsatt for lite tid til å utføre arbeidsoppgavene jeg har i direkte møte med brukerne i hjemmene	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
29. Det er avsatt for lite tid til de andre arbeidsoppgavene jeg har (som for eksempel medisinbehandling, rapportskrivning, møter, telefoner, transport etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
30. Bemanningen på min gruppe/avd. er tilfredsstillende	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
31. Forholdet mellom forvaltningen og hjemmetjenesten er generelt godt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
32. Forholdet mellom forvaltningen og hjemmetjenesten er blitt dårligere etter nedkorting av normtidene	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
33. Jeg opplever de oppsatte normtidene som svært styrende for mitt arbeid	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
34. Jeg opplever at hjemmetjenestenes argumenter ved behov for økt tid hos bruker blir tatt til etterretning av forvaltningen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
35. Hjemmetjenestene utfører ofte tjenester i tillegg til dem som brukerne har vedtak om	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Eventuelle kommentarer:

Hvor mange besøk hjemme hos brukere har du normalt på en vakt?

Hverdag dagvakt: _____ (tall)

Hverdag kveldsvakt: _____ (tall)

Lørdag/søndag: _____ (tall)

Hender det at ...

	<i>Stor sett alltid</i>	<i>Ofte</i>	<i>Av og til</i>	<i>Sjelden</i>	<i>Aldri</i>
1. ... du kjenner deg kroppslig sliten etter dagens arbeid	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. ... du kjenner deg psykisk utslitt etter dagens arbeid?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. ... du har vansker med å sove fordi tanken på jobben holder deg våken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Er du vanligvis mer sliten etter arbeidsdagen din nå, som følge av endringene i normtidene, sammenlignet med det du var før endringene?

Kun ett kryss:

- 1 Ja
 2 Nei
 3 Ingen forskjell

Hvor fornøyd er du i jobben din?

Kun ett kryss mulig

- Absolutt fornøyd 1
 Svært fornøyd 2
 Ganske fornøyd 3
 Verken fornøyd eller misfornøyd 4
 Ganske misfornøyd 5
 Svært misfornøyd 6
 Absolutt misfornøyd 7
 Vet ikke 8

Til slutt vil vi be deg formulere med egne ord hvordan du opplever normtidene generelt, og endringene som ble gjort etter 1. desember 2015 spesielt (for eksempel om virkningene for brukerne, ansatte, faglig forsvarlighet etc.)

Tusen takk for dine svar!

VEDLEGG 2

Vedlegg 2: Ansattes egenformulerte svar på spørsmål om normtidene og endringene

Her gjengis respondentenes egenformulerte svar på spørsmålet: Til slutt vil vi be deg formulere med egne ord hvordan du opplever normtidene generelt, og endringene som ble gjort etter 1. desember 2015 spesielt (for eksempel om virkningene for brukerne, ansatte, faglig forsvarlighet etc.).

Utsagn som viser til navn og steder er tatt bort for å ivareta respondentenes anonymitet.

Ansatte i forvaltningen:

- Nye normtider har medført mye ekstra byråkratisk arbeid i Forvaltningsenheten, samt mer diskusjon med hjemmetjenestene om hvilken tid og oppgaver som skal ligge til grunn. Inntrykket er at de ansatte i hjemmetjenestene har mindre tid og rom til å gjøre selvstendige faglige vurderinger.
- Mange brukere og pårørende ang PBH er frustrerte over at hjelpen ikke gis oftere enn hver 3. uke. Noen klager, men de fleste bare godtar det. I forhold til HSY har vi et godt samarbeid der HSY dokumenterer hva tid de faktisk bruker og FVE innvilger mer tid i forhold til det. HSY gir også beskjed når tiden skal blir redusert
- Jeg opplever at normtidene er regelen, og at man innvilger økt tid og hyppighet (PBH) ved behov. Når hjemmesykepleien dokumenterer, argumenterer og begrunner hvorfor de har behov for økt tid utover normtidene innvilger FVE som regel det. I begynnelsen når normtidene ble endret var det svært mange henvendelser fra HSY om at pasienter hadde behov for tid utover normtidene. Dette har "roet" seg de siste månedene og "normalisert" seg. Som sykepleier og menneske har jeg forståelse for at folk reagerer på at hjemmehjelp kun innvilges hver 3. uke (da spesielt i forhold til vask av bad og toalett).
- Normtidene var i utgangspunktet ment som veiledende. Jeg opplever at de nå er blitt mer styrende og at det på øverste etatsnivå forventes lite avvik i normtider gitt den enkelte bruker. Paradoksalt nok oppleves det at det nå brukes mer tid i arbeidshverdagen til å korrigere/ha kontroll med at rette normtider er lagt til grunn enn hva som var tilfelle før.
- Norm tidene har vært et viktig incitament for å få tildelt riktig volum på tjenester. Tror ikke at normtidene bør "strammes" mer inn. Om man "leter" etter andre muligheter for bedre bruk av penger og bedre tjenester til brukerne bør en se på den interne organiseringen av hjemmetjenestene og hvordan den informasjonen man ønsker å få ut til de ansatte organiseres.
- i forhold til hjemmehjelp endret fra annenhver uke til hver 3 dje uke, synes jeg at vask av bad og toalett , samt sengetøyskift burde vært annenhver uke, videre hjelp til klesvask hos de som er i behov av hjelp til dette. Ellers så synes jeg samarbeidet med hsy i forhold til normtider, fungerer greit. Vi innvilger mer tid der hsy dokumenterer f.eks i rapport at der er behov for mer tid for å utføre hjelpen bruker er innvilget.
- Jeg tenker at det er viktig at normtidene ses på som veiledende og at det skal være rom for individuelle vurderinger og at man må gå utover normtiden dersom det kreves for å sikre forsvarlighet. Bruker må uansett være i fokus. Det er hjemmesykepleien som nok opplever det største trykket og at de får flere inn på en allerede ganske full liste. Det kan bli travlere og gi mindre rom for å se den enkelte og ta vurderinger som er forsvarlige. Jeg har mottatt en henvendelse fra en fastlege som opplevde en økt sykemeldingsperiode etter endringene.
- Jeg mener reduksjonen av normtidene gjør at tjenestetilbudet til bruker blir dårligere. Det kan gå på bekostning av forsvarlighet. Normtidene passer for en liten del av brukerne, men på sikt gjør det at brukeren trenger mer hjelp, det er ikke tid til at bruker gjør det han/hun mestrer og bevarer funksjoner og ferdigheter.

- Tenker det kan være en mer effektiv ordning på tjenestene, men det har sine ulemper da det blir mye fokus på denne tiden fra pleierne. I tillegg låser enkelte seg til hva de skal gjøre og ikke, hvor lang tid de har- slik at den helhetlige pleien forsvinner tilsynelatende lettere ved bruk av normtid. Brukerne merker dette. Forståelsen av at man kan gjøre den ordentlige jobben uansett tid det tar og heller melde om et større tidsbehov når det er kartlagt foreligger ikke alltid. Man blir litt bekymret for faglig forsvarlighet.
- Normtidene fungerer godt. Tett samarbeid mellom FVE og hjemmetjenesten, der begge parter er lydhør for hverandres argumenter og samarbeider godt rundt brukerne. Opplever at dette samarbeidet er blitt bedre etter de nye normtidene. Arbeidet med å implementere nye normtider krevde et tett samarbeid og dette gode samarbeidet har vedvart. Normtidene er et godt arbeidsredskap. Det sørger for likebehandling, samtidig som det er rom for individuell tilpasning når dette kreves.
- Hsy har for lite tid. Blir til at de rapportere lite i Profil, samt at de kommer sent til bruker.
- Som saksbehandler må vi stole på tilbakemeldingene fra utførere, om de melder om behov for 5 - 10 minutter mer tid enn det normtiden er. Og hver bruker er unik, og har ulike funksjonsnivå, og oppdragene kan da ta lengre / kortere tid enn det normtiden er. Bruker da rapport og IPLOS-registrering utført av utfører.

Ansatte i hjemmehjelpen:

- Tidligere passet brukerne inn på ulike eller like uker, det gjør de ikke nå lenger, så da får ikke brukerne samme kontinuitet som tidligere med ca. faste tider og hjelpere. Kvalitet- og hygienekrav blir også redusert da det er mer å gjøre og mye mer skitt og bakterier etter 3 uker. Dette kan umulig være bra for eldre og syke med redusert immunforsvar.
- Opplever at det stressende for hjemmehjelpene, alt blir målt i tid. Klesvask er ett stort problem med mye forflytning frem og tilbake, opplever et hjemmehjelpene blir frustrert når de gjerne kjører 20 minutter hver vei for å henge opp en maskin med klær og møter hjemmesykepleien i døren, brukerne har gjerne hjemmesykepleie flere ganger for dagen. Dette oppleves som svært dårlig utnyttelse av ressursene.
- Hjemmehjelperne er mer sliten. En del av brukerne er fortvilet. Logistikken er vanskeligere.
- Mye mer skit hos bruker, og derfor klarer jeg dessverre ikke å utføre alltid alle oppgavene bruker har på sitt vedtak. Toalett og servant/dusj er blitt betraktelig mye mer skittent etter de nye normtidene. Dette er noe jeg ser på som svært alvorlig med tanke på bakterier/smitte.
- I noen hus blir det for travel, stressende med all klesvask
- Stress pga. tidspress. Liten tid til enkelte oppgaver. Spesielt stress med klesvask
- For ansatte/brukere har det blitt verre. Vi løper gjennom listene for å klare å hjelpe alle. Ansatte stresser, brukere for en dårligere utført jobb enn tidligere. Det kan nok virke for brukere at vi er tornadoer som kommer hjem til de og rengjør. Når det er hver 3. uke de får hjelp til rengjøring av hus/ leil. vi er 2 stk der i 30 min. Så sier det seg selv at jobben ikke blir bra gjort. Men vaske klær hver i uke 15 min får de hjelp til av oss, noe som HSY fint kunne gjort når de likevel går til samme person hver dag, flere ganger for dagen. Jeg vil si at ressursene og effektiviteten blir dårlig brukt/benyttet. FVE hører på oss i aller høyeste grad når det gjelder å søke bruker opp i tid, men ikke når det gjelder klesvask. Dette er det potensiale til å bli mye bedre på. Trodde at FVE, HSY og HH skulle samarbeide for å gjøre det lettest mulig for ansatte, brukere, effektivitet og økonomi.
- Det har stort sett gått greit hos de fleste og de det blir for lite tid hos eller for sjeldent så har det gått stort sett gått greit å søke opp i tid.
- Syntes hver 3 uke er for sjeldent. Det blir ekstra mye for hjemmehjelpen å ta over etter 3 uker.
- Opplever de nye normtidene veldig negativt. Det å motta hjemmehjelp kun hver 3 uke er altfor sjeldent. Å ikke få rengjort badet, skiftet på sengen sin og ta over gulvene oftere enn hver 3 uke er ikke noe bra. Det blir mye tyngre for oss som skal utføre arbeidet og vi får heller ikke mer tid til å utføre jobben. Det er også mer logistikkproblemer med de nye endringene, pga. den ene uken faller de gjerne på en dag der du er en helt annen plass en der den ene brukeren som har fått hver 3 uke bor. Det fører også ofte til at de får forskjellige hjelpere fra gang til gang. (For den som pleier å komme er gjerne på et helt annet område den dagen). Det synes selvsagt at brukerne er dumt og også hjemmehjelperne som synes det er fint å komme igjen hver gang og det er da også lettere for oss å følge de opp.
- Mye mer skitt hjemme hos bruker.
- Det er for liten tid til å utføre arbeidsoppgavene tilfredsstillende. Det er alltid for liten tid til for eksempel klesvask. Vi må kutte i tiden brukeren har til andre ting. Det er flere brukere som bør ha hjelp oftere enn hver 3. uke. Vi får ikke holdt hus/leilighet ved like. Vi skynder oss alt for mye for å klare å hjelpe brukeren med den tiden de har fått på sitt vedtak. Det bør gjøres en endring på tider og brukere bør få hyppigere hjelp. Hver 3. uke er for sjeldent.
- Det er heilt klart at dette er en negative retning som Bergen kommune bevegar seg inn på no I forhold til hjemmetjenesten. det er heile tida snakk om økonomi, sparing, krav. tenk dere om hva dere gjør generelt med hjemmetjesten I Bergen komune. er det virkeleg til det betre. desse normtidene som nå kommer blir vanskeleg å jobbe etter for alle.
- Arbeidet blir Tyngre etter at normtidene er endret. Synes det blir for lang tid mellom hver 3 uke og at arbeidsoppgavene blir tyngre. Og at listene er rotete med at listene er uforutsigbar med

tanke på faste brukere og faste lister. Som oftest er listene ikke lik hver dag og arbeidsrutene er endres. Vanskelig å holde noe faste tider til brukere og brukere får ikke faste hjemmehjelpere.

- For lite tid, det fører til dårligere sluttresultat som igjen fører til at eg som ansatt føler at eg ikkje får gjort jobben min skikkelig. Det gjør at en konstant går rundt og føler at en ikkje strekker til, som også påvirker min helse. Det er ikke rettferdig overfor brukerne at de skal få et dårligere resultat.
- Vanskelig å gi brukerne faste tider og faste hjemmehjelpere.
- Det er mer arbeid nå som brukerne får hjelp hver 3. uke. Får ikke gjort jobben tilfredsstillende (dårligere kvalitet) pga. for korte normtider
- Helt uforsvarlig å rengjøre hver 3. uke hos brukere som har høy alder. Masse støv og skit samler seg i løpet av en 3 ukers periode. Brukerne pga. alder, fysiske plager, psykiatriske lidelser klarer ikke å utføre husarbeidet selv. For å kunne rengjøre skikkelig trenger vi tid. Når vi har mange kunder på arbeidslistene blir det akkordjobbing og resultatene blir ofte deretter. Ansatte opplever dette svært stressende. Brukerne blir fort stresset av vårt tempo.
- Det er skittent hos brukerne, støvete, de har det utrivelig, og vi har mere jobb med å få det rent
- For mange av brukerne går det greit å ha hver 3 uke, men hos noen av de som griser og har mye skitt og rusk blir det for sjeldent og vi får ekstra mye å gjøre. Da blir det stress for oss å gjøre det som står i vedtaket pga. mangel på tid.
- Ikke bra med disse normtidene
- Mer stress og det går på rygg og nakke det går i ett omtrent hele dagen
- Var bedre før. Ikke så stressende før i tiden.
- Etter min mening er arb.dagen blitt mye tyngre, og verre for meg og brukerne, etter de nye normtidene. Mange er ensomme der ute, og vi har ikke tid til å gi dem det lille av omsorg og prat, som kan løfte deres hverdag. Kolleger blir mer og mer slitne, og samvittigheten gnager oss hver dag. Brukerne får ikke den hjelpen de egentlig trenger, og hjemmene deres blir ikke renere av å få hjelp hver 3. uke. Vi går kun rundt og " slukker små branner ", fordi vi ikke har tid til å gjøre jobben skikkelig.
- Mye stress p.g.a. vi er presset på tid
- Mer skittent.
- Brukerne er misfornøyde, det er mer skittent, må ligge lengre i sengetøy, og da blir det mer og gjøre for hjemmehjelpen. for liten tid og gjøre jobben på.
- Jeg opplever dette som meget uhygienisk, vask av bad hver 3 uke og sengetøyskift hver 3 uke.
- Føler de er for mye og ta igjen etter 3 uker kontra etter 2 uker.
- Det blitt meir ustabile lister. Meir å ta igjen hos dei brukane som har fått kvar 3veka
- Mye skitnere hos de fleste brukerne. Spesielt brukergruppene med husdyr, familier, rusmisbrukere, psykiatriske og fysisk dårlig helse. Har personlig fått ryggproblemer igjen. Ble operert for prolaps for ca 3 år siden, og har fungert helt fint frem til de nye normtidene tredde i kraft. Ikke lett å få rent gulv der søl og smuss har lagt i 3 uker. Merker på rygg og armer/skuldre at jobben nå er enda mere fysisk tung. Dette gjelder også oppvask og vask av bad/wc. Var mye bedre kvalitet av arbeidet før dette.
- Jeg mener at det var mye bedre når folk pleide å få hjelp annen hver uke. For å holde orden i huset skulle vi vaske litt oftere enn hver 3 uke, det er blitt mye tyngre for oss - mye mer å ta- mer rusk og verre på badene. I tillegg folk er i stor sett misfornøyd. Mange sier at det var så greit å få hjelp annen hver uke. De ser forskjell - nå det er lenge å vente til neste gang. De ser at det er skittent og det ser vi og, så for bedre trivsel tror jeg at de skulle fått hjelp annen hver uke. Og det hadde vært lettere for oss og.
- Tyngre arbeidsdag. Flere skitne hus.
- Mer for oss å ta igjen når bruker har hjelp hver 3uke
- Det er hos en god del av bruker mer skittent, og de har ikke fått mer tid selv om de har hver tredje uke. Det sier seg sjøl at det tar lenger tid å rengjøre et bad når det ikke har vært gjort noe

på 3 uker. Det at bruker en ektefeller skal rengjøre litt selv, fungerer ikke alltid. Vi blir mer sliten og mer utsatt for belastning skader pga arbeidstempo.

- Kvaliteten på arbeidet er hos noen dårligere enn før pga. mindre tid og sjeldnere hjelp. Mange ønsker å få hjelp annenhver uke og det er vanskelig å få hjelp av de faste hjemmehjelperne og til samme faste tid som før. Flere av mine kollegaer opplever også at arbeidsdagen er tøffere nå.

Ansatte i hjemmesykepleien:

- Normtidene er veiledende tider, så det er svært viktig med god dokumentasjon. De ansatte har ingen tid til uforutsette ting, så det kan lett føre til overtid og at de ansatte klager
- Jeg mener at de fleste normtidene er passe som et utgangspunkt, og i de fleste tilfeller får tjenesten på plass den "riktige" normtiden for den enkelte pasient. En av normtidene er ikke omtalt i undersøkelsen, og det er det som går på medikamenthåndtering, tillaging av dosetter, multidoser osv. Dette er tidkrevende for sykepleierne. Vesentlig økning av bruk av multidoser vil sannsynligvis bedre dette. Til slutt vil jeg nevne dette med at "på papiret" kan man få inn mange oppdrag og fylle den ideelle tiden i rene minutter hos pasienten. Men man skal også ha tid til å forflytte seg (til fots, i bil, på sykkel, på bybanen), kle på og av seg, ta på skotrekk, hilse pent på pasient og evt. pårørende. Dette går på administrativ tid, men det er jo helt nødvendige ting å bruke tid på.
- den faglige forsvarligheten har vi opprettholdt, men vi er mer presset i forhold til tid og økonomi. vi er blitt mer bevisst på hva vi gjør hjemme hos pasientene, og at vi må be om mer tid ved behov.
- Jeg opplever det som stress å hele tiden måtte følge med på klokken om tiden er holdt. Stor sett bare arbeider jeg og tar den tiden jeg trenger i måten jeg arbeider på. Vondt å avvise de som ber om mye oppmerksomhet til samtale. Hører ofte fra pasientene at vi har det så travelt. Jeg forklarer at nå har de fått hjelp til det de ikke klarte selv. Jeg prøver å vurdere sammen med pasienten hva de klarer selv og når det er tid for vurdering til å avslutte hjelp eller øke opp hjelp. Forvaltningen er fin å samarbeide med. Jeg må bare huske å begrunne hvorfor hjelp skal avsluttes etter utvides. Da er alt greit. Det er viktig at pasientene føler de blir hørt. Kan lett overse ting når mange pasienter er på listen.
- Pasienten har merket stor forskjell. Pasienten ønsker ofte ikke å fortelle om problemene de har og ting de trenger hjelp til, da pleiere har liten tid. Pleiere trenger ikke å si at de har det travelt, men pasienter blir eksperter på å lese kroppsspråk. Pasienter har fortalt u.t. og andre pleiere at de har merket stor forskjell på travelheten nå, enn før 1. desember 2015. Dette synes de er trist, da de ikke vil være til bry. Selv om pasientene får beskjed om at en har tid/tar seg tid, ønsker mange allikevel ikke å være til bry. Den faglige forsvarligheten er blitt dårligere. Det er blitt mindre/ingen tid til oppfølging av pasienter. Oppfølging av kontorarbeid og ting som trenger å følges opp av primær/sekundær blir ofte forskjøvet. Kontorarbeid som bør bli fulgt opp av samme personalet, blir ofte ikke dette, da den samme personalet ikke har tid til dette. Når noen andre ordner opp, blir ofte små ting glemt. God vurdering av pasienter og deres situasjon er blitt dårligere, da det er for liten tid til dette. Ansatte blir mer slitne og stresser mer i hverdagen ift. de nye normtidene. Dette fordi dem ikke føler dem gjør en god nok jobb, da de føler de ikke har tid til å si stort annet enn "hei" og "ha det" til pasienten. Dette merkes godt på arbeidsplassen, da kollegaer blir stresset og stemningen derfor ofte blir dårlig pga. dette. Hjemmesykepleiegruppen u.t. jobber i, har et godt kollegial, og en er flink å støtte og hjelpe hverandre. Mange hadde nok byttet jobb pga. stress, hadde det ikke vært for gode kollegaer. Personlig kjenner jeg på kroppen at jeg blir fortere sliten etter en arbeidsdag. Ofte blir det litt overtid, pga. ting som skal gjøres. Dette kan være ting som har betydning for pasienten. Det å forskyve oppgaver til neste sykepleier/pleier på neste vakt, er noe en ikke ønsker. Jeg personlig ønsker å ta meg tid, og prøver alltid å ta meg tid til å høre om hvordan pasientene har dette. Dette har fått mange til å fortelle om problemer dem har, men det er ikke alltid jeg har tid til dette. Jeg har ikke sagt til pasienter at jeg har det travelt, men har opplevd at pasienter sier "nå har jeg heftet deg lenge nok", "du har nok og gjøre", "andre pasienter har det verre en meg". Jeg gjør så godt jeg kan hver dag og i hver situasjon, men kjenner ofte på følelsen "var det godt nok", "kunne jeg gjort det bedre/annerledes". Dette er følelser en kan kjenne på over alt som sykepleier. Men det å ha tidspresst ift. normtider som ofte ikke svarer i tillegg, gjør ikke det lettere. Kjøring/gåing/transport av pleier mellom pasientene, blir også ofte ikke regnet med. Dette gjør at en må stjele noen minutter av pasientene for å rekke alt. Skjer det noe uventet, eller at en

pasienten trenger litt ekstra oppfølging en dag, må en også ta disse minuttene fra andre pasienter eller fra sin egen lunsj/møte tid. For den "perfekte pasienten" er de normtidene som kom 1. desember 2015 greit. Men for de fleste pasienten jeg har vært i kontakt med, har dette vært litt knapt med tid. Ofte kan det være vanskelig å begrunne godt hvorfor, da noen pleiere bruker kortere tid enn andre.

- Opplever meir stress og misnøye blant ansatte, i ein kvardag som allerede var stressande. Mindre tid til pas. Mykje observasjon kan gå oss hus forbi pga ein hektisk arbeidsdag. Mange av pas har samansatte behov.
- Føler at jeg ikke får gjort en tilstrekkelig god job, det går utover mine tanker som igjen gjør at jeg blir svært sliten psykisk. Jeg stortrives med mine kollegaer og det samholdet som vi har på jobb, derfor er jeg svært fornøyd på jobb.
- Det er liten tid til uforutsette ting/hendelser hos pasientene. Ikke lagt inn tid til kjøring. De eldste ansatte opplever at arbeidshverdagen er blitt mer stressende og mindre tid til å utføre arbeidsoppgavene hos pasientene. Det kommer stadig nye pålegg og retningslinjer som skal følges og den adm. tiden blir stadig større.
- Hører oftere at pasienter beklager seg over at hsy har så dårlig tid og bare har tid til å stikke hodet inn gjennom døra omtrent. Dette gjelder spesielt de som har timinutters oppdrag. Fordi det er så lite rom mellom oppdragene må man bruke av normtiden til å kjøre til og fra pasientene, og da har man bare noen få minutter inne hos pasienten. For oss ansatte betyr det at vi må kjøre over fartsgrensen for å ikke bli altfor forsinket, det betyr at vi må fysisk løpe fra bilen inn og ut fra pasient. Faste ansatte har en del oppgaver som vi må gjøre utenom som ikke er satt av tid til. For eksempel ta MNA. Dette kunne man før bruke tiden til dersom det ble litt til overs. Nå har man ikke sjanse til dette. Så det går utover primærarbeid og ernæringskartlegging (som faktisk kommunen pålegger oss å gjennomføre).
- Det er mindre rom for administrativt arbeid. Stort sett fulle arbeidslister hele dagen. Medikamenthåndtering tar mye tid og normtidene er for lave. Lite forsvarlighet i forhold til medikamenthåndtering. Får ikke nok tid til å følge opp pasienter i forhold til ernæring, primærkontaktsystemet.
- Det tar den tid det gjør ute hos hver enkelt pasient. Alle er ulike med ulike behov. Når det settes en normtid er denne svært ofte for lav. Dette fører til at både ansatte ute og vi ledere må jobbe aktivt og konstruktivt for å sikre at vi får rett tid på oppdragene. Dette skaper merarbeid da det kreves mye dokumentering og samhandling med forvaltningen for å få den tid som trengs. Vi har høyt fokus på å få den faktiske tid vi bruker. Dette gjelder både vedtakstid opp og ned. Vi melder den faktiske tiden hos alle våre pasienter.
- Tid til å utføre oppgavene, men ikke tatt høyde for sykepleiefaget: observasjon, vurdering, kommunikasjon, veiledning, ivaretagelse av pårørende++ Det tar også tid når pasienten skal få utføre det han kan selv. Rehabiliteringstanken: f. eks: gå ut på badet selv med støtte av 1-2 personer i stedet for å kjøre rullestol.... I mange tilfeller tar det lenger tid enn stell til sterkt pleietrengende. Antall oppdrag på arbeidsliste: kan være fra 2 pasienter til 15. Bør spørre etter snitt\måned. Antall pasienter måler lite tyngde på liste. Kan ha 20 små oppdrag der det er lite forflytning som er mindre belastende enn liste med 3-4 oppdrag.
- Føler at normtidene ikke tar hensyn til faget vårt og at det er demotiverende å ha hatt en treårig høyskoleutdannelse der man ikke skal bruke den kunnskapen man har tilegnet seg der. Normtidene gjør at man ikke "har tid til" faget da egne vurderinger, hode-hjerte-hånd ikke er et tema. Nå snakker vi mer om hvor mange praktiske oppgaver man kan presse inn på kortest mulig tid. Jeg spør meg selv hvor mennesket er oppi dette, når man skal for eksempel dryppe øyne eller gi en medisin på 10 min? Skal man hilse på vedkommende før man drypper? Spite hendene, ta på skotrek? Observere om bruker har andre behov? Kan man starte en høflighets samtale og klare å avslutte den på disse 10 min, eller skal man ikke si noe, slik at man ikke blir stående? Bivirkning og effekt av behandling? Skal man ta seg tid til å vurdere det? I tillegg regner man ikke forflytningstid i arbeidslistene når man snakker normtider, men det kommer vel inn under en

annen diskusjon. Slik det er per i dag kommer også forflytning inn i normtidene, så "face to face tid" blir muligens en del mindre enn den som er satt opp. På denne måten er jo egentlig normtidene irrelevante for det gir ikke noe reelt bilde av hvordan arbeidet er satt opp og hvordan det i realitet blir utført. Når det gjelder hvor mange brukere det er per liste per vakt: En bruker kan ha 3 timers stell og man har kun denne på en dag. En annen dag kan man ha 20 oppdrag som er korte på et sted der alle bor i samme boligkompleks. Neste dag har man kanskje 5 oppdrag på 10-40 min hver der man må forflytte seg over et større område. Dvs at når man spør om hvor mange brukere jeg har på listene kan man i realiteten ikke lese noe ut fra svaret jeg gir.

- Som nevnt tidligere; transporttiden blir tatt fra tid hos pasientene. Etter normtidene er det enda mer press på arbeidslister. Det haster å få gjort noe ift dette.
- Normtidene har fjernet den lille fleksibiliteten som var i systemet tidligere. Det blir problemer ved sykdom i gruppen. Det er ikke marginer å gå på lenger. Hva hvis alarmer utløses hos pasienter som ikke har tildelt HSY eller ikke har hjelp på det tidspunktet alarmen utløses? Det vil være slik med en pasientgruppe som oppleves å bli dårligere og som etter hvert har større og større forventninger til personlig tilpassing at gapet mellom tildelte ressurser og muligheten til å gi persontilpasset HSY reduseres. Det oppleves i mange tilfeller som at forvaltningen blir en motstander i stedet for en samarbeidspartner selv om man følger normtidene i langt de fleste tilfellene. Forventningene til FVE i forhold til oppfølging av pasienter som motsetter seg/ikke ønsker hjelp fra HSY, men der det er kommet bekymringmeldinger fra andre faginstanser eller pårørende, er også vanskelig å oppfylle. HSY får ikke tildelt tid til dette. Det virker også som en noe merkelig ting at man ikke får tildelt tid til å levere ut multidoser fra HSY kontoret til pasient hvis dette er den eneste hjelpen pasient mottar. Modellen med 100% innsatsstyrt finansiering uten en form for grunnfinansiering av det som er en grunnbemanning for å drifte hver enkelt hjemmesykepleiegruppe kan det vel også stilles spørsmålsteget ved. Tenker da på gruppeleder og ass. gruppeleder. Brukerne opplever at HSY har dårligere tid. Tempoet går opp. I forhold til faglig forsvarlighet opplever jeg at de største utfordringene er i forhold til medikamenthåndtering. Dette gjelder dosering og utlevering. Tiden til å jobbe på medisinerommet oppleves som for knapp. Det blir også knapt med tid til opplæring. Nye prosedyrer og nye ansatte.
- Det har vært tydelig at de ansatte synes at hverdagen er travlere og mer hektisk, mindre tid hos bruker, evt. mer tid hos bruker og mindre tid til annet oppfølging, rapportering og lunsj. Flere som har sagt opp jobbet siste halvåret, dette har påvirket miljøet enda mer og vanskelig å rekruttere nye sykepleiere. Dette gir merarbeid på de som jobber og alltid kommer på jobb. Ofte sykdom daglig og mye sykemeldinger som følge av dette. Ofte blir viktige arbeidsoppgaver på feks. medisinerom satt på vent for å ta en liste ute når vi ikke får lov å ta inn vikarer. Henger alltid etter og slukker brann hele tiden, dette blir slitsomt i lengden. Prøver hele tiden å justere oss, men alltid mye ekstra som skal gjøres. Det er undervurdert hvor mye tid det tar å følge opp enkelte pasient utenom selve normtiden hos pasient, særlig medikamenthåndtering og samhandling med lege om pasientens helse.
- Demensarbeidslaget har samme normtider som de andre gruppene i HSY. Dette har resultert i at flere fagpersoner og de fleste sykepleierne som begynte da vi startet opp Demenslaget har sluttet pga. av stort arbeidspress, for lite tid til primærarbeid, og oppfølging av pas.
- Pasientene opplever sterk endring etter nye normtider. Pasientene forteller om presset og stresset personale, og at pasientene vet at det ikke er tid til mye prat etter at oppgavene er gjort. Mindre tid med pasienten gjør det vanskeligere fange opp eventuelle endringer i forhold til pasientens helse, samt at pasientene selv ikke får anledning til å formidle sine behov. Personalet opplever mye negativt stress, mange beskjeder blir glemt og faren for å gjøre feil med medisiner øker. Mange oppgaver blir nedprioritert fordi arbeidsmengden og arbeidstempoet er for høyt.
- Normtidene er for knappe på oppdragene over 20 min. RIK burde vært egen tid i tillegg til stell etc.

- Med endrete normtider, er arbeidslistene blitt tettere. En skal forflytte seg raskere mellom brukerne. Blir lett et jag når en har mange korte oppdrag på listen. 10 min. oppdrag er alt for kort, med tanke på at vi skal inn til bruker, henge fra oss ytterklær og ta på sko trekk. Bruker har gjerne behov for å snakke/ta opp ting. I tiden skal også MNA vurderinger med vektregistrering tas. Da går tiden fort, og en føler at en ikke får utført en tilfredsstillende jobb. Et stort minus at HSY ikke får betalt for kjøretiden. Brukere bor gjerne et stykke fra hverandre.
- Vi har alltid hatt et veldig godt miljø og samhold i gruppen, men dette er blitt dårligere etter de nye normtidene kom. Vi har ikke lenger tid til å ta vare på hverandre og pleie samholdet. Hvis det fortsetter slik vil jeg tro det kommer mange sykemeldinger eller oppsigelser fremover. Det går også utover pasientene da vi lett glemmer ting som må gjøres da vi har det travelt.
- Normtidene har fratatt pleiere muligheten til å utøve nødvendig omsorg for pasientene. Dårlig kvalitetssikring.
- Travel hverdag. mye stress, vanskelig å prioritere arbeidet da det er mange "viktige" oppdrag. Ikke tid til noe ekstra arbeid utenom oppdraget. Føler ofte man må avbryte pasienten ettersom man ikke har tid til å prate. Liten tid til å gjøre administrative ting. Ordne opp etter oppdragene ute.
- Føler at jeg har fått en mer stressende arbeidsdag. Vanskelig å prioritere da det er flere brukere med likt hjelpebehov som skal ha hjelp til samme tid. Det har blitt mindre tid til å ordne opp i forskjellige ting som gjerne trengs å ordnes opp i hos/med brukere. Får følelsen av å ha for lite tid hos brukerne.
- Kjenner at jeg er frustrert og ser nå etter ny jobb.
- Merker for tiden veldig lite til nye normtider. Det var en innkjøringsfase som var meget slitsom med veldig fulle lister og mange pasienter. Men dette har bedret seg betraktelig.
- Det var nok riktig å revurdere de normtidene som var, og på enkelte oppgaver er de nye normtidene reelle, mens på andre oppgaver er tiden litt knapp. For oss som har stort geografisk område og dermed mye kjøring er beregning av tiden vanskelig så lenge det ikke finnes et program for at man kan legge inn kjøretid mellom pasientene. Det gjør at det blir vanskeligere så se hvordan normtiden faktisk fungerer.
- Arbeidet i hjemmesykepleien er mer krevende enn noen sinne. Sykere pasienter, mindre tid og flere krav, går ut over kvaliteten på arbeidet. Følelsen av å ikke strekke til, og gå hjem med "halvgjort" jobb, går ut over forsvarlighet og arbeidsgleden. Dette igjen gir helseplager. Flere sykepleiere har og skal slutte, og vi er flere som ser etter ny jobb.
- Her vil jeg nevne meningen til en av pasientene våre: Hun mente " jeg stresser veldig når folk fra hjemmesykepleien kommer hos meg fordi de stresser mye".
- De nye normtidene har vært en dårlig løsning fra første dag. Kvaliteten på arbeidet har gått ned, og vi går hjem med dårlig samvittighet fordi arbeidet bærer preg av hastverk. Kvalitetstid og den gode samtalen under arbeidet er forsvunnet. Ansatte og pasienter er resignerte og apatiske.
- Samarbeidet med forvaltningen og mangelfull individuell tilpasning fører til redusert kvalitet på tjenesten og økt stress for de ansatte. Dette går igjen ut over arbeidsmiljøet. Opplevelsen av stress i gruppen har økt. Faglig forsvarlighet blir ivaretatt, men tid til å prate, tid til at pasienten kan utføre noe av stellet selv osv, er redusert, dette fører til samvittighetskvaler for de ansatte. Grensen med +/- 2 timer blir fulgt konsekvent av saksbehandler. Det fører til at hjemmesykepleien utfører daglige oppdrag som ikke gir inntekt. Konsekvensen er svekket økonomi for gruppen. Bydeler med store geografiske avstander får problemer med at kjøretid ikke er inkludert.
- Løper og stresser mye mer. pasienten merker at jeg har dårligere tid. er ikke mulig å skynde seg langsomt lenger
- Syntes det er for liten tid og for mange pasienter på en liste. Mindre tid til å kunne samarbeide med kollega.
- De nye normtidene skaper en farlig form for stress hos de ansatte. Vi blir syke og dette går videre ut over brukerne og kolleger. Vi bruker mye tid på å ringe brukerne og beklage at vi er forsinket.

Dette tar ekstra tid. Brukerne ringer og etterlyser hjelp mye mer nå enn før. Opplevde nylig en bruker som spurte om vi har det mer travelt nå enn før. Ja det har vi svarte jeg. Hun sa, det har jeg skjønt for de koselige og blide jentene som pleier å komme her smiler ikke lenger! Dette er ikke kjekt for brukerne! Opplever at det gjøres mye feil både fra sykepleiersiden og oss andre. Dette være seg medisiner, oppdrag som blir glemte osv. Fryktelig synd at det fine arbeidsmiljøet vi har hatt hos oss er forsvunnet. Folk er irritable og streset.

- Føler at jeg må skynde på pasientene. Det er liten tid til at de skal bevege seg fra a til b. Må avbryte dem i en samtale.
- Normtidene er for korte. Pasientene er eldre enn før, og trenger mer hjelp. Pasienter som for eksempel kun har hjelp til dusj x 1 pr uke, ønsker at vi har litt mer tid til å prate med dem. Dusj, observasjon og prat tar mer enn 25 minutter. Vi kjører over store avstander, og kjøring er ikke medregnet i tiden. I løpet av en arbeidsdag får vi mange klager for at vi kommer for sent. Dette fordi vi ofte må bruke mer tid enn det som er bestemt. Mange pasienter må vente lenge før de får hjelp om morgningen, dette fordi vi gjerne har 5 pasienter på listen som skal ha hjelp før klokka 09. Dette problemet kunne gjerne vært løst med større bemanning om morgningen, når de fleste ønsker hjelp.
- Opplever nå nedsatt kvalitet på tjenesten HSY yter. Vært en del frustrasjon i HSY der flere har vurdert sin stilling i HSY. Opplever stort press på de ansatte som løper fortere enn før. Man forsøker så godt man kan å utføre tjenestene til pasientene på en god og forsvarlig måte. Skal man klare å opprette samme kvaliteten med flere besøk på vekten går dette også utover den administrative tiden man har til rådighet. Kjøretid er heller ikke inkludert. Pleiere i HSY er svært smidige men nå må man stoppe opp litt og tenke hva kvaliteter som skal prioriteres. Er det effektivitet som skal belønnes foran kompetanse, verdighet og omsorg? Det må være mulighet til å parkere bilen, låse seg inn, ta av seg yttertøy, på med sko trekk, sprite hendene og på med hansker, hilse på pasienten, utføre oppdraget samtidig som man observerer og snakker med pasienten, avdekke evt. nye hjelpebehov og utføre. Mine tanker er at det fort koster mer både for pasienten og samfunnet om vi ikke tar oss tid til å avdekke endringer i pasientens helsetilstand i et tidlig stadium.
- Opplever at pasienter som har oppgaver på 10 min kan føle at hjemmesykepleien bare går ut og inn med en gang. Det er ofte ingen rom for å dele tanker og meninger enn det som har med selve oppgaven å gjøre. Hvis pasienten har mye på hjertet må man rett og slett avbryte for å ikke bli alt for forsinket. For min jobb som sykepleier føler jeg at effekten av det vi gjør går tidsvis på bekostning av kvaliteten. Jeg mener i all hovedsak at kvaliteten ikke har blitt verre enn før normtidene kom, men i enkelte situasjoner/perioder med mye stress og arbeidsoppgaver, kan det være tilfelle.
- Jeg opplever mye mer stress i løpet av arbeidsdagen min. Liten tid, mye arbeid. Mye overtid. Går ofte hjem med en dårlig følelse av å ikke ha fått gjøre jobben min godt nok. Det er sjeldent jeg føler jeg kommer i mål før jeg går hjem fra jobb, noe som igjen fører til mye tanke kjøring når jeg er hjemme.
- Tar lang tid å øke dem. Mye frem og tilbake, inn og ut av sykehjem/sykehus som gjør tiden for å øke tjenesten lenger. Ass. gruppeleder skal i hovedsak kontakte FVE. Burde være SPL primærkontakt som kontaktet FVE, da hadde økningen gjerne gått raskere. UHOLDBART å måtte dokumentere i 14 dager på noen som åpenbart trenger økt hjelp.
- Det oppleves for ofte at jeg ikke har tid til å utføre alle de meroppgavene jobben medfører. Dvs, oppfølging i forhold til medisinendringer, konferering med lege og andre instanser som NAV, sykehus, sykehjem og forvaltning. Veiledning med studenter og kollegaer blir nedprioritert. Det samme gjelder primærarbeid og ellers administrative oppgaver som er blitt pålagt etter samhandlingsreformen. Pasienter er sykere enn tidligere når de kommer hjem, spesielt kreftpasienter. Koordinering mellom de forskjellige tjenestene er svært tidkrevende, og må prioriteres. Det er i dag alt for lite rom for dette. Grunnet kravet om høyere nærvær ute hos pasientene er faren for feil betydelig, og den faglige forsvarligheten settes på spill.

- Det er ren flaks og ubetalt overtidsarbeid som gjør at dette ikke har gått galt enda.
- Pasientsikkerheten blir for dårlig. Det er ofte at arbeidslistene fører til slik stort press at det ikke er faglig forsvarlig. Det fører til flere sykemeldinger blant ansatte og hyppigere bruk av vikarbyrå, dette kan da ikke være økonomisk besparende?? Det har ført til at ansatte slutter fordi de ikke orker presset. Pasientene opplever å få dårligere tilbud, hjemmesykepleien kommer ofte for sent. Det blir bare større krav til at hjemmesykepleien må løpe fortere. Dette fører til at de ansatte føler seg utilstrekkelig i jobben sin da det er krav fra både pasienter og fra kommunen og det er umulig å klare alle.
- Tiden er skjært inn til beinet, så det er travelt, og vi sliter med å holde hodet over vannet. Pasienter klager over at vi har for liten tid, de sier de merker at vi er stresset, og at vi har det travelt. De ansatte som jobber over lengre tid på denne måten, blir sykemeldt, eller så lei av jobben at de ønsker å finne seg ny jobb. Flere av mine kollegaer er på jakt etter ny jobb. Det oppleves tidvis uforvarlig å ha det så travelt som dette. Mitt forslag er at de som styrer normtider og sitter i ledelsen, kan ta seg et par vakter ute i feltet og se hvordan det oppleves. Vi på "gulvet" føler oss ikke hørt, og blir møtt med at "dette får man til i andre kommuner/byer".
- Normtidene er etter min mening for "trange" og har bidratt til sykemeldinger.
- Normtidene er veiledende og i mange tilfeller må tidene korrigeres. Opptrening og rehabiliteringsfokuset er borte og pas. får mindre "hjelp til selvhjelp". Det er mangelfulle observasjoner og ofte blir ikke tiltak iverksatt før det blir akutte hendelser. Personalet opplever stress og det er mye snakk om detaljer på hva en skal gjøre og ikke.
- Utfordringen blir forflytning mellom brukerne. Det blir flere pasienter på arbeidslisten, og det er ikke tatt hensyn til at det tar en del tid å forflytte seg fra A til B. Dette blir en utfordring når det kommer en god del flere på arbeidslisten. Det er ikke tatt hensyn til dette. Dette går også utover den faglige forsvarligheten.
- Jeg mener at det har blitt verre etter de nye normtidene kom. Vi for ikke nok tid hos pasientene, og pasientene oppfatter oss som at vi ikke har tid til de og at vi alltid har det travelt. Jeg syntes ikke det er kjekt å komme til pasienter med stort tidspress på meg og ikke ha tid til de. Oppdragstidene på listene går nesten aldri opp, og kjøre tiden er ikke tatt med i oppdragstiden heller. Med et slikt press har gjort at etter vert kommer til å søke annen jobb.
- Vi har økte avvik. vi vet at ikke blir ført. Vi har økt fravær, vi har mer vikarer som har dårlig norsk opplæring. uforvarlig bruk av vikarer. Dette skyldes at vi faste er mer syk, pga. økt belastning på vaktene, vi får mer press på oss i forhold til pasienter som skal følges opp. med de nye normtidene klarer vi ikke dette. lite kollegialt på jobben da alle har nok med sitt. vi klarer ikke å gi pas. forsvarlig hjelp i flere tilfeller da vi ikke har tid til å vurdere pas. sin allmenntilstand.
- Vi må ha mer tid skal vi kunne å utføre en forsvarlig tjeneste til våre pasienter.
- Jeg synes det går greit men noen ganger for mye på listene, og oppdragene stemmer ikke alltid med tiden. Var mer skeptisk før vi begynte med det. Trives godt i jobben.
- Synes virkningene av nye normtider generelt har vært negativ både for pas og ansatte. Skaper frustrasjon når det tidsskjemaet er så knapt.
- Får ikke gjort jobben godt nok. Mange ganger føler jeg ubehag av å måtte gå fra pas pga. dårlig tid, da det er andre pasienter som venter. Uforvarlig da det ofte ikke er mulig å følge pasientene godt nok opp. For liten tid da det er alt for mange pas på listene.
- Det er ikke mulig å gjøre en faglig forsvarlig jobb med så mange pasienter som vi har på listene. Dette fører til at ansatte blir stresset og vi har liten tid til å snakke bade faglig og kollegialt. Det er veldig synd for både ansatte og pasienter. Det er liten tid til å rekke internundervisninger og personalmøter. Mister en del viktig informasjon. Lunsjpausene blir ofte brukt til å motta praktiske beskjeder og omfordeling av lister. Dette føles ikke bra. Alt I alt så ser jeg ingen positive ting med reduksjonen.
- Jeg føler at normtidene som oftest ikke er tilpasset pasientens behov. Det går utover kvaliteten på tjenesten og stressnivået for den ansatte.

- Jeg føler det det stort sett er det samme. Enkelte tilfeller er det alt for lite tid til å utføre arbeidsoppgavene dine ordentlig. Du må hele tiden se på kl. fordi du skulle vært et annet sted. Ofte alt for mange på listen i forhold til det du har muligheten til.
- Jeg opplever at vi som regel rekker å gjøre det mest påkrevde som står på oppdraget. Men det er lite eller ikke noe rom for at man noen dager trenger lengre tid hos pasienter, for eksempel som følge av svingende dagsform hos pasient, uforutsette hendelser eller behov for samtale/kontakt med pårørende e.l. Dette tidspresset kan oppleves svært stressende - noen tåler det, eller lærer seg å tåle det, andre ikke. Innstramningen av normtider gjør at vi skal innom flere pasienter på en vakt, og det følger ofte med ekstraoppgaver/administrative oppgaver som ikke er innberegnet i normtidene. For eksempel dosettfylling, som er normert til 10 minutter. Rent teknisk kan nok selve dosettfyllingen gjøres på 10 minutter, men normtiden tar ikke hensyn til at man i etterkant skal sjekke om resepter er gyldige, bestille legemidler fra apotek, og bestille nye resepter fra lege. Her går det MYE mer tid enn den normerte.
- I det hele tatt gjør bruken av normtider til at kvaliteten på tjenesten forringes. Etter endringen i desember 2015, har det tatt mye tid og ressurser å samarbeide med saksbehandler om å få økt tiden på oppdragene. I tillegg merkes det at administrative oppgaver og kjøring mellom pasientene tar utrolig mye tid. Tid som ikke er planlagt på arbeidslister.
- Opplever at å gå ned i tidsbruk hjå pas er feil vei å gå. Terskelen for å få hjelp er blitt høgare. Folk har stort sett gode boliger i dag og ønsker å vere heime. Mange av pasientene har høg alder, forflyttar seg langsomt og klarer ikkje sjølv å førebu seg til hsy kjem. Då blir det fort ekstra arbeid på hsy, som å finne reine klær, tine mat, etc. Opplever at eg kunne hatt verdens beste jobb, ved å få tid til å gjere det eg skal, på ein god måte.
- Helt ok ved enkle oppdrag som øyedråper og medisintil levering, utfordrende å få tiden til å strekke til hos tunge og sterkt pleietrengende pasienter. Opplever også særlig ved smertepumper og tillaging av medisiner at tiden ikke strekker til og man lett kan slurve pga. stress. Har for lite tid til å kunne følge opp primærpasienter på en god måte.
- Normtidene speiler sjeldent virkeligheten hos den enkelte pasient. Noen har behov for mer tid, mens en hos andre får utført samme type oppdrag på kortere tid. Det kan virke som om det sprer seg en viss "redsel" for å dokumentere de tilfellene av kortere tidsbruk enn normtiden, da det fremstår som lettere for forvaltningen å kutte på tider enn å innvilge mer tid der dette trengs. I noen tilfeller oppleves det at kutt i normtider eliminerer det menneskelige aspektet i relasjonen mellom ansatte og pasienter. En får gjerne utført oppdraget som det er beskrevet i oppdragsteksten, men tidspresset kan bidra til å endre samhandlingen og maktfordelingen mellom partene. Pasienten blir mer objektivisert og det økte fokuset på selve handlingen (oppdraget) kan bidra til at pasienten blir en mer passiv og underordnet part i samhandlingen. En kan anta at dette kan svekke informasjonsflyten mellom partene og følgelig noe av grunnlaget for god og forsvarlig pleie. Videre kan en jo også spekulere i om pasientens opplevelse av pleien som mottas også vil forringes.
- Endrede normtider har gjort at vi har flere pasienter på en vakt, man merker stresset mer når man har mange lange oppdrag som ofte er på samme tid. Siden listene er mer "tettpakket" får man ikke anledning til å vurdere og observere noe som kanskje gjør at feil, endringer oppdages senere. Selv om man gir tilbakemelding om at normtidene ikke er dekkende tar det jo tid dokumentere dette, mange har kanskje brukt lengre tid en stund uten at det er meldt fra grunnet tidsnød. Tiden som er igjen til kjøring, rapport, lunsj bytte av nøkler samt telefonsamtaler og annet administrativt blir for kort, noe som gjør at man går fra jobb og føler man har gjort alt halvveis. Negativt stress.
- Endringene er negative for brukerne og de ansatte fordi de ansatte må ha flere oppdrag på listen for å ha tilstrekkelig tid på listen ift. å kunne forsvare økonomien. Fører til høyere arbeidspress og mer frustrasjon hos ansatte. Reduksjon av normtidene har medført lavere ABF-inntekt og det gir mindre rom for å drive faglig utviklingsarbeid, avvikle møter i avd. m.m. Vi mener også det har medført flere skader på bilene pga. tidspresset de ansatte opplever. Normtiden på

medikamenthåndtering er ikke endret, men den har vi i flere år hevdet burde vært individuelt utmålt og ikke en standardtid. Det at vi ikke får tildelt noe tid til utlevering av multidose er også utfordrende.

- Jeg opplever at hjemmesykepleien er nederst på rangstigen i kommunen. Det er ikke tatt hensyn til arbeidsmiljø hverken den sosiale eller fysiske delen med tanke på å kunne ha tid til å være sosial i lunsjen eller opplevelse av tidspress og stress. Det er nå ikke rom for alarmer eller at det skal kunne skje noe uforutsett. Kvaliteten på hjelpen vi gir blir dårligere, faren for å gjøre feil øker og arbeidsoppgaver blir nedprioritert/ utsatt eller ikke utført og man opplever at den faglige forsvarligheten kan være redusert til tider.
- Har ikke sterke meninger om de enkelte minuttberegningene, men jeg har mange tanker om normtidssystemet generelt og kuttene i normtidene fra 2015 spesielt: De reduserte normtidene fjernet stort sett siste rest av "spillerom" i pasientmøtene. Tidene er kuttet til beinet, som sykepleier må jeg ofte utføre oppgaver på en måte som jeg vet ikke holder mål faglig. Dette har flere alvorlige følger, for pasientene først og fremst, men også for medarbeidere som opplever negativt stress og tap av kontroll over egen arbeidssituasjon. Jeg vil nevne en tydelig negativ konsekvens: - sparer vi et minutt på å overtale en oppgave fra pasienten, må vi gjøre det, selv om vi vet det fører til funksjonstap og større hjelpebehov på sikt. Vi mister f.eks muligheten til: å la pasienter reise seg, gå noen skritt til døren og åpne når vi kommer - det går fortere å låse seg inn. - å la pasienter forflytte seg selv under tilsyn, - det går fortere i rullestol - å la pasienter utføre deler av stellet selv - vi gjør det raskere. Mer romslige normtider gir mulighet bedre faglighet i pasientmøtene på tross av den snevre tilnærmingen til helsetjenester som ligger bak systemet. Hjemmesykepleien i Bergen har hver dag flere tusen hjemmebesøk hos pasienter der vi med liten ekstra ressursinnsats kan gjøre mye for å hindre helsetap og øke livskvaliteten til pasientene. Normtidene, og en uhensiktsmessig oppdeling av funksjoner i kommunehelsetjenesten i Bergen, ødelegger den muligheten. Dette er et stort paradoks, for kommunen kommuniserer i alle sammenhenger at de satser på forebygging, at de jobber for at eldre skal bo lengst mulig i sitt eget hjem. Kommunen bruker også store ressurser på rehabiliteringsinstitusjoner, hjemmerehabilitering og annet, mens hjemmesykepleien pålegges å jobbe under et finansieringssystem som ikke er helsefremmende, der rehabiliterende tiltak er definert ut, og der reduksjonen i normtidene nå ødelegger for sykepleiernes mulighet til å gjøre gode, faglige tiltak på tross av "systemet".
- Har blitt hektisk i perioder. Har fått for lite tid om det oppstår akutte forandringer som tar mer tid, eller alarmer som må rykkes ut til. Blir da forsinket. Dette kan føles som at vi har det for travelt av pasienter som sitter hele dagen og bare venter. Normtidene kan gå om det ikke er for mange pasienter med feks. 10 min og det å forflytte seg til neste pasient og tar 10 min (og ikke avsatt tid til det). Går bedre med færre pasienter på lengre tid, og få forflytninger.
- Klarer ikke å betjene 6 pasienten på 60 minutter, så hvis det er mange 10 minutters oppdrag går det utover pasienten, med at pasienten blir sittende å vente på hjemmesykepleien.
- Du har liten tid til pasientene, de får ikke den oppfølging de har krav på.
- Vi har godt arbeidsmiljø, derfor enklere med en travel hverdag. Jeg har ikke arbeidet her lenge nok til å huske ordentlig hvordan det var før og etter. Men, opplever generelt at det ikke er kapasitet til å få gjort ordentlig sykepleierarbeid, altså oppfølging og observasjoner, ikke minst forebyggende arbeid. Opplever at det er vanskeligere å få gitt ordentlig omsorg. I hjemmet er det viktig at brukerne gjør mest mulig selv, dette er det ikke alltid tid til, det går raskere om HSY for eksempel hjelper til med påkledning. Som sykepleier er jeg overrasket over hvor mye tid som går til til adm.arbeid, for eksempel kommunikasjon med de enkelte helseforetakene, fastlege osv. Føler jeg bruker svært mye tid på å "nøste" opp i for eksempel medisinerendringer osv. hvis en pasient for eksempel kommer fra sykehus. Føler ofte at hjemmesykepleien må ordne opp i svært mye som for eksempel skulle vært fastlegens arbeid, evt. sykehusavdelingen bruker kommer fra, dette i oppstartsfasen. Dette gjelder særlig terminale pasienter, pasienter

med kreft eller som har en enkelt diagnose som hovedgrunn for at vi kommer, for eksempel sårstell, intravenøs behandling osv.

- Uforsvarlig i forhold til Brukere. Dårlig kvalitet på tjenesten. Mer stress for ansatte.
- Umenneskelig behandling av gamle syke mennesker som fortjener bedre enn at hjelpere skal løpe inn og ut. Hjelpere som går der også blir syke og slitne. Det er mer sykemeldinger, og de som jobber i eldreomsorgen ser etter andre mer lettvinde jobber enn. For ingen vil slite seg ut før man blir pensjonist. Jeg er sykepleier, og dersom det skulle dukke opp jobb på legekontor eller andre lettere jobber så vil jeg ikke nøle med å søke meg ut av helsetjenesten.
- Opplever normtidene stressende og etterlyser å bli hørt av etaten hvordan det går uti felten og hva som er utfordrende i arbeidet. Pasientene blir eldre med mere kompleks sykdomsbildet som krever oppfølging og tilrettelegging. De ansatte (spesielt sykepleierne) er utsatt for stort arbeidspress pga. større ansvar for pasientene. Sykepleierne får liten tid til å følge opp feks ernæring, avvik skjer ofte med medisiner og det oppleves vanskelig når man ikke får gitt den omsorgen mange trenger pga. angst, sorg og sykdommer.
- Som sykepleier har vi ansvar for mye dokumentasjon. Dersom disse arbeidsoppgavene ikke blir fulgt opp, kan det gå ut over forsvarligheten i arbeidet vår. Denne delen av jobben føler jeg er undervurdert av personalet som planlegger sykepleiernes arbeidsdager.
- Synes at det er blitt svært travelt i hjemmesykepleien - Jeg merker at jeg er blitt opphengt i å bli ferdig med listen. Redd for å bruke for lang tid hos hver pasient slik at jeg ikke kommer gjennom listen min i løpet av dagen. Stressfaktor at jeg føler at jeg alltid må skynde meg. Redd for å gjøre dårlige faglige vurderinger grunnet at jeg må skynde meg til neste pasient. Mange av pasientene er dårlige og har et mer sammensatt sykdomsbildet en det som står på tjenestene. D.V.S at de har mange tilleggslidelser som gjør at arbeidet kan ta lenger tid enn det som er innvilget fra forvaltningen. Mange pasienter har ingen pårørende noe som påvirker arbeidsmengden vår. Vi får nye pasienter på kveld helg. Det tar tid bli kjent og få på plass hvilke hjelp de ønsker samt at de skal bli kjent med hva hjemmesykepleien kan gjøre for dem. Pårørende trenger tid til samtale og støtte. Ivareta syke gamle pasienter og deres pårørende tar tid. Og det er viktig at vi tar oss den tiden til faglig forsvarlig god sykepleie.
- Jeg synes at endringene i stor grad har gått ut over kvaliteten på vår tjeneste. Både med tanke på observasjoner og oppfølging generelt. Det resulterer bl.a. i overtid eller at oppgaver må videreføres/utsettes. Den sykepleiefaglige kvalitet og sikring av denne kan dessverre synke/reduseres - dette må vi kjempe for at ikke skal skje. Pasienten i sentrum!! Da må vi ha tid og rom for sanselig tilstedeværelse. Pasienten skal føle seg sett og hørt. Viktig også med tanke på at jeg som sykepleier skal trives i min tjeneste blant pasientene.
- Legemiddelhåndtering som er vårt største risikoområde spiser enormt mye av arbeidstiden til sykepleierne. Samtidig er dette den oppgaven der reell tidsbruk og innvilget tid samsvarer minst. En doseringsliste med 1 time og 15 minutter i vedtakstid bruker to sykepleiere en hel arbeidsdag (2 x 7,5 timer) til å komme igjennom. Det går videre med masse tid til rapportering og dokumentering for å faglig begrunne behovet for økt vedtakstid på pasienter. Min opplevelse er at det gjelder svært mange av pasientene og det virker som om normtidene tar lite hensyn til at pasientene som vi gir tjenester til har reduserte funksjoner. Nedsatt gangfunksjon, hørsel, hukommelse, syn, matlyst, og generell alderdomssvekkelse for å nevne noe gjør at alle operasjoner går saktere enn hos friske. Det er ytterst sjeldent at flere oppgaver (som feks. stell/dusj, frokost, støttestrømper, medisiner og legging) kan gjennomføres på så knappe vedtak (normtider) som vi har i dag. En annen utfordring er at pasientene har behov for bistand til "små oppgaver" som ikke kan fattes i vedtak, som ikke er daglige og som heller ikke er mulig for oss å overse.
- Det kan gå ut over faglig forsvarlighet hvis arbeidspresset er veldig stort. Noen av brukerne opplever at hjelpen kommer altfor sent på dagen. De ansatte virker ofte mer stresset enn før.
- Jeg opplever arbeidsdagen min mye mer stressende.

- Mer stress og mindre kvalitet i arbeidet. Arbeidsoppgavene blir utsatt og bare tatt det viktigste. Underrapportering pga. tidspress.
- Det ble en fysisk og psykisk belastning for meg da normtidene ble innført. Dette førte til store endringer i tiden hos pasientene og flere pasienter pr ansatt. Det ble en svært stresset hverdag hvor jeg ikke fikk observert og spurt pasienten om det en burde spørre om, fordi vi da kunne bli "holdt igjen" av pasienten og dermed ville hele arbeidsdagen forskyve seg. Hvor vi da kunne risikere å måtte jobbe overtid. Det er klart at dette er faglig uforsvarlig, å være tvunget til å "overse" ulike behov pasienten har. Dette gjelder pasientens fysiske og psykiske helse, pasientens ernæringsstilstand o.l. Å være under et slikt press dag etter dag gjorde at jeg til slutt måtte sykemelde meg, den psykiske og fysiske belastningen ble til slutt så stor at jeg ikke klarte å konsentrere meg, mistet nattesøvnen og hadde svært lett for å ta til tårene.
- Som nevnt tidligere, 10 min oppdrag er ikke forsvarlig. Vi har et observasjonsansvar til pasienten. Det er stress å få en arbeidsliste med 15/20 besøk som skal gjennomføres pr vakt. Det føles ikke godt å være den som har ansvar og må pålegge de ansatte å ha disse "overfylte" listene. Hvert besøk krever en forflytning mellom pasienter. 20 slike pr vakt, krever tid, krefter, og at en er konsentrert. Dette er ikke forsvarlig til tider. Det er en fysisk og psykisk krevende jobb vi har i hjemmetjenesten. Jeg forventer at 10min oppdrag blir tatt bort/økes. At ikke normtider /tid hos pasient også skal innbefatte administrativ tid, med det mener jeg at timepris pr min hos pasient også skal drifte administrativ tid /bilhold/forflytning av personale mellom pasient. Det må legges i rammefinansiering.
- Jeg mener at det går ut over pasientsikkerheten. Pasientene trenger mer tid til morgenstell. De er gamle og spretter ikke opp av sengen. Ser at man glipper på rapportering. Opplever mer negativitet i jobben, både fra kolleger og pasienter. Pasientene sier: " dere har det vel så travelt".
- Det er behov for å skissere transporttiden i tillegg til normtidene. Dette spesielt etter nye normtider, da det følgelig har ført til mer transporttid grunnet flere oppdrag.
- Flere ansatte har sluttet som følge av det store arbeidspresset. Vi har ikke fått kompensert for kjøring. Det er SVÆRT urimelig at kostnaden med biler ligger i ABF-èn. Vi mangler svært mye folk og bruker vikarbyrå i stor stil. Noe som både er dyrt og kvalitetsmessig dårligere enn egne ansatte. Vi merker at det er blitt færre søkere til stillingene og jeg vet at flere ansatte vurderer å finne seg annet arbeid, inkludert meg selv. Følelsen av utilstrekkelighet er til tider kvelende.
- Det er for mange pas på listene, både dag, kveld og helg. Mye kjøring utgjør og at det blir veldig travelt. Det ble utført en bedre tjeneste før de nye normtidene, og det er blitt en økning i sykemeldte og det er tyngre for de som jobber ute nå enn det var, travlere dager
- Har for lite tid. Får ikke gjort en god nok jobb hos pasientene, bruker mer tid enn oppsatt og kommer derfor sent til pasienter.
- Jeg opplever at pas/pårør ofte har spørsmål som det ikke blir tid til/tar for lang tid å svare skikkelig på- er tidvis uforsvarlig. Det er ikke tid nok å komme/kjøre fra en pas til neste - er ofte på etterskudd - fører til stress for den ansatte. Pas føler pleierne som travle, velger ofte å ikke ta opp spørsmål med pleieren som kommer. Pas får hjelp til ulike tider (vanskelig å holde tidene på arbeidslistene og tidvis planlagt ulike tidspunkt pga. ulike arbeidsmengde hver dag) - gir en uoversiktlig og rotete hverdag.
- Det kan bli mer travelt på arbeidsplassen etter normtidene ble innført. Mén, det er bra og ha som ett dokumentert utgangspunkt. Bra at vi også kan gi tilbakemelding til forvaltningen hvis vi må øke/ redusere tiden.
- Normtidene oppleves som for lite tid med tanke på hvem som skal ha hjelp. Dette er personer med forskjellige lidelser enten fysisk eller psykisk som gjør at de ikke klarer et stort tempo.
- Føler at det alltid blir liten tid og det må prioriteres. Vi har med demente å gjøre
- Føler frustrasjon i forhold bilkjøring og arbeidsbelastning på listen. Bruker mye tid på å finne rett parkering mellom hver pasient. Føler jeg stjeler tiden til mine pas når bruker så mye tid til dette. Vi burde hatt tillatelse til parkering og fått bot dekket hvis vi pga. feil parkering /alarm. Må raskt til en pas.

- Reduserte normtider oppleves som en provokasjon. Vi har alltid hatt det svært travelt, også før de nye normtidene ble innført. Kvantitet og besparelser på bekostning av kvalitet. Ser det som utenkelig at dette er en jobb man kan "bli gammel" i. Man føler på urealistiske forventninger fra både pasienter/pårørende og ikke minst arbeidsgiver hver eneste dag. Det er ikke samsvar med oppgavene som skal utføres og følges opp og tiden som er avsatt.
- Etter endringen i normtidene, opplever jeg at de ansatte har fått flere pasienter på listen, noe som oppleves som et stress moment. Oppgaver som blir tildelt utenom vanlige oppdrag, eks. MNA blir valgt bort grunnet tidspress. Det er mange avvik spesielt i forhold til medisiner både tillaging og utlevering. Noen oppdrag oppleves som ikke gjennomførbare, grunnet de nye normtidene, og da spesielt dusj. Eldre som får hjelp til dusj, bruker ofte mer tid enn 25 min, grunnet redusert funksjonsnivå, fallfare relatert til ustøhet og svimmelhet osv.
- Har ofte for liten tid og det blir stress, spesielt for de ansatte.
- Det er blitt mye travlere og jeg oppfatter også at pasientene også synes hjelpen er blitt dårligere. Har ikke lenger tid til å få faglig påfyll.
- Brukerne føler vi ikke har tid til dem og at de er til byrde. Mange ansatte er veldig sliten fysisk og psykisk, mange har byttet arbeidsplass og mange vurderer å finne en annen jobb. Jeg selv tenker at jeg ikke kommer til å klare å arbeide i dette tempoet til jeg blir pensjonist. Jeg elsker jobben min men kroppen begynner å si stopp. Det blir gjort flere feil og avvik. Rapporter blir ikke skrevet. Dette fordi man gjerne ikke har tid eller at ting blir glemt når man har dårlig tid.
- Synes det er frustrerende å ikke kunne yte et godt nok tjeneste for pasientene våre.
- Har ikke tenkt noe på endring i normtidene, har bare fortsatt som før. Jeg føler ikke at arbeidsmengden (for meg) er noe annerledes enn etter at normtidene ble endret.
- Det ble en travel tid, dette skjedd også i det to grupper ble slått sammen til en. Brukerne var misfornøyd, pleierne slitne. Flere sluttet i gruppen pga. dette. Det er ofte ikke rom for å "møte" pasienten, tenke helhetlig sykepleie, man må bare videre til neste oppdrag. Etter hvert virker det som pasienten er blitt mer vant til dette, og vi er blitt mer vant til å jobbe slik. Selv om det oppleves utilfredsstillende.
- Det er blitt mere rot med medisiner, mangel på bestillinger av bleier og utstyr. Lite lyst til å hjelpe kollegaer for man er så sliten og har nok med å komme seg gjennom egen liste. Føler det mere utrygt på jobb. pas. er begynt å avlyse hjelp, for de ser at vi har liten tid og de er en generasjon som ikke klager.
- Normtidene er et ok utgangspunkt for finansiering. Men det er for liten tid satt av til spesielt morgenstell og ernæring. Det er for liten pott som skal dekke alle de administrative oppgave som bare blir flere og flere av for oss som jobber i hjemmesykepleien. I tillegg kjører vi bil i 1-2 timer hver dag som spiser opp administrasjonstiden vår. Derfor strekker vi ikke til da dette ikke blir tatt hensyn til Kjøring, lunsj, rapport, finne nøkler. Samt mye uforutsett som ikke dekkes av normtidene. Hver vakt har man noen dårlige pasienter som en må ta seg av som ikke dekkes under normtidene.
- De nye normtidene gjør slik at arbeidslistene blir svært tettpakket. Spesielt de listene hvor man har mange 10 minutters-oppgaver, blir vanskelig å få gjennomført uten overtid, eller å velge å ikke gjøre alle arbeidsoppgavene man skal. (F.eks ta ut boss, barbering etc.). Jeg mener man må få slutt på alle 10 min oppdrag. Mange pas. er veldig glad i å prate (Kanskje det kun er pleiere fra HSY pas. ser i løpet av dagen). Det er vanskelig å få avbrutt en samtale som pas. ønsker/har behov for. Kan og nevne f.eks skifte av stomipose på 10 min. Man kan aldri forutse om pas. har mye løs avføring som gjør at poseskifte tar lenger tid. Ta for eks dosettfylling på 10 min. Det mener jeg er uforsvarlig. Vi har veldig mange dosetter vi fyller i pas. hjem. Da skal man inn til pas, kle av seg, si hei, snakke med pas. om evt, virkning/bivirkninger av medisiner. Man skal finne fram, medisinene, ofte telle A/B prep a å føre i regnskap. Dette går IKKE på 10 min.
- Jeg tror på mindre styrt hverdag og mer tillit. Det er tidkrevende å forholde seg til normtidene fordi for hver enkelt pasient må det tilpasses og endres tid etter den reelle tiden som brukes hos pasient.

- Hverdagen i hjemmesykepleien er svært hektisk. Den var hektisk tidligere og men det har blitt ytterligere forsterket etter endring av normtidene. Pasientene våre er mennesker som er syke og skrøpelige, ofte ensomme. DE har behov for å prate og klarer gjerne ikke som oss å prate og utføre oppgaver samtidig. De stopper opp mens de snakker og det ubehagelig å mase og skynde på dem for at du skal klare neste oppdrag på tid. En viktig oppgave som sykepleier er samtidig å kartlegge og avdekke behov for sykepleie. Dette innebærer nettopp at du snakker med pasientene når du er hos dem, og søker opp allerede innsamlet data senere. Dette er tidkrevende, men helt avgjørende for å skape helhet og kontinuitet i pleien. Vi har samtidig mange ulike arbeidsoppgaver ila en dag: fylle bensin/spylervæske på bilene, sørge for at det er utstyr hos pasientene (bestille, kjøre ut) til de oppgavene vi skal gjøre, stå i kø på apoteket. Jeg er fortsatt rystet over at vi som tjeneste med lite ressurser fra før (dårlige lokaler, trangt medisinerom, kø for å bruke pc, for å nevne noe) fikk reduserte normtider og ber om å få tilbake sårt trengte minutter.
- Jeg mener at de nye normtidene fører til redusert kvalitet i pleien som blir gitt til pasientene. Det blir ikke tatt høyde for at man faktisk skal kjøre fra A-Å, dette er ikke regnet med når det blir laget arbeidslister fordi man ikke får penger for det. Det blir heller ikke gitt mer tid til førstegangsbesøk hos en ny pasient.
- Hverdagen oppleves mer stressende. Det blir stadig flere oppdrag på listene og det blir vanskelig å komme i mål på en ok måte. Pasientene merker og at personale er mer stresset enn tidligere. Samtidig ok at Forvaltningen tar signaler om at det er behov for mer tid i de enkelte tilfeller.
- Når normtidene krymper og pasienten blir dårligere, når pasientene kommer hjem før de er ferdigbehandlet, vil hverdagen bli mere hektisk. dette merker pasienten ofte, og noen ganger vegrer de seg for "å hefte" oss som de sier. Det blir helt feil.
- For stort arbeidspress
- Opplever at tiden hos pasientene er knapp. Tiden vi bruker i bilen telles ikke med og kan derfor "spise" noe av pasienttiden.
- Jeg trives på jobben, pas er skjønne og jeg har fine kollegaer. Alt i alt er det dette som driver. Det er veldig sårbart ved sykdom. Får man ikke tak i noen må de andre klippe denne listen. Dette fører til ekstra belastning på de som er på jobb, + at det går ut over pas som får mindre tid og omsorg.
- Å se på tiden på listen stemmer sjelden med virkeligheten. Et reelt eksempel: Å ha 10 pasienter i et borettslag (altså en gålliste) der alle står på enten utlevering av medisiner eller støttestrømper kl 9, og hvert oppdrag er på 10 min, føles frustrerende. Man klarer ikke å tilfredsstille alle, og at listen viser bare 1 time og 40 min før lunsj er ikke greit (og man får flere pasienter fordelt på seg). Du bruker tid på å gå, pluss kanskje litt ekstra tid inne hos et par av brukerne. Da går man til de som klager mest, og som roper høyest. Den som taper her er den stille pasienten som ikke vil klage. Man får også "skylapper" for viktige observasjoner når man har det så travelt, og kan gå glipp av viktige tegn til sykdom/forverring hos pasienten. Synes dessuten det er altfor lite tid satt av til dosering/multidoser og alt det administrative arbeidet med dette.
- Merker liten endring. Vi får den tiden vi trenger for å gi forsvarlige tjenester. Mer ansvar på hsy i forhold til å rapportere til fve når behov utenom normtider.
- De nye normtidene oppleves som en belastning. De fører til at jeg ofte ikke kan utføre sykepleie på en god og forsvarlig måte. Pasientoppdragene innebærer mer enn hva som står i vedtak. Dette er vår eneste mulighet til å observere pasienten, og spesielt ved 10 minutters-oppdragene er dette vanskelig. Det er STOR forskjell på å ha 6 pasienter med 10-minutters oppdrag i en time, kontra 4 pasienter med 15 minutter. Vi skal forflytte oss fra pasient til pasient, kle av oss, veksle noen ord mens vi utøver nødvendig pleie og observasjoner. Observasjoner som er helt nødvendige for at vi skal kunne utføre forsvarlig sykepleie. I mange tilfeller er vi heller ikke kjent i hjemmet, og må lete etter utstyr og det vi ellers trenger. Vi behandler mennesker, ikke forutsigbare maskiner. Ingen dager er like. Mennesker har individuelle behov, og med daglige variasjoner. Dette er ikke tatt høyde for. Min generelle opplevelse av norm-tidene er at dette

ikke er et gjennomsnitt av tiden det tar for et sykt hjelpetrengende menneske å få utført de forskjellige oppgavene. Dosettfylling fant jeg ingenting om i denne undersøkelsen, derfor velger jeg å utdype det punktet her: I den gruppen jeg jobber har vi ikke eget medisinrom, og vi fyller dosetter hjemme hos pasientene. 10 minutter på et slikt oppdrag er utopi. Vi skal dra hjem til pasienten, finne frem dosetter og medisiner, samt legemiddeloversikt. Vi skal finne et egnet sted hjemme hos pasienten, samt forsøke å la oss minst mulig forstyrre av pasientens spørsmål og samtaler mens vi fyller og kontrollerer. Enkelte pasienter har få medisiner. De fleste har mange, samt mange legemidler som krever ekstra kontroll (A/B-preparater). Vi bruker langt mer enn 10 minutter på slike oppdrag. Ved dosettfylling på gruppekontor, oppleves 10 minutter per dosett mer tilstrekkelig.

- Jeg opplever mindre tid hos den enkelte bruker og at muligheten for viktig observasjon går tapt. Dette er viktig for å kunne fange opp mulige forandringer og iverksette tiltak. Den reduserte tiden fjerner også noe av den tryggheten og tillitten som brukeren har hatt til oss tidligere. Dette påvirker alle oss ansatte når vi føler at vi hele tiden ligger bakpå i forhold til hjelpen vi yter. Dette fører igjen til at viktig informasjon kan bli "glemt" i farten. Faglig forsvarlighet innebærer blant annet nok tid til tillaging av medisiner, kontroll, utdeling av medisiner og observasjon. Når vi får for lite tid til dette påvirker det helt klart det faglige og forsvarlige gjennom arbeidsdagen vår.
- Vår gruppe har vore flinke til å få auka opp tiden der det trengs. Men det kjennes unødvendig at vi i større grad må gjere dette no enn før. Normtidene var generelt betre før.
- Det er kommet mere tilbakemelding fra pasienter om at deres opplevelse er at hjemmesykepleien har det så travelt og at det ofte er forsinkelser i forhold til avtalt tidspunkt. Det er avvik i forhold til medisiner. Det blir ikke tid til å observere og kartlegge tilstrekkelig hos enkelte pasienter. Det går lengre tid før akutt sykdom blir fanget opp. Det er blitt større tidspress. Det er ikke tatt hensyn til transporttid og dette stjeler mye tid som ikke kommer frem av tidsbruk på arbeidslister.
- Det at normtidene går ned går igjen utover pasienten. Det er vel og bra og prate under arbeid og en viktig del av jobben. Men syntes det er viktig at pasienter føler seg sett og hørt og det er vanskelig med nedsatte normtider. For vår del som ansatte betyr dette at vi må løpe mellom pasienter og ikke føle at man gjør jobben skikkelig. Når min arbeidsdag er over går jeg hjem med en følelse av at jeg ikke har gjort en god nok jobb.
- Større tidspress både ute og inne. Arbeid inne blir utsatt, noe som medfører lite kontinuitet og opphopning av adm pas. arbeid, som jeg opplever er mindre viktig og kan vente (primæroppgaver, oppfølging i f b ernæring etc.) Jeg har ikke samme oversikten som før; stille rapporter. Manglede rapporter fra ufaglærte etc. - vanskelig å vurdere endringer hos pasientene.
- Resultatet av de nye normtidene er at vi i dag ikke har nok tid til observasjon og samtale med pasienten. Vi mister dermed mye informasjon som kan ha betydning for pasientens helse. For liten tid ute hos hver enkelt fører også til at vi får for liten tid til dokumentasjon, mye informasjon kan gå tapt. Pasientene som fikk med seg omleggingen av normtidene har flere ganger gitt uttrykk for at vi nå har fått så dårlig tid, og at de ikke kan bry oss med sine problemer.
- Endring i normtider har ført til en mer travel hverdag for alle ansatte og redusert kvalitet til pasientene.
- På dagvakter opplever jeg at det for det meste fungerer, men merker at det går på akkord med den tiden man ønsker å bruke hos bruker for å få en bedre forståelse om hvordan brukeren har det. På kvelder og helger er det mer travelt og normtidene er svært vanskelig å følge, man gjør oppgavene så fort som man har mulighet til og løper videre til neste oppdrag. Det er ikke fare for liv og helse men ofte tenker man på hvor faglig man har tid til å være.
- Føler det ofte er avsatt for liten tid og for mye på listene spesielt på enkelte kveldslistene.
- I demenslaget oppleves normtidene som utfordrende å forholde seg til. Det bør være rom for mer individuell tilpasning til denne brukergruppen. Når man jobber med personer med en kognitiv svikt har man flere utfordringer som det ikke er tatt hensyn til i normtidene.

- Normtidene generelt er blitt dårligere. I hjemmesykepleien kjører man fra pasient til pasient og man får ikke kjøretid og får for mange bruker på listene, lite tid. Det er mennesker det er snakker om og vi trenger mer tid og ikke bære løpe fra de.
- Synes det blir lagt for stor vekt på kroner istedenfor å se pasientens behov. Vi har ofte med alvorlig syke pasienter som vi går i fra med dårlig samvittighet. Kommer ofte inn til lunch og får ikke gjort jobben med å følge opp brukerne på en tilfredsstillende måte.
- Generelt en mer hektisk hverdag, hvis mange 10 min oppdrag og mye kjøring (gjærne 6,5 mil) blir det stressende. Liten tid til primæroppgaver.
- Jeg syns det er lite å spare på å forandre tidene til hjemmesykepleien. Det er individuelle vurderinger hos de aller fleste. I forbindelse med selve innføringen. Opplevde vi at det ble gitt alt for lite informasjon og at det derfor ble forskjellsbehandling mellom de ulike gruppene, alt etter hvordan saksbehandler hadde tolket endringen.
- Pas. får et dårligere tilbud fordi fokus er flyttet fra omsorg til bruk av tid. ofte sier pasientene at de ikke ønsker å spørre om hjelp fordi de vet at de ansatte har fulle lister
- Faglig forsvarlighet og kvaliteten i pleie kan ikke gå opp når tiden til å utføre jobben går ned. Kjenner til mange ansatte som er slitne og misfornøyde etter innstramming av normtidene, både unge og eldre pleiere. Hvordan lærer de nyutdannede syke/hjelpepleiere hva betyr helhetlig pleie, hvis man kun har tid til å gjøre det mest nødvendige. Hvordan klarer vi å gi det uttrykket til pasientene at vi ikke har det travelt, og de ikke er til bry?
- Vi bruker mer tid på å dokumentere for å få opp den reelle tiden vi må ha. Dette kan være stress i den vanlige hverdag. Når vi har fått opp greie tider er jobben helt ok. Med andre ord, mer arbeid på oss som er ute i feltet.
- Hjemmesykepleien blir ikke hørt i forhold til ønske om flere ansatte. Hs får mange svært syke hjem som man ikke kan gi tilstrekkelig hjelp med stoppeklokken i hånden.
- jeg sliter med å komme i mål med disse tidene.
- Har ikke svart på spørsmål om antall brukere pr. vakt. Vi har brukere som kan ta 2 timer, så antall, sier ingenting om arbeidsmengde. Normtidene virker forstyrrende for meg. Unødvendig mange ressurser som skal "administrere" disse tidene.
- De har ført til at jeg nettopp har byttet jobb
- Ofte administrative oppgaver utenom som krever mye tid, ting tar mer tid enn forventet. Opplever at korte oppdrag som er ganske grei og lett å gjennomføre, da er normtidene helt ok. Det er ofte pas. som er svært pleietrengende som en bruker mer tid enn normtidene tilsier. Opplever at normtidene gjør at en ikke får tid til å komme seg fra en pas. til neste, hvor man tidligere kunne spare ett par min inn for å kunne transportere seg selv. Dette gjør igjen at en får kortere tid hos neste pas. Får lite tid til å skrive rapporter ute hos pasienter., noe en da må gjøre når en kommer inn fra pas.
- Har ikke så stor innvirkning på mine oppgaver, men merker en stor forskjell på travelheten i gruppen. Fulle arbeidslister uten, svært liten tid inne for de ansatte til å følge opp primæroppgaver og dokumentasjon inne.
- Det virker som at det er mer på listene enn før. Det blir presset flere oppdrag, spesielt de som egentlig ikke tar så lang tid, inn på listene. Disse oppdragene tar gjerne lengre tid (for eksempel. 10 minutters oppdrag) da en må forflytte seg fra A til B pluss at oppdragene skal utføres uten at en viser stress.
- Det har medført merarbeid for alle parter. Det kreves mer dokumentasjon for å få endret tiden - dette er viktig tid som burde komt pasienten til gode. Før endring i normtiden hadde vi forsvarlig tid til pasienten, tid som trengs for å gjøre de gode observasjoner. Tilbakemelding fra de ansatte - de gjør det som kreves av oppdraget uten at det er tid til å fange opp eventuelle problemstillinger.
- Mer kjør på de ansatte. Bilkjøring mellom besøkene er ikke regnet med i oppdragstiden. Når normtidene ble endret, ble dette en merkbar forskjell og mange ansatte sier de opplever en enda merk hektisk hverdag og enda mindre tid hos pasientene.

- Det blir et jag for å rekke rundt til alle og for kort tid hos hver pasient. Med kortere tid hos hver enkelt, blir det flere oppdrag på listene. Vi jobber med mange svært gamle pasienter og det er ikke alltid lett å holde tiden fordi det oppstår ting som gjør at vi ikke bare kan gå videre til neste pasient. Det blir også for liten tid til å følge opp ting i forhold til fastlege, pårørende etc. Et stort sykefravær gjør også at listene ofte blir lengre enn de skulle ha vært pga. at vi må dele lister.
- Vanskeligere å lage arbeidslistene. Den ansatte må innom flere bruker enn tidligere, og det er ikke tatt høyde for kjøring mellom brukerne. Dette fører til travlere arbeidslistene, og mer klaging på arbeidslistene. Tilbakemelding fra brukere om at de ansatte glemmer å gjøre ting, at de er for travel når de er der. Ser på avvikene at det også blir glemt mer nå enn før, eks kvittere for gitt medisin.
- På det tidspunktet har det skjedd mange parallelle endringer. Det er vanskelig å si hva som påvirker hva her. Gevinstrealisering har redusert timeprisen, administrasjonstiden vi får pr bruker samtidig som vi fikk redusert normtidene. Medikamenthåndteringen er en risikosport, vårt mest sårbare område.
- Opplever at det begrenser kontakten med pasientene og går ut over kvaliteten av det arbeidet jeg gjør. Det er ofte ting blir glemt, eller ikke blir tatt tak i og fulgt opp videre, som igjen får store konsekvenser for pasientene.
- I begynnelsen var det svært opprivende men det har gått seg til. Når vi ser at ikke tiden strekker til øker vi den opp og melder FVA. Jeg tror mange pasienter føler litt på det at vi ikke har så mye tid lenger, det at man kan stoppe opp og prate litt.
- Syntes nå at det ikke alltid blir tid til å rekke alt som står på oppdragene, spesielt de brukere som har full pakke. Har også fått mange tilbakemeldinger fra brukere at vi har det så travelt og har ikke tid å prate.
- Mindre mulighet til å gi gode tjenester. Mindre mulighet til å komme gjennom arbeidslisten hvis noe som ikke er beregnet skjer
- Normtidene gir økt stressbelastning for ansatte, dårligere arbeidsmiljø, større glipp ift oppfølging/bestilling osv. Brukere opplever oss som stresset, og mange ønsker ikke være til bry og får derfor ikke den oppfølging de trenger. Løft og hms blir ofte tilsidesatt pga. tidspress.
- Utenom medikamenthåndtering er normtiden ok siden de lar seg forhandle der det brukes mer tid
- Det blir for liten tid til å utføre oppgaver som ikke står på arbeidslisten men som hører med til pasient oppfølgingen.
- Oppleveres som stressende for pasient og meg selv
- Føler man har mindre tid hos bruker, skal bare utfør det som er vedtak på. Bruker er ofte ensomme og vil ta opp ting som ikke går inn under nødvendig helsehjelp. Har ofte dårlig samvittighet når man går hjem. Føler enkelte ganger at bruker tror de er til bry.
- Pasienten får ikke samme oppfølging som før. Det er travelt og vi jobber etter klokken hele tiden. Blir mye overtid pga. travle dager. Jeg er mer sliten. Det blir ofte haste doseringer om fredagen for å rekke å bli ferdig.
- Jeg personlig har ikke merket noen stor forskjell. Det er viktig å ikke la seg stresses over oppgitt tid en har hos pas., men være til stedet når en er der. Og trenger en mer tid hos pas. er det å begrunne godt og kontakte FVE.
- Problemet ligger i avstand mellom brukerne. Normtiden holder som regel akkurat hos brukerne men kjøretiden mellom er ikke beregnet med på arbeidslisten. Så når man kommer lengre ut i løpet på arbeidslisten kommer man senere og senere til brukerne. Ofte blir det overtid og det blir ingen spisetid. Det sier seg selv når det tar opp mot 20 min å kjøre mellom enkelte brukere og tilsvarende i retur. Stressfaktoren blir svært høy.
- Høyere nivå av negativt stress. Momenter oversees, ting glemmes.

- Etter normtidene har gått ned så er det mer press på det vi gjør hos pasienten. Det er ofte jeg må avbryte og si at jeg må dessverre gå videre. På grunn av at jeg ikke har tid til å være igjen hos de. Kvaliteten hos pasienten har blitt dårligere og ansatte er blitt mer sliten og klager mer generelt. Mange av ansatte vurderer å finne seg en annen jobb fordi det er så travelt i hjemmesykepleien. Jeg selv skal ned noen % i stilling for det blir for mye på jobb. Det er ofte sykdom på avdelingen og det blir sjeldent tatt inn en ekstra person, vi må stort sett fordele listen og då blir det mer press på oss. Jeg er ikke fornøyd med at normtidene er godt ned, og til syvende og sist så går det utover pasientene.
- Det er mindre eller ingen tid til å skrive rapport og følge opp mine pasienter.
- Det er blitt meir travelt på dagvakter, spesielt før kl.12.00.Me har pause kl.11,45,det er få som klarer å kome inn før kl.12.00 no etter dei dye normtidene. Spl.har betre lister enn ufaglærte før pausen, med spl.jobbar meir overtid grunna adm.arbeid. Det skjer meir feil ,spesielt på legemiddelhandtering no enn før. Det er ofte for få spl. på dagvakt til å få unna adm.arb. Kveldsvaktene er mykje rolegare for spl.no enn før.
- Jeg hører mye fra ansatte at de har for liten tid til å jobbe med de administrative oppgavene da de er mer ute hos pasientene enn de var før. De har flere pasienter på arbeidslistene. De uttrykker at de ikke får tid å følge opp primærarbeidet, med å skrive stelleplaner, dokumentere i epj. Det er tilbakemeldinger fra ansatte.
- Normtidene stemmer ikke alltid med den virkelige arbeidsdagen. Dette går utover Brukere og ansatte på en negativ måte.
- Jeg er leder og opplever at mine medarbeidere har mindre tid til å utføre hele jobben som skal gjøres for å ha gode tjenester og god opplevelse av arbeidet sitt. Alt etterarbeid som dokumentasjon, planlegging samarbeidsmøter , kvalitetsarbeid i forbindelse med ernæring etc. Mye fokus på travelhet når normtidene oftest blir de faktiske tidene. ingen tid til å forflytte seg mellom brukerne. dette tror jeg gjør at normtidene oppleves som svært styrende. For lite fokus på fagfolkens mulighet til å arbeide etter varierende behov hos brukerne gjennom en uke.
- Alt for lite tid hos pasienter og til å følge de opp. Burde fått tid til adm. arbeid og medisiner. Bør og få tid til forflytning mellom pasienter, dette stjeler av tiden som pasientene har fått tildelt som allerede er for lite tid. Merker også at kollega er mer sliten og oppgitt.
- Synes det alltid er for liten tid. Spesielt fordi kjøring til og fra ikke er medregnet. Ett oppdrag på 10 min kan ta 1 time.
- Har ikke tid til primæroppgaver eller forfallene oppgaver som dukker opp på vekten. Vi må jobbe mye fortere som igjen fører til stress og misnøye blant ansatte. Jobber mye mer feil både fysisk og psykisk, lett å gjøre feil/glemme når ting må gå fort. Brukere får ikke den oppfølging de trenger og alt ta lengre tid. Føler meg så sliten etter endt arbeidsdag at jeg ikke har tatt noen ekstravakter etter de nye normtidene.
- Opplever tidspress og for lite tid inne hos pasienter og særlig når det gjelder det administrative arbeidet. Tenker at de nedsatte normtider hos pasienter fører til økt press og psykisk stress som igjen kan føre til sykemeldinger og utbrenthet blant pleiere. Pasienter opplever at pleiere stresser og har dårlig tid, det er ingen tid til prat, annet enn å gjøre eksakt hva som står på oppdrag. Økt tidspress oppleves og mener også at dette til tider kan gå utover faglig forsvarlighet, noe som er svært uheldig og kan få store konsekvenser.
- Har dessverre ikke tid til å svare mer nå.
- Får tilbakemeldinger fra mine ansatte at de opplever hverdagen mer travel og hektisk.
- Det går negativt ut over både pasienter og pleiere.
- Har mye mindre tid hos hver pasient. Hvis det oppstår noe uforutsett som det ofte kan gjøre, blir man forsinket til alle pasienter man har på listen. Da er det lett å gjøre feil pga. av stress. Opplever at det ikke er faglig forsvarlig hverken for ansatte eller brukerne at normtidene er blitt redusert.
- Opplever økt stress, og lite rom for individuelle behov. En må som oftest ta "snarveier" for å klare å fullføre listene.

- Jeg ganske fornøyd med selve arbeidsstedet og miljøet vi har her hos oss. Det er veldig godt miljø, noe jeg tror holder mange oppe i en hektisk hverdag. Vi løper ofte mellom brukerne og håper det aldri er noe som skjer utenom akkurat det som står på oppdraget. Det er ikke rom for andre ting. Akutt sykdom, eller andre "uhell" medfører ofte at vi som pleiere kom helt bakpå med andre arbeidsoppgaver/ ikke rekker til neste bruker når man skal, og derfor må belaste de andre kollegaene med å gi pasienter videre til de. Mange kommer seint inn og både primærarbeid og andre viktige ting blir satt til side. Det er vanskelig å sette seg godt inn i hver enkelt pasient fordi det sjeldent er tid til å lese før man går ut til pasientene, og når man kommer inn igjen. Mange kolleger, inkl. meg selv er ofte svært sliten etter endt vakt og har lite overskudd til andre ting i hverdagen.
- Kan ikke se at endringene i normtidene har ført til noe positivt hverken for brukerne el ansatte. Vi liker å tro at verden går framover, men med disse normtidene er det helt klart at den ikke gjør det. Vi er styrt at tiden gjennom hele arbeidsdagen og jobben er veldig ofte svært uforutsigbar. Det er mennesker vi arbeider med. Det er også en del kjøring og tiden det tar å komme seg til/fra de enkelte brukerne er ikke regnet med. Det at gruppekontor er plassert på ... og brukerne bor i ... gjør at vi i rushtiden bruker 25 min til å komme oss til første bruker, noen ganger også mer. Ellers tar det ca 15 min.
- Normtidene kan gis, men det MÅ bli endret tid dersom det trengs hos den aktuelle pas.
- Det er blitt en mer hektisk arbeidsdag. Vi har fått flere brukere på arbeidslistene. Føler det er for liten tid til administrative oppgaver rundt brukerne. Synes også det er veldig rart at den tiden vi bruker på å kjøre mellom brukerne ikke er regnet med når det gjelder arbeidsoppgavene våre. Over var det et spørsmål om hvor mange brukere jeg var innom på en vakt. Dette vil jo variere veldig ut fra hvor mye tid den enkelte har, og ett tall her vil ikke vise hvor mye en har å gjøre. Faglig forsvarlighet er redusert etter de nye normtidene, og ikke minst "hverdagsrehabiliteringen" til brukerne, det at de skal prøve å gjøre mest mulig selv, og prøve å være mest mulig selvhjulpen. Vi har fått mindre tid, og dette medfører at det går fortere at vi hjelper med det som de kanskje kan klar selv hvis de bare får tid.
- Føler meg at det er lite tid med pasienter under oppdrag. Eldre mennesker ser tydelig på oss når vi stresser og de føler seg ubehagelig. Samt jeg føler meg at gjør en mindre kvalitets jobb enn tidligere og det går utover til pasientene. Ønsker en god kvalitets jobb med pasienter hverdag og både pasienter og meg skal være fornøyd når jeg går ut fra dem. Det er ofte lite tid å lese god rapport om pasientene.
- Føler frustrasjon da tidene ikke strekker til. Går ut over pasienter og forsvarlighet da vi blir stresset
- For brukere: Mange brukere er fortvilet pga. at hsy ikke har tid til å utføre nødvendig helsehjelp. Ansatte leser ofte ikke rapporter før de går til pasientene da det ikke er tid til å bruke få minutter på det. Arbeidet er ikke faglig forsvarlig. At ansatte ikke har tid til å lese rapporter snakkes det ikke høyt om. Jeg har spurt 9 spl og omsorgsarbeidere leser rapporter og 8 svarte nei / av og til. Jeg skulle gjerne ha svart mer utfyllende på dette spørsmålet, men det er ikke avsatt tid til det. Vi er mange som er sliten, frustrert og følelsen av å ikke få gjøre en god nok jobb er over lang tid vanskelig.
- Møter mer frustrasjon da det er mindre spillerom for at uforutsette hendelser. Med flere seniorarbeidstakere og ansatte som trenger noe tilrettelegging, er det flere vanskelige hensyn å ta etter de nye normtidene.
- Det er ikke avsatt nok tid til at pasientene føler seg sett og hørt i hverdagen. Alt må gjøres fortest mulig før vi må haste videre til neste pasient.
- Pasientene merker at vi har dårligere tid, og ønsker ikke å bry oss med mer enn nødvendig. Det kan føre til at vi ikke får vite nødvendig og kritisk informasjon. Det går ut over arbeidsmiljøet siden ansatte er mer slitne og stresset. Det fører til negativ stress på arbeidsplassen. Det går ut over faglig forsvarlighet med tanke på at infeksjonstegn ol blir fanget seinere opp enn det ville vært gjort tidligere. ref. 10 min besøk. se ellers andre kommentarer.

- Det er vanskelig å følge opp pas. i etterkant av tilsyn. Eks på dette er ernæringsoppfølging, medikamentbestilling, melde til lege ved forandringer i sykdomsbilde, bestille utstyr pas. Mangler (inkontinens osv).
- Det blir for liten både hos bruker og til administrative oppgaver for bruker. Ved at administrative oppgaver hele tiden blir skjøvet på, får dette negative ringvirkninger både for bruker og for arbeidsplassen. En får ikke gjort nødvendige tiltak som f.eks ernæringsoppgaver skikkelig da de blir nedprioritert ift. løpende oppgaver. Det er heller ikke tatt hensyn til kjøring for vår gruppe.
- Opplever normtidene noe firkantet og lite individuelt ut fra pasientenes situasjon (alder, diagnose(r) osv.
- Mer stress i gruppen, samholdet har endret seg. Ansatte kan komme gråtende inn på slutten av vekten. Pasientene syns nesten synd i oss fordi vi har det travelt. Ting blir ofte glemt fordi man skal skynde seg ut/videre til neste pasient. For vår del i hjemmesykepleien har vi det ekstra stresset med en del kjøring i løpet av vekten i tillegg som ikke tas hensyn til. For å få økt opp tiden må man dokumentere i 14 dager før man får lov å øke tiden, i den perioden jobber man gratis.
- Mer stress i hverdagen, dårligere arbeidsmiljø. Mindre tid hos pasientene, som igjen kan gå ut over kvaliteten og sikkerheten på arbeidet. Pasientene merker "trykket". Vi må dokumentere i 14 dager hvis tiden ikke stemmer, altså jobbe gratis og ikke nå rundt med listene, før vi får økt tiden til pasientene. Ingen tid til kjøring som omtrent halve arbeidsdagen vår består av. Ikke tid til rapportskrivning. Vi får ikke betalt for administrativt arbeid som vi har så mye av. Medisinbestilling, mottak av medisiner, e-mld'er som må sees på og ikke minst tas fatt på, telling av narkotikaregnskap, datokontroller, ordning av legemiddelkort, tlf som må tas til sykehjem, HUS, pårørende. Oppdatere prosedyrer. Helgefordeling.
- Arbeidsdagen har nok blitt mer slitsom/stressende. En vil jo gjerne gi hjelp med god kvalitet. En del pasienter snakker jo også om travle pleiere som løper og ikke har tid. Tror heller at dette har ført til dårligere trivsel blant ansatte, flere sykemeldinger og pasienter som til tider nesten får dårlig samvittighet hvis de skulle behøve mer hjelp en dag.
- Det er kort tid hos pasientene. Det er heller ikke transport tid mellom pasientene. Det skjer som oftest forutsette ting hos pasientene som også gjør at tidskjemaet sprekker.
- Føler at både pasienter og pleiere er blitt mer stresset over at tempoet er økt.
- Det er økt press på å klare flere pasienter på arbeidslisten. Samtidig som vi har like mye, om ikke mer tid, som blir brukt i bil for å kjøre til/fra. Transporttiden blir ikke tatt høyde for i planleggingen av arbeidsdagen. Det er ofte en ikke rekker å bruke tiden som er satt hos pasienten på grunn av at noe av den tiden må brukes i bilen for å klare å rekke den neste pasienten på listen. Desto flere pasienter man skal ha ansvar for daglig, jo mer administrativt arbeid, pårørende kontakt mm. blir det. Dette er det ofte ikke satt av tid til i løp av en arbeidsdag. En del av slikt arbeid blir utsatt eller så bruker man tid på dette og mindre tid i direkte kontakt med pasientene.
- Blitt mye ekstra stress og press, samt dårlig samvittighet pga lite tid til pasientane. Føler ting kan bli uansvarlig pga dårlig tid.
- Normtidene gir press på arbeidet, det er mer på listene våre enn før. Kjøring, rapport, alt arbeid utenom listen er ikke tatt hensyn til if.t dette. pas. /pårørende merker mer stress og uttrykker dette. ledelsen framstår mer stresset enn tidligere, som igjen går ut til oss. opplever at FVL har forståelse for å øke opp tid når det trengs.
- Jeg synes at det er blitt et sterkt fokus på at vi må jobbe mer effektivt og vi har ikke mye muligheter til å være der i like stor grad for bruker som før.
- Som leder opplever jeg at de ansatte har fått mange flere små oppdrag og besøk etter endringene. Det oppleves mye mere travelt. Da de må inn til mange flere pasienter nå enn tidligere. De føler hverdagen som mye mere stressende enn tidligere.
- Det er store individuelle forskjeller og normtidene er vanskelig å forhode seg til hos mange. De aller fleste pasienter har et mye større behov enn det normtiden tilsier. Vi får flere og sykere

pasienter som bor hjemme. Hjemmesykepleien jobber til 22.30 om kvelden, og skal stort sett på dagvakt 07.30 neste dag, da er man sliten. Det er travlest på slutten av kvelden, og tidlig på morgenen, så stresset ligger der hele natten.

- Blir stort sett for knappe
- Liten tid til å "se" pasienten og fange opp ting som ikke er innlysende. For stort arbeidspress enkelte tider på døgnet da kjøretid ikke sees på ift oppdragstid. Man har da ikke tilstrekkelig tid til å utføre den oppsatte normtiden når man bruker tid på å forflytte seg. Medfører ofte at vi kommer for sent og unødig stress og dermed nedsatt kvalitet på arbeidet.
- Respektløs mot brukere, stressende, fører til sykdommer, utmattelse, ikke tid til omsorg, uforsvarlig,
- Nedsatt kvalitet på pleien hsy utfører. Dette merkes svært på pleien assistene utfører grunnet manglende kompetanse. Sykepleierne kan ikke jobbe ut I fra normtidene, og må se situasjonen som helhet.
- Mer press på oss ansatte, som igjen går ut over pasientene. Mye blir gjort feil og det må brukes mye tid på å rette opp feil
- De nye normtidene går ut over alle pasienter. Når en pasient får endret normtiden, men fremdeles har det samme oppdraget bruker hjemmesykepleien den samme tiden. Den tidligere normtiden var knapp og de nye normtidene er ofte urealistisk i forhold til arbeidsoppgaven. Dette medfører at det går ut over de andre pasientene som er på listen siden hjemmesykepleien bruker av andre sin tid denne dagen for å bli ferdig med arbeidsoppgaven. Vi blir forsinket til alle og stresser oss gjennom arbeidsdagen. Vi har svært liten tid til å gå gjennom e-meldinger og eventuelt andre administrative oppgaver som dukker opp i løpet av dagen. vi har sett at flere arbeidsoppgaver blir utsatt til neste dag. Kvaliteten på hjemmesykepleien sitt arbeid går ned og det kan føre til at vi noen ganger er på grensen til hva som er forsvarlig. Det vil gi slitne ansatte og vi har sett en trend der flere ansatte er slitne og blir fortere sykemeldt grunnet høyt arbeidspress. Slitne ansatte gir dårlig arbeidsmiljø og noe som kan gå utover brukerne. Skal en spare i hjemmesykepleien er ikke nyre normtider som allerede er svært lave veien å gå. Det bør gis kjøre-tid til de ansatte. Vi har per i dag ikke kjørt tid og det er urealistisk å tro at vi ikke bruker noe tid mellom pasientene. For å gi kvalitet på arbeidet bør en fokusere på forebygging for å redusere sykehusinnleggelse og gi økt sjanse for at brukerne kan bo hjemme lenge som mulig.
- De oppleves noen ganger som provoserende lave. Usikker på tiden på MNA registrering 1 minutt hos noen og 10 minutt hos andre. Når det kommer nye pasienter er ofte tiden altfor lav på f.eks. ALS pasienter og vi må bruke flere uker på å dokumentere at vi bruker lengre tid før vi får økt denne. Tid til dusj blir ofte satt på 25 minutt, men det sier seg selv at det vil ta lengre tid på alvorlig sjuke pasienter. Vi bruker også mye tid på å kjøre til pasienter, så når oppdraget er bare på 10 eller 15 minutt, vil oppdraget ta lengre tid, selv om det er støttestrømper eller øyendråper.
- I Demenslaget har ikke normtid fungert godt, her må vi ha individuell vurdering på stort sett alle tiltak. Personer med demens har en variert problemstilling selv om de har samme diagnose så vil ikke samme tiltak gi samme utslag i tid. Det er også merkbart at personer med Demens ikke bor samlet i forhold til tid og antall km som blir brukt på å komme seg rundt til pasientene. Uforutsette hendelser vil kanskje også opptre i større grad i vår avdeling, vi leter stadig etter veske, nøkler, klær mm.
- Brukerne opplever at hjelperne har dårlig tid når de kommer, de vegrer seg for å ta opp aktuelle tema pga. at de ser at hjelperne har det travelt. Vi klarer ikke å gjøre en faglig forsvarlig jobb hjemme hos brukerne. Vi har med eldre, syke mennesker å gjøre som bruker lang tid på alt de skal gjøre. De nytter ikke å skynde på!
- Man har generelt sett mindre tid. Umulig å vite hvor mye tid en alltid bruker hos en pasient. Totalen gir mindre tid. Mye blir gjort halvveis, mindre tid til god info. Pasientene får mindre tid til kommunikasjon . Dette medfører flere misforståelser, flere avvik, Mindre tid til adm.arbeid.
- Nye normtider fører til hastige møter med pasientene. Klokken styrer omsorgen, dette er ikke bra. Møter ofte pasienter som vegrer seg for å forteller om ting eller spørre om hjelp til

uforutsette ting, da de går ut i fra at pleierne ikke har tid til dette. Kortere normtider fører til flere brukere på arbeidslisten, og jo flere brukere jo mere etterarbeid skal gjøres.....el meld til legen, bestillinger av medisiner\utstyr o.l, dette er det vanskelig å prioritere tid til, derfor blir huskelistene ofte svært lange og det blir overført arbeid fra ene vekten til den påfølgende.

- Opplever at det er vanskeligere nå enn før å finne rom til primæroppgavene ifht oppfølging av pasientene og lære de ansatte opp ifht dette og andre retningslinjer og prosedyrer.
- Dagen er mer hektisk. Brukerne ser og forstår at vi har det travelt. Utforutsatte oppgaver er det liten tid til.



Senter for
omsorgsforskning

www.omsorgsforskning.no