



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

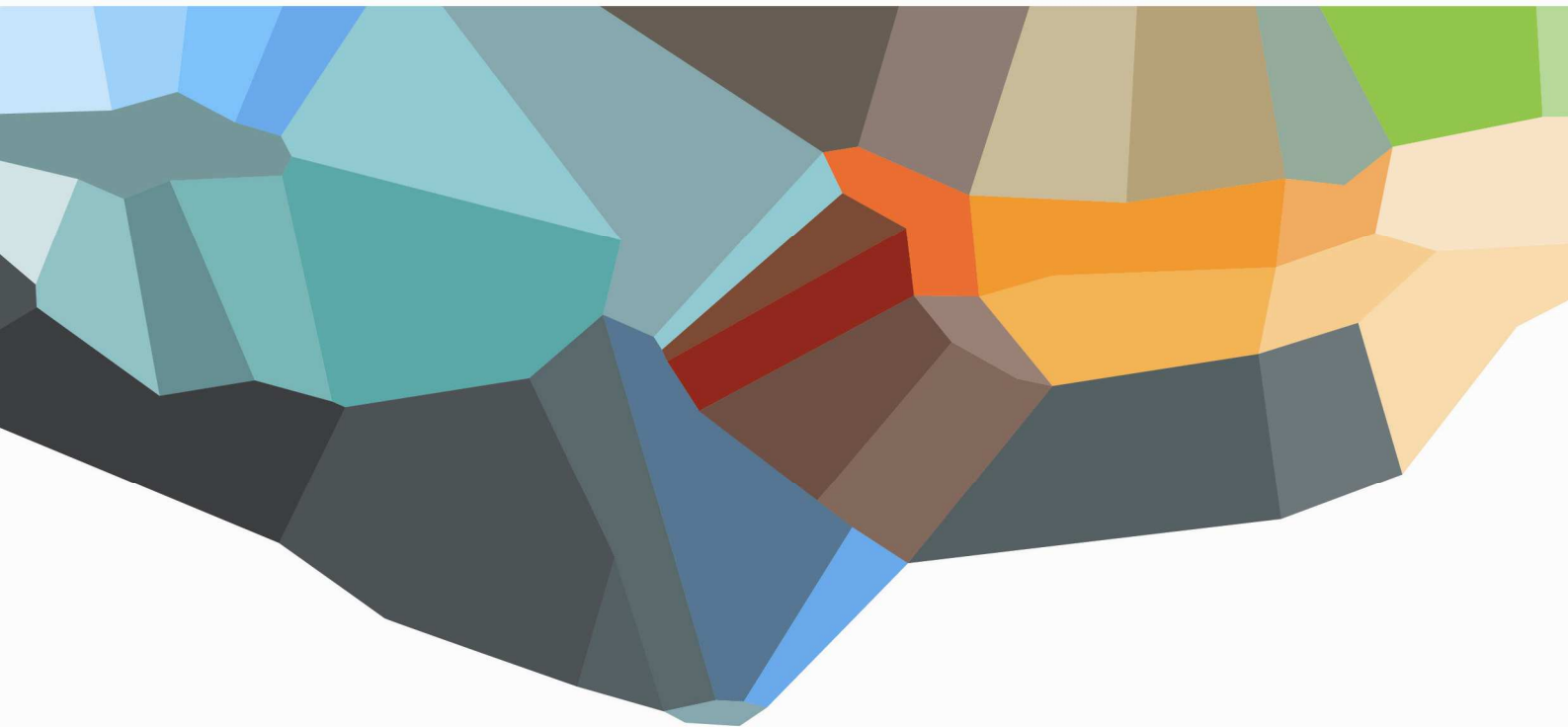
# MASTEROPPGAVE

HR 301S Master i personalledelse

Tittel:

**Heltid, deltid og kvalitet  
i pleie- og omsorgssektoren**

Lill Inger Reinfjell  
Karin Ingebrigtsen



## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	s. 1
<b>2.0</b>	<b>DELTID</b> .....	s. 3
	2.1 Historisk tilbakeblikk.....	s. 3
	2.2 Hvorfor har vi deltid i pleie og omsorg.....	s. 4
	2.3 Et kjønnsdelt arbeidsliv.....	s. 6
	2.4 Demografiske utfordringer.....	s. 7
	2.5 Ønsket og uønsket deltid.....	s. 8
	2.6 Heltidskultur og deltidskultur.....	s. 8
	2.7 Prosjekt ”uønsket deltid” i Vefsn kommune.....	s. 9
<b>3.0</b>	<b>KVALITET</b> .....	s. 12
	3.1 Definisjon på kvalitet.....	s. 12
	3.2 Kvalitetsforskriften i pleie og omsorg.....	s. 13
	3.3 Kvalitetsmåling i pleie- og omsorg.....	s. 14
	3.4 Kompetanse hos utøveren/ hjelperen.....	s. 18
<b>4.0</b>	<b>KONSEKVENSER AV DELTID</b> .....	s. 21
	4.1 Negative sider.....	s. 21
	4.2 Positive sider.....	s. 23
<b>5.0</b>	<b>METODEDEL</b> .....	s. 25
	5.1 Forberedelse til gjennomføring av undersøkelsen.....	s. 26
	5.1.1 Valg av sted og respondent for arbeidskartleggingen.....	s. 26
	5.1.2 Godkjenning.....	s. 27
	5.1.3 Utarbeidelse av arbeidshefte.....	s. 28
	5.1.4 Utvelgelse av respondenter.....	s. 29
	5.1.5 Tidsperiode.....	s. 31
	5.1.6 Informasjon.....	s. 31
	5.2 Svarprosent.....	s. 32
	5.3 Intervju av avdelingslederne.....	s. 32
	5.4 Validitet og reliabilitet.....	s. 34
	5.4.1 Utvalgets representativitet.....	s. 34
	5.4.2 Datainnhenting.....	s. 34
	5.5 Anonymisering.....	s. 36
<b>6.0</b>	<b>PRESENTASJON AV KARTLEGGINGEN</b> .....	s. 38
	6.1 Resultat av kartleggingen.....	s. 40
	6.1.1 Pleie.....	s. 40
	6.1.2 Måltid.....	s. 42
	6.1.3 Medisin.....	s. 42
	6.1.4 Rydding.....	s. 44
	6.1.5 Dokumentasjon.....	s. 45
	6.1.6 Administrasjon.....	s. 46
	6.1.7 Kvalitetsarbeid.....	s. 46
	6.1.8 Pleieplan.....	s. 47
	6.1.9 Legevisitt.....	s. 48
	6.1.10 Aktivitet.....	s. 49

6.1.11	Veiledning.....	s. 50
6.1.12	Pårørende.....	s. 52
6.1.13	Rapport.....	s. 52
6.1.14	Annet.....	s. 53
<b>6.2</b>	<b>Spesielle tilleggsoppgaver.....</b>	<b>s. 54</b>
<b>6.3</b>	<b>Oppsummering av arbeidskartleggingen.....</b>	<b>s. 55</b>
<b>7.0</b>	<b>”HAR ANDELEN AV DELTID OG HELTID NOE Å SI FOR KVALITETEN PÅ TJENESTENE?”.....</b>	<b>s. 56</b>
<b>7.1</b>	<b>Ansvar og oppgavefordeling.....</b>	<b>s. 57</b>
<b>7.2</b>	<b>Kontinuitet.....</b>	<b>s. 59</b>
7.2.1	Konsekvens for pasientene.....	s. 60
7.2.2	Konsekvens for kollegaer.....	s. 63
<b>7.3</b>	<b>Kompetanseutvikling.....</b>	<b>s. 65</b>
7.3.1	Erfaringskompetanse.....	s. 66
7.3.2	Formell kompetanse.....	s. 68
7.3.3	Internundervisning og kurs.....	s. 69
7.3.4	Utviklingsarbeid.....	s. 69
<b>7.4</b>	<b>Arbeidstidsordning.....</b>	<b>s. 71</b>
<b>7.5</b>	<b>Organisering og økonomi.....</b>	<b>s. 72</b>
<b>7.6</b>	<b>Konsekvenser for samfunn.....</b>	<b>s. 74</b>
<b>8.0</b>	<b>AVSLUTNING.....</b>	<b>s. 76</b>
	<b>LITTERATURLISTE:.....</b>	<b>s. 79</b>
	<b>Vedlegg 1: Arbeidshefte.....</b>	<b>s. 81</b>
	<b>Vedlegg 2: Resultat av arbeidsoppgavekartleggingen.....</b>	<b>s. 90</b>

## 1.0 INNLEDNING

Pleie- og omsorgssektoren er i stadig endring. Gjennom å øke sin kompetanse har sektoren vært i stand til å påta seg flere og mer kompliserte arbeidsoppgaver. Utviklingen fortsetter i retning av at kommunene skal gi behandling og pleie til stadig flere og dårligere pasienter, noe som gir økte krav til kvaliteten på tjenestene.

Pleie og omsorgssektoren er avhengig av høy kompetanse og engasjement hos sine medarbeidere. Samtidig gjør dagens arbeidstidsordning sektoren avhengige av mange deltidsstillinger, noe som gir utfordringer for arbeidsgiver på flere områder.

Spørsmål rundt deltidsarbeid har vært reist i forskjellige sammenhenger. Fokuset har ofte vært rundt de ulempene dette gir for arbeidstakere som har "uønsket deltid". For arbeidsgiver gir mange deltidsstillinger utfordringer både i forhold til administrasjon og drift i avdelingene.

Sett i denne sammenheng har spørsmålet rundt kvaliteten i tjenesten og andelen av hel- og deltidsmedarbeidere gjort oss nysgjerrige.

Vår problemstilling er:

*"Har andelen av heltid og deltid noe å si for kvaliteten på tjenestene i pleie- og omsorgssektoren"?*

Har stillingstørrelse noe å si for oppgavefordelingen og hvilke ansvarsoppgaver den enkelte kan påta seg? Vil en heltidsansatt ha større mulighet til å utføre flere oppgaver som har betydning for tjenestekvaliteten enn en deltidsansatt? Kan dette gi spesielle utfordringer for arbeidsgiver?

Ut fra en formening om at kvaliteten på tjenesten i pleie og omsorg er avhengig av at vi utfører et sett med grunnleggende arbeidsoppgaver på vaktene, har vi foretatt en arbeidskartlegging i 3 langtidsavdelinger i sykehjem, i egen kommune. I tillegg er det gjennomført intervjuer med avdelingslederne i de avdelingene som var med i arbeidskartleggingen.

Vi ønsket å se på om det var ulikheter i hvilke arbeidsoppgaver heltid- og deltidsansatte utførte i løpet av arbeidsdagen, fordelt mellom sykepleiere og helsefagarbeidere. Kunne resultatet av en slik kartlegging kaste nytt lys over problemstillingen?

I denne kartleggingen er det ikke lagt vekt på å undersøke kvaliteten på selve utførelsen av oppgaven. Vi har heller ikke målt den opplevde kvaliteten på tjenestene for pasientene og for pårørende.

## 2.0 DELTID

### 2.1 Historisk tilbakeblikk

Fra 1960 begynte mange kvinner å ta danning og delta i arbeidslivet. I 1970 var ca 32 % av kvinnene yrkesaktive. Dette skyldtes i stor grad et krav fra kvinnene selv om å få være yrkesaktive og mer selvstendige. Parallelt kom også kravet om at samfunnet måtte tilrettelegge for at kvinner kunne være mer ute i arbeid. Dette kan sees i lys av likestillingskampen som var en kraft mellom kvinneorganisasjonene, politiske partier, fagbevegelse og forskning. Dette førte til lover som har sørget for viktige tilpasninger i Norsk arbeidsliv, for eksempel barnetrygden (1946), folketrygden (1966), arbeidsmiljøloven (1977), abortloven (1975) og likestillingsloven (1978).

I moderne tid har de fleste kvinner deltatt i lønnet arbeid, men ofte under andre vilkår og betingelser enn menn. I etterkrigstiden var argumentet for at menn skulle ha høyere lønn enn kvinner, knyttet til menns forsørgeransvar. Men fra 1970 kom kvinnenes krav om høyere lønn og bedre arbeidsvilkår. Kvinnene ønsket å være ute i arbeid. De ville ha forholdene lagt til rette og likelønn for sitt arbeid. I denne sammenheng har lovgivingen vært vesentlig, men også andre tiltak som betalt foreldrepermisjon, utbygging av barnehage tilbud og SFO – tilbudet. Arbeidsmiljøloven har også kommet med tilpasninger for foreldre. Eksempel på dette er retten til ammeferie og retten til redusert arbeidstid ved omsorg for små barn. Folketrygdloven ivaretar blant annet ordninger som foreldrepenger, hjelpestønader, omsorgspenger ved barns sykdom, lønn ved sykt barn og lignende. Dette er politiske prioriteringer som er gjort for at kvinner og menn skal ha like muligheter til å være ute i arbeid. Arbeidet med likestilling er derfor en vesentlig påvirkningskraft for at arbeidsvilkårene i dag er lagt til rette for at kvinner skal ha mulighet til å være yrkesaktive i kombinasjon med familieliv og omsorg for barn.

Yrkesdeltakelsen er generelt høy i Norge. Dette skyldes i hovedsak høy yrkesdeltakelse blant kvinner og eldre. *For 30 år siden var litt over halvparten av norske kvinner sysselsatte eller aktive arbeidssøkere. I 2012 var andelen yrkesaktive blant kvinner i alderen 15 – 74 år økt til omlagt 69 % (Stortingsmelding nr. 44 2012- 2013: s. 50).*

*Deltidsarbeid har økt etter hvert som kvinner har kommet mer med i arbeidslivet, noe som kan tyde på at det å kunne arbeide deltid har vært et viktig virkemiddel for å få kvinner ut i arbeid (Stortingsmelding nr. 44 2012- 2013: s. 21).*

Arbeidsmiljøloven har endret sine bestemmelser og bidratt til en mer fleksibel arbeidstid. Bestemmelser som har vært med på å endre vilkårene for medarbeideres arbeidstid er:

- 1949 - 45 1/3 time per uke - rundskiftarbeid
- 1972 - 40 time per uke - døgnskiftarbeid
- 1975 - 38 timer per uke - døgnskiftarbeid
- 1976 - 36 timer per uke - helkontinuerlig skiftarbeid
- 1987 - 35,5 timer per uke - døgnskiftarbeid
- 1987 - 33,5 timer per uke - helkontinuerlig skiftarbeid

Døgnskiftarbeid betyr at det er behov for 24 timers drift. Men det er ulike behov for antall medarbeidere på jobb til de ulike tider av døgnet. Slik er det som regel i helse- og omsorgssektoren. Det er størst behov for medarbeidere på arbeid på dagtid, mindre på ettermiddag og minst på natt. I denne sektoren er det som oftest ordningen med døgnskiftarbeid det er behov for. Da vil medarbeidere som har 100 % stilling ha et uketimetall på i gjennomsnitt 35,5 timer.

## **2.2 Hvorfor har vi deltid i pleie og omsorg?**

I tillegg til de virkningene selve historien har hatt på deltid fikk vi i 1987 bestemmelsen i Arbeidsmiljøloven om arbeidstidsreduksjon. Dette medførte, som nevnt ovenfor, en reduksjon i uketimetall for døgnskiftarbeid fra 38 timer til 35,5, timer. Tariffoppgjøret samme år førte til en enighet om at arbeidstiden skulle endres fra hver andre helg til hver tredje helg.

Turnus med arbeid hver tredje helg medførte at det ble færre medarbeidere på arbeid i helgene. Manglende dekning i turnus vises ved at det er for få medarbeidere på arbeid i forhold til behov. Behovet ble dekt ved en del personer arbeidet ekstravakter uten at de hadde et fast tilsetningsforhold. Dette er det som kalles for ”grå stillinger”. I 1995 kom

innstramminger i Arbeidsmiljøloven som reduserte muligheten for midlertidig ansettelse. Det ble da gjennomført faste ansettelse i de ”grå stillingene”. Disse stillingene hadde de fleste av sine vakter i forbindelse med helg. Dette medførte en økning i antall deltidsansatte i faste stillinger.

For å forklare dette enkelt er det laget et eksempel i tabellen nedenfor.

Her forutsettes det at det er 4 årsverk som skal dekke behovet for bemanning. En person på dagvakt – D og en person på aften vakt – A.

Eksempel 1: Arbeid 2. hver helg. Det trengs 4 medarbeidere i turnusen for å dekke behovet på helg og alle kan da ha 100 % stilling.

Eksempel 2: Arbeid hver 3. helg. Det trengs 6 medarbeidere i turnusen for å dekke behovet på helg, og da må 4 årsverk deles på 6 personer og deltid er et faktum.

Figur 2.2. Eksempel på turnus med ulik helgebelastning

Eksempel 1. Arbeid hver 2. helg – alle 4 får 100 % stilling												
	Uke 1		Uke 2		Uke 3		Uke 4		Uke 5		Uke 6	
	Lør	Søn	Lør	Søn	Lør	Søn	Lør	Søn	Lør	Søn	Lør	Søn
1	D	D			A	A			D	D		
2	A	A			D	D			A	A		
3			D	D			A	A			D	D
4			A	A			D	D			A	A
Eksempel 2 Arbeid hver 3. helg – 6 medarbeidere må fordele 4 årsverk – deltid oppstår.												
	Uke 1		Uke 2		Uke 3		Uke 4		Uke 5		Uke 6	
	Lør	Søn	Lør	Søn	Lør	Søn	Lør	Søn	Lør	Søn	Lør	Søn
1	D	D					A	A				
2			D	D					A	A		
3					D	D					A	A
4	A	A					D	D				
5			A	A					D	D		
6					A	A					D	D

Tradisjonelt har det vært kvinner som har tatt hovedansvaret for omsorgen for barn og syke. Når kvinners inntreden i arbeidslivet kom for fullt, klarte man ikke samtidig å fordele omsorgen i heimen likt mellom menn og kvinner.



Før 1987 var det vanlige at medarbeidere i helse- og omsorg sektoren arbeidet heltid. Medarbeidere i egen kommune kan fortelle at de kunne få gå i 50 % stilling hvis de selv kunne finne noen å dele stillingen sin med. Mange kvinner opplevde det som vanskelig å være ute i fullt arbeid i kombinasjon med egen familie og små barn. Utfordringen for de ansatte var da å få mulighet til å arbeide deltid, for å klare alle sine forpliktelser.

I vår sektor er majoriteten av medarbeidere kvinner. Det bidrar til at utfordringene rundt deltidskulturen blir større enn i yrker der kjønnsdelingen er mer fordelt. I andre sektorer som er mer mannsdominerte, for eksempel i industrien, vil man ikke se den samme deltidskulturen. Her etterspør ikke medarbeidere i samme grad å få arbeide deltid, og det vil heller ikke ha samme aksept for dette, verken fra arbeidsgiver eller kolleger.

### **2.3 Et kjønnsdelt arbeidsliv**

Norge har i dag flere symptomer på et kjønnsdelt arbeidsliv. Den største delen av veksten i sysselsettingen de siste tiår, er kommet innenfor sektorer som helse- og omsorg, barn, oppvekst og undervisning. Fra 1970 skjøt utbyggingen av velferden fart i norske kommuner og i staten. Da ble de tradisjonelle kvinneoppgavene, som omsorg for barn og eldre, omgjort fra ulønnet arbeid til lønnet arbeid.

I 1970 var 45 prosent av kvinnene med i arbeidstyrken, mens det i 2008 var økt til 70 prosent. I dag er kvinneandelen i norsk arbeidsliv ca. 47,5 prosent. Målt etter antall yrkesaktive har Norge nesten full likestilling, men målt etter antall årsverk blir forskjellen betydelig større. Da utgjør menn 60 prosent av arbeidsstyrken mens kvinner utgjør 40 prosent.

Kvinnelige ansatte dominerer innenfor helse- og sosial, undervisning og tjenesteyting. Mens menn dominerer innenfor bygg og anlegg, olje, jordbruk, industri og bergverk. Om lag halvparten av alle sysselsatte kvinner arbeider i offentlig sektor, mens bare en femtedel av mennene arbeider der.

Offentlig sektor er den sektoren som har de fleste arbeidsplasser knyttet til helse- og omsorg, sosial, tjeneste og utdanning. Svært mange kvinner utdanner seg til en jobb i offentlig sektor mens menn utdanner seg til fag og yrker innenfor privat sektor.

*Spørreundersøkelsen UNG I NORGE, viser at guttene i større grad enn jentene ønsker å få et yrke med prestisje, god lønn og makt, mens jentene i større grad ønsker en jobb som er samfunnsnyttig, skapende, humanistisk og individuelt tilpasset (Stortingsmelding 44 2012 – 2013: s. 53 - 54).*

Det er spesielt i helse- og omsorgssektoren at bruken av deltid er utbredt. Deltid blir knyttet til kjønn, da det er flest kvinner som arbeider deltid. Deltid blir også knyttet til kjønn, da det er flest kvinner som velger yrker innenfor denne sektoren.

En viktig grunn til at Norge har høy sysselsetting blant kvinner, har vært muligheten til å kombinere arbeid og omsorg for familie, blant annet gjennom deltid. Å ha muligheten til å arbeide deltid kan være verdifullt for personer som ikke ønsker å arbeide heltid eller som ikke har forutsetninger for å klare med en heltidsjobb. Det kan være flere årsaker knytte til dette som for eksempel omsorgsforpliktelser, redusert helse eller nedsatt funksjonsevne. For disse gruppene gir deltidsarbeid en mulighet for yrkesdeltakelse, og for noen kan det være en god løsning for å unngå å falle ut av yrkeslivet.

## **2.4 Demografiske utfordringer**

Utfordringene knyttet til det kjønnsdelte arbeidsmarkedet må også sees i sammenheng med behovet for arbeidskraft i årene framover. Offentlig sektor har et stort og økende behov for arbeidskraft. Og spesielt vil det være behov for yrker med helse- og sosialfaglig utdanning.

Figur 2.4.1 Befolkningsframskrivning i Norge – innbyggertall fordelt på aldersgrupper

<b>Befolkningsframskrivning</b>			
	<b>2013</b>	<b>2020</b>	<b>2030</b>
<b>20-66 år</b>	<b>3 121 365</b>	<b>3 357 305</b>	<b>3 538 196</b>
<b>67 – 79 år</b>	<b>451 738</b>	<b>595 102</b>	<b>690 871</b>
<b>80 år og eldre</b>	<b>222 173</b>	<b>226 900</b>	<b>347 398</b>

Dette viser at det blir flere eldre. I alderen 67 – 79 år er det en økning på over 50 % fram til 2030.

Figur 2.4.2 Befolkningsframskrivning i Norge i prosent fordelt på aldersgrupper

Befolkningsframskrivning i prosent			
	2013	2020	2030
20 – 66 år	0	7,56 %	13,35 %
67 – 79 år	0	31,74 %	52,94 %
80 år og eldre	0	8,1 %	14,9 %

Tabellen viser at det blir flere eldre, mens det blir færre av andelen yrkesaktive som kan utføre arbeidsoppgavene som velferdssamfunnet har innenfor helse- og sosial. Det er i aldersgruppen over 67 år en finner de store gruppene som trenger tjenester fra helse og omsorgssektoren, og av disse vil spesielt mennesker over 80 år ha behov for flere tjenester. I dag må ¼ av arbeidsstyrken velge en utdanning innenfor offentlig sektor, og da fortrinnsvis innen helse- og sosialsektoren, for at behovet for arbeidskraft skal være dekt. I 2030 må 1/3 av arbeidsstyrken gjøre et slik yrkesvalg, og dette vil gi stor utfordring i årene som kommer. For å løse denne utfordringen må flere velge utdanning innenfor helse- og sosialfag. Kvinnene alene vil ikke klare å dekke behovet for arbeidskraft innenfor denne sektoren. Menn må også i større grad gjøre yrkesvalg innenfor helse- og sosialfag.

Pleie og omsorgssektoren har i dag en stor andel medarbeidere i deltidsstillinger. Her ligger det en stor arbeidskraftreserve. En stor utfordring for arbeidsgiverne vil være å motivere sine kompetansemedarbeidere til å jobbe i større stillinger.

## 2.5 Ønsket og uønsket deltid

Diskusjonen om deltidsansatte i Norge handler nesten utelukkende om uønsket deltid. Men i følge arbeidskraftundersøkelsen vises det til at mellom 70 og 80 prosent er ønsket deltid. I tillegg ønsker bare i underkant av 7 prosent av de som arbeider uønsket deltid å arbeide heltid.

*Det er også viktige spørsmål knyttet til konsekvenser av frivillig deltid. Av positive konsekvenser er det vanlig å peke på en bedre balanse mellom arbeid og familie og mindre stress i familien, eller at arbeidstakere har andre interesser, for eksempel studier. Men deltidsarbeidet kan også ha negative konsekvenser for deltidsarbeideren selv, for deltidsansattes kolleger, for kvaliteten på arbeidet, eller tjenestene. For likestillingen mellom kjønnene og for samfunnet som helhet (Nicolaisen og Bråthen 2012: s. 10).*

## **2.6 Heltidskultur og deltidskultur**

For samfunnet som helhet har deltidsarbeid økonomiske konsekvenser, konsekvenser for tilgang på arbeidskraft, produktivitet og for likestilling mellom kjønnene. Dette gjelder ikke minst inne helsesektoren, som står for en vesentlig andel av deltidsarbeidet i norsk arbeidsliv. Deltidsvalgene har røtter i forhold ved yrket og arbeidsorganiseringen. De som møter deltidskultur på arbeidsplassen, vil sannsynligvis utvikle en sterkere preferanse for deltid enn de hadde før. Det ansees som normalt å jobbe deltid og dette vil gjøre det lettere å velge deltid selv. Systemet med lett tilgang på ekstravakter gjør at preferansen forsterkes. Det gir rom for å øke inntekten når det er behov for det, samtidig som man har større valgfrihet i forhold til fritidsaktiviteter, familie eller hvis man føler seg sliten. Denne fleksibiliteten blir oppfattet som verdifull av de ansatte.

Det er pekt på at deltid avler deltid. (Fafu-rapport 2012/49) peker på at omfanget av ufrivillig deltid er størst i virksomheter som har mye frivillig deltidsarbeid, ettersom det ved sykdom og jobbskifte ofte kan være slik at det bare er en ubesatt deltidsjobb som skal fylles med vikarer eller en nyansatt.

Det ligger et endringspotensial i å endre de trekkene ved arbeidsorganiseringen som fremmer deltid. Dersom en "kritisk masse" av de ansatte jobber store stillinger, blir det mindre rom for deltid – både som kultur og som konkret mulighet. Det er også slik at heltid avler heltid. På arbeidsplasser hvor det er en heltidskultur, vil det oppleves vanskelig å jobbe deltid (Nicolaisen og Bråthen 2012: s. 101-102).

## **2.7 Prosjekt "uønsket deltid" i Vefsn kommune.**

I samarbeid med regjeringen har Kommunenes sentralforbund gjennomført et prosjekt med mål om å redusere andelen uønsket deltid i norske kommuner. De siste 5 årene har Vefsn kommune vært med i dette prosjektet.

Første undersøkelsen som ble gjennomført i 2009 viste at det var til sammen 284 personer som hadde uønsket deltid. Da var også dette fordelt på ca 450 medarbeidere. (Det er tre driftsenheter med i prosjektet, som ivaretar institusjonsomsorgen for eldre, hjemmetjenester og tjenester knyttet til psykisk utviklingshemmede).

November 2012 ble det gjennomført en ny kartlegging. Tallene viste da at det var 62 personer som hadde uønsket deltid.

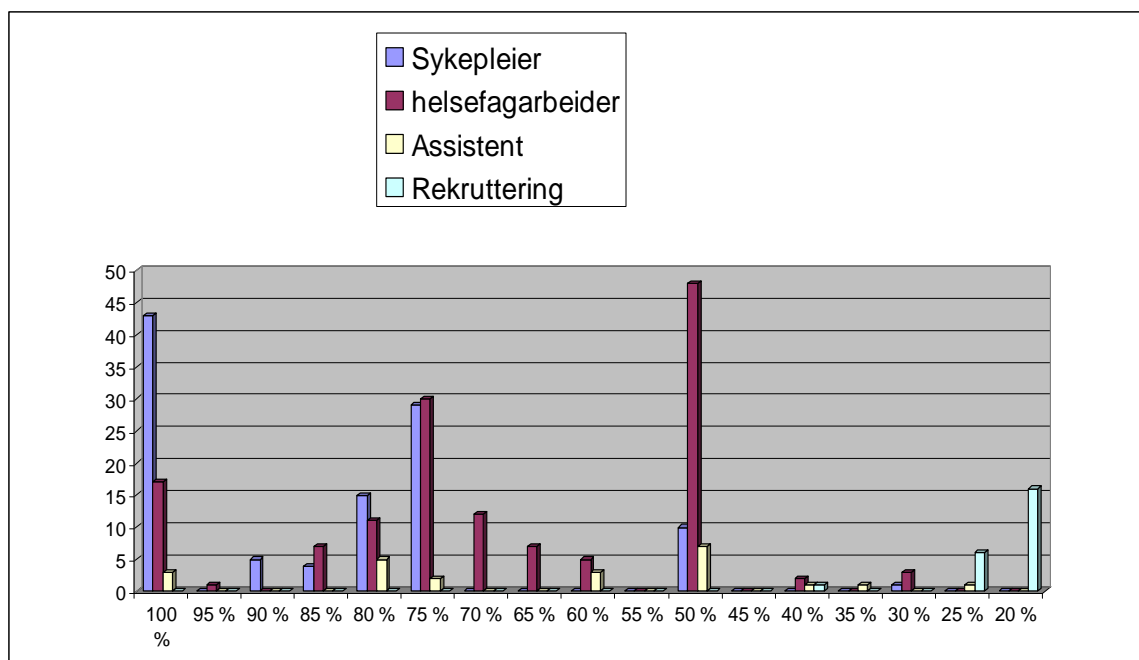
For å få redusert andelen uønsket deltid er det gjort flere tiltak.

- Ingen stillinger under 50 % stilling lyses ut (unntak er rekrutteringsstilling som er stillinger som tilbys elever og studenter.)
- Endre turnusordninger – slik at alle medarbeidere må arbeide tilsvarende 2 ekstra helger i løpet av året.
- Innføring av samarbeidsturnus i 13 avdelinger. (medarbeidere skriver sin egen turnus og forhandler med andre kolleger om bytte av vakter.)
- Innføring av 12-timers skift på helg i 6 avdelinger.

Tabell 2.7.1 Fordeling heltid og deltid i pleie- og omsorg i Vefsn kommune per. 1.aug. 2013.

Oversikt over stillinger Pleie- og omsorg i Vefsn kommune (august 2013).										
Stillingsstørrelse	100 %	90 – 99 %	80 – 89 %	70 – 79 %	60 – 69 %	50 – 59 %	40 – 49 %	30 – 39 %	20 – 29 %	Sum antall
Sykepleier	43	5	19	29	0	10	0	1	0	107
Helsefagarbeider	17	1	18	42	12	48	2	3	0	143
Assistent	3	0	5	2	3	7	1	1	1	23
Rekrutterings st.	0	0	0	0	0	0	1	0	22	23
Sum	63	6	42	73	15	65	4	5	23	296

Tabell 2.7.2 Alle stillinger i pleie og omsorg i Vefsn kommune pr. 1. august 2013.



Tabellen viser at det er flest sykepleiere som har 100 % stillinger. Helsefagarbeiderne har mindre enn halvparten av 100 % stillingene, sammenlignet med sykepleiere. Her ser vi at i egen kommune er det svært mange helsefagarbeidere som går i 50 % stillinger og at andelen helsefagarbeidere viser nedgang jo større stillingene blir. De fleste sykepleiere har stillinger fra 75 % og oppover til 100 %. Dette er et bilde som gjør rekruttering til helsefagarbeideryrket problematisk for sektoren, samtidig som dette kan framstå som diskriminerende.

## 3.0 KVALITET

Hva som er god kvalitet er et begrep som favner vidt og påvirkes av mange faktorer. De fleste av oss har et ganske klart bilde av når vi har med god kvalitet å gjøre. Så lenge det ikke skaper problemer for oss, er som regel vår bevissthet rundt dette liten.

God kvalitet oppstår sjelden av seg selv, og det er som oftest ikke en tilfeldighet. Som regel vil det være ulike elementer som er årsaken til at et produkt eller en tjeneste har god kvalitet. Og noen er ansvarlig for dette.

Hvis et produkt eller tjenesten har dårlig kvalitet, vil dette raskt bli kjent. Kunnskap om dårlig kvalitet vil medføre at man vil unngå å ha befatning med produktet eller tjenesten hvis det er mulig. Man kan bli misfornøyd, kritisk og dette kan skape utrygghet. Det kan også medføre skade, lidelse eller i verste fall død.

Alle som skal produsere en vare eller tjeneste, er helt avhengig av å ha fokus på kvalitet for å kunne eksistere. Dette er helt grunnleggende. Samtidig vil det være ulike faktorer som avgjør kompleksiteten i det arbeide som ligger bak, avhengig av hva som skal produseres. For noen er det mindre komplisert, for andre vil det være en lang kjede av tiltak som ligger bak et godt resultat. Felles for alle er at man må ha god kunnskap og kompetanse om det man holder på med.

### 3.1 Definisjon på kvalitet

NS-ISO 8402, som er Norsk Standard, basert på Internasjonal Standardiseringsorganisasjons definisjon, definerer kvalitet som:

”en helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som er antydnet”

Det er to dimensjoner ved kvalitetsbegrepet: verdier og egenskaper.

Verdiene er knyttet til begrep som for eksempel god/dårlig, høy/lav. Hva er god og hva er dårlig kvalitet?

Hva er da godt nok? Det må være enighet mellom utøvere og mottakere av tjenesten og utøverne seg imellom om hvor listen skal legges.

Egenskaper ved kvalitet må derimot beskrives ved nøytrale og målbare begreper som for eksempel form, antall, størrelse etc., og det vil kunne dreie seg om sikkerhet, kontinuitet, rett tid, tilgjengelighet osv (Kyrkjebø 1998: s. 27 -28).

### **3.2 Kvalitetsforskriften i pleie og omsorg**

Pleie- og omsorgstjenesten har en egen forskrift om kvalitet. Formålet med den er å supplere og utdype allerede eksisterende regelverk, med vekt på grunnleggende behov og kvalitet i pleie og omsorgstjenesten i kommunene. Det er lagt vekt på at tjenesten skal utformes på en slik måte at det blir tatt hensyn til det enkelt individs ønsker og behov med respekt for egenverdi og livsførsel.

Kvalitet defineres i veilederen til kvalitetsforskriften som:

*”Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov.”*

I følge denne definisjonen har kvalitet å gjøre med å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper. Kravene kan komme fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunen selv eller fra brukere og pårørende.

Kvalitet vil bestå av en rekke egenskaper som kjennetegner tjenesten. Egenskaper som at tjenestene er virkningsfulle, trygge og involverer brukerne. Tjenestene skal leveres til rett tid, være tilgjengelige, samordnet og preget av kontinuitet slik at tjenestemottakeren opplever at tjenesten dekker fysiske og sosiale behov.

Pleie og omsorgstjenester handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utformes slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt.

Å måle kvalitet er en utfordring. Innenfor fagområde har vi lover og forskrifter som setter føringer på hvilke krav som skal oppfylles. I tillegg vil den faglige kompetansen og den enkelte tjenesteutøvers vurderinger ha stor betydning for valg av tiltak og løsninger. Hva pasienten oppfatter som en god tjeneste vil være subjektivt, derfor må tjenesten tilpasses hver



enkelt person i et samspill med tjenesteutøver. Målet er å finne en balanse mellom faglig forsvarlighet og pasientens egen oppfatning.

Kvalitetsforskriftens § 3 sier hva som er oppgaver og innhold i tjenestene:

Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftelige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie og omsorgstjenester får tilfredstilt grunnleggende behov (Kvalitet i pleie og omsorgstjenesten 2004: s.7-11).

Det er særlige utfordringer knyttet til kvalitetsstyring av tjenester. Tjenestenes manglende standardisering er en av de største utfordringene. Fraværet av standardisering av hva som gjør en tjenesteleveranse god, gjør det vanskelig å formulere krav som er konkrete nok til at de kan måles på entydige måter. Fraværet av standardisering skyldes både trekk ved tjenesters karakter og at tjenester leveres i samspill med brukerens forutsetninger og deltakelse. Bruk av standardisering i kvalitetsutvikling og kvalitetskontroll innen tjenesteyting har derfor i stor grad fokusert på de strukturelle rammebetingelsene for tjenesteutøvelsen/produksjonen, snarere enn på prosessene hvor tjenestene skapes som sådan (NOU 2012: 6, s. 235).

### **3.3 Kvalitetsmåling i pleie og omsorgstjenesten**

Tjenesten har i dag flere målinger på kvalitet. Å måle kvalitet innenfor pleie og omsorg er utfordrende. Det er mange variabler å ta hensyn til, samtidig som det er forbundet med mange subjektive oppfatninger. Men det er likevel utviklet flere målinger som hjelper oss å styre

fokus og ressurser i en retning som er med å tilfredsstillere krav fra myndigheter, faget selv og brukerne.

Det er flere typer rapporteringer som gjør at kommunene kan sammenligne seg med andre kommuner. Og det er utviklet ulike kvalitetsindikatorer. For eksempel brukerundersøkelser og SSB rapportering i forbindelse med Kostra. På nettstedet [www.bedrekommune.no](http://www.bedrekommune.no), som drives i regi av KS, publiseres det også en rekke indikatorer for kvalitet.

Brukerundersøkelser er et verktøy som brukes for å måle kvaliteten i tjenesten og gjennomføres regelmessig, både i egen kommune og i de fleste kommunene i landet. Her er det brukers syn på hva som er bra i tjenesten som måles. Kommunene kan sammenligne seg med andre kommuner og med landsgjennomsnittet. Resultatet av brukerundersøkelsen har stor oppmerksomhet. De kommunale lederne vil ut fra resultatet velge seg satsningsområder for forbedring og iverksette tiltak ved den enkelte enhet.

KOSTRA (KOMMune-STat-RApportering) er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet.

Informasjonen om kommunale og fylkeskommunale tjenester, bruk av ressurser på ulike tjenesteområder og egenskaper ved befolkningen, blir registrert og sammenstilt for å gi relevant informasjon til beslutningstakere i kommuner, fylkeskommuner og staten.

Informasjonen skal gi bedre grunnlag for analyse, planlegging og styring i kommuner og fylkeskommuner, og gi grunnlag for å vurdere om nasjonale mål oppnås. I tillegg skal enkeltpersoner, interessegrupper, media og andre kunne finne informasjonen om kommuners og fylkeskommuners tjenester og ressursbruk.

(<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/tema/kommuneokonomi/kostra.html?id=1233>)

Med utgangspunkt i NS-ISO 8402, kan kvalitetsindikatorer defineres på følgende måte:

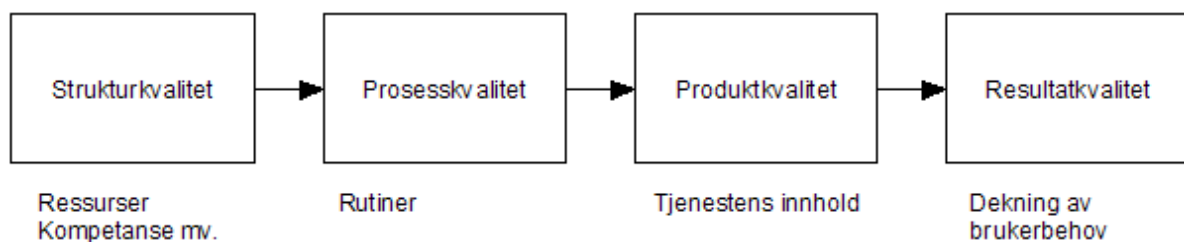
*Egenskaper ved tjenestens innhold og servicen som er knyttet til tjenesten som er relevante for tjenestens evne til å tilfredsstillere brukernes behov som tjenesten er ment å dekke, og som kan måles.*

Denne definisjonen knytter indikatorer til det konkrete innholdet i tjenestene og til servicen ved overlevering av en tjeneste.

En slik definisjon kan være håndterlig og praktisk for enkelte kommunale ”produkter”, der innholdet kan beskrives på en forholdsvis enkel og oversiktlig måte for eksempel kommunal vannforsyning

Mange kommunale tjenester består imidlertid av sammensatte, komplekse leveranser. For disse tjenestene er det problematisk å finne oversiktlige, enkle indikatorer som kan beskrive alle viktige kjennetegn ved innhold og service som er relevante i forhold til tjenestenes evne til å dekke de behovene de er ment å dekke, for eksempel hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester

På bakgrunn av dette foreslår Fürst og Høverstad en utvidet definisjon av kvalitetsindikatorer som fanger opp både forutsetninger for god kvalitet, selve tjenestekvaliteten og tjenestenes resultater. De knytter dette til at kvalitet og dermed kvalitetsindikatorer kan grupperes fra produksjon av tjenester til den nytten brukerne har av disse, som i figuren under.



En utvidet definisjonen av kvalitetsindikatorer blir derfor:

*Kvalitetsindikatorer knyttes ikke bare til tjenestenes innhold og service, men fanger også opp forutsetninger for å sikre god tjenestekvalitet og resultatene som tjenestene oppnår* (Fürst og Høverstad 2004: s. 3-4).

### Dagens indikatorer i pleie- og omsorgssektoren utarbeidet av SSB:

1	Legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	Struktur
2	Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem	Struktur
3	Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning	Struktur
4	Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning fra videregående skole	Struktur
5	Andel årsverk i brukerrettede tjenester m/fagutdanning fra høyskole/universitet	Struktur
6	Andel legemeldt sykefravær av totale kom. årsverk i brukerrettede tjenester	Struktur
7	System for brukerundersøkelser i institusjon	Prosess
8	System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten	Prosess
9	Andel plasser i enerom i pleie- og omsorgsinstitusjoner	Produkt
10	Andel plasser i brukertilpasset enerom m/eget bad/wc	Produkt

(SØF-rapport nr. 02/12: s.53)

Det arbeides nå med å endre kvalitetsindikatorene i Kostra innenfor pleie og omsorg.

Dette et område som har mye fokus hos lederne og politikerne i kommunene, og det har sammenheng med de økonomiske rammene man er underlagt. Man må produsere mest mulig tjenester for de midlene man har fått til rådighet, og stadig strekke seg for å oppnå bedre effektivitet.

Effektivitet kan si noe om hvor godt vi utnytter ressursene. Altså mest mulig tjenester for pengene. Men det kan også si noe om hvor godt man treffer i forhold til behov og etterspørsel hos brukerne. Sandbekkutvalget, som vurderte konkurranseeksponering i offentlig sektor, kalte det for "formåls effektivitet" (NOU 2000:19).

Diskusjoner rundt hvordan vi skal kunne produsere tjenester av god kvalitet er mange, og må til for at vi skal kunne utvikle tjenestene til det bedre. I tillegg må vi klare å forvalte offentlige midler på en effektiv måte innenfor en sektor med mange utfordringer, men også med mange ressurser.

I vår arbeidsoppgavekartlegging har valgt å se på de ulike arbeidsoppgavene som utføres til daglige i avdelingene. I dette arbeidet har vi valgt å legge til grunn en oppfatning om at et sett av ulike arbeidsoppgaver må gjennomføres og settes i system, som en forutsetning for at kvaliteten skal bli god. Det vil si at vi holder oss innenfor det område som vi tidligere omtalte som struktur og prosesskvalitet innenfor definisjon av kvalitetsindikatorerne. Vi forsøker å se på om våre egne iverksatte prosedyrer og systemer, klarer å ivareta en faglig forsvarlig tjeneste med en standard som oppfyller krav i lover og forskrifter.

Vi har ikke sett på forholdet rundt brukers opplevelse av tilfredshet, resultat kvalitet. For eksempel om bruker er fornøyd og føler at han eller hun opplever brukermedvirkning. Vi har koblet dette til arbeidsoppgaver som kan peke mot at dette forholdet ivaretas, som for eksempel at det gjennomføres møter med bruker og pårørende, om bruker har primærkontakt eller om det blir laget pleie og tiltaksplaner.

Vi har heller ikke sett på hvordan den enkelte ansatt har valgt å utføre arbeidsoppgavene, altså produktkvaliteten. Det vil forekomme kvalitetsforskjeller ut fra kompetanse og evner hos tjenesteutøver, som igjen vil tolkes ut fra faglige standarder.

### **3.4 Kompetanse hos utøveren/hjelperen**

Det har gjennom alle tider vært behov for kompetanse, men det som endrer seg er hva slags kompetanse som etterspørres. Med store endringer i offentlig sektor stilles det store krav til så vel arbeidstaker som arbeidsgiver. De fleste har en formening om hva kompetanse dreier seg om, og at det er viktig for å kunne levere tjenester med god kvalitet. Men man kan likevel ha en noe ulik oppfatning av begrepet.

Begrepet kompetanse kommer fra det latinske ordet "competenia", som betyr samsvar. I denne sammenheng er vi opptatt av at det må være samsvar mellom personen og de krav som stilles til en jobb. Kompetanse kan forstås som atferd som resulterer i effektiv utførelse av en jobb. Dette innebærer blant annet at vi raskt forstår komplekse spørsmål og foretar sunne og rasjonelle vurderinger basert på tilgjengelig informasjon. Det vi derimot ikke ser er hva den enkelte føler og tenker.

Våre handlinger styres av noe som er vanskelig å observere direkte, nemlig vår personlighet, evner, motivasjon og kunnskap. Dette er underliggende karakteristika som kan være mer eller

mindre kjent for personen, bevisst eller ubevisst. Alt dette ligger som et potensial for våre handlinger, og kalles derfor ”kompetansepotensialet”.

***Følgende metafor kan være klargjørende:***

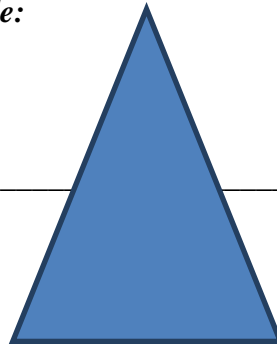
Kompetanse = observerbare handlinger

Kompetansepotensialet = personlighet

Motivasjon

Evner

Kunnskap



Kompetanse kan betraktes som den delen av isfjellet vi kan se. Kompetansen er synlig over vannflaten. Kompetansepotensialet er mindre synlig og består av personlighet, evner, motivasjon og kunnskap.

Personlighet er et fremtredende karaktertrekk ved personen som viser seg gang på gang. For eksempel kan en person være pratsom, utadvent, samvittighetsfull, strukturert eller omgjengelig. Folk flest viser en viss konsistens i måten de opptrer på.

Motivasjon er et viktig element i kompetanse. Det spiller ingen rolle om vi er kapabel til å utføre en oppgave dersom vi ikke vil. Grovt sett kan vi dele motivasjon i to:

1. Indre motivasjon: karakteriseres av en ren nytelse i utførelsen av arbeidet. Det kan dreie seg om spennende oppgaver eller hyggelige kolleger.
2. Ytre motivasjon er det som kan knyttes til ytre belønning og anerkjennelse. En ansatt som motiveres av dette, er ofte interessert i å styrke sin sosiale posisjon blant kolleger og sjefer.

Evner forteller oss noe om hva en person faktisk er i stand til å gjøre. Det forteller oss noe om hvordan vi løser og tilnærmer oss oppgaver. Evner ligger tett opp til begrepet intelligens.

Relevant kunnskap vil også ha betydning for hvordan vi utfører jobben. Kunnskap vil ligge tettere opp til formell kompetanse. Den som besitter stor kunnskap, omtales gjerne som ”en

sterk fagperson”. De som vil ha den beste forutsetningene til å vite hvilken kunnskap som kreves, vil være de personene som kjenner jobben sin godt (Skorstad 2008: s. 20-32).

Tjenester av god kvalitet sikres gjennom faglig kompetente utøvere på alle nivåer, som evner å ta brukerens behov på alvor og omsette pålitelig kunnskap til gode tjenester i et system som fremmer helhet.

For å oppnå dette trenger utøveren en god utdanning, lett tilgjengelig informasjon og verktøy for beslutningsstøtte. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi må utnyttes for å sikre at relevant dokumentasjon følger brukeren i systemet. IKT må også utnyttes slik at oppdatert faglig informasjon er tilgjengelig som beslutningsstøtte når tjenesten ytes.

For å levere faglig gode tjenester trenger utøveren gode kommunikasjonsferdigheter og muligheter til samarbeid, erfaringsutveksling og vurdering av eget arbeid (Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, ...og bedre skal det bli!, 2005: s. 36).

## **4.0 KONSEKVENSER AV DELTID**

Deltidsdebatten i Norge dreier seg i all hovedsak om uønsket deltid. Både det politiske miljøet, arbeidsgivere og fagforeninger har gjennom mange år forsøkt å iverksette ulike tiltak for å forbedre situasjonen for de som ønsker større stillingsbrøker.

Det å bekjempe uønsket deltid ses som svært viktig for de ansattes økonomi, for deres tilknytning til arbeidslivet og for å sikre gode tjenester for brukere og pasienter.

Likevel jobbes det meste av deltiden på frivillig basis. Den frivillige deltiden utgjør et stort arbeidskraftpotensial, noe som er interessant i debatten om framtidig arbeidskraftbehov.

Mye av bilde har handlet om deltidens årsaker og dens røtter i privatliv og arbeidsliv. Men deltid vil også ha konsekvenser for både den enkelte, for virksomheten og for samfunnet. I det følgende går vi inn på konsekvenser for virksomhetene.

### **4.1 Negative sider**

I Fafo-rapport 2012:49 ”frivillig deltid – en privatsak?”, er en del konsekvenser for bruk av deltid skissert.

De negative sidene ved deltid er mange. Ikke bare for den ansatte selv, men også for arbeidsgiver og ikke minst for brukerne.

#### **Tilhørighet til arbeidsplassen**

Med tilhørighet menes den ansattes identifisering med og involvering på arbeidsplassen. Undersøkelsen viser at tilhørighet ikke primært dreier seg om hvor sterk tilknytning man føler til arbeidsplassen, men om å få med seg informasjon, ha oversikt over hva som skjer på jobben og vite ”hvordan ting skal gjøres”. Videre ser det ut til at informantene mener man bør jobbe opp mot 80 % stilling for at tilhørigheten til arbeidsplassen ikke skal påvirkes negativt.

#### **Deltagelser i møter**

Sitat fra informant: ”Folk som har deltid har en tendens til å være mindre på møter enn de som jobber store stillinger, så man blir ikke integrert på samme måte”. En utfordring er å finne møtetidspunkter som passer når mange jobber deltid.

De som har små stillinger og flere arbeidsgivere deltar mindre i møter.



### **Økt administrasjonsbyrde**

For arbeidsgiver har deltid konsekvenser når det gjelder arbeidsorganisering og administrasjon. Arbeidsgivere på kvinnedominerte arbeidsplasser får en større administrativ byrde i forbindelse med turnusorganisering, fordi kvinnelige arbeidstakere i større grad enn mannlige forventer at arbeidsgiver tilpasser turnusen til behovet i privatlivet.

### **Konsekvenser for tjenestekvalitet.**

Det er en etablert oppfatning at brukere og pasienter nyter godt av å forholde seg til få personer fremfor mange forskjellige. En virksomhet med mange deltidsansatte vil ha større vansker med å tilfredsstille et ønske om få vaktbytter og få personer per bruker. Det vil også gå med mye tid med å overbringe informasjon i vaktbyttene. Dermed kan det være grunn til å tro at en arbeidsplass der mange jobber lave stillingsprosent, kan få trøbbel med å levere tjenester av høy kvalitet. Flere peker på at det er vanskelig å holde oversikt over hva som skjer på arbeidsplassen hvis du har en lavere stillingsprosent enn omkring 60 %. Flere uttrykker også at det er vanskelig å være på jobb i situasjoner der det er mange vikarer, fordi de faste må bruke mye tid på å veilede vikarene og gjøre den delen av jobben som vikarene ikke har forutsetninger for å gjøre.

### **Arbeidsmiljø og tilhørighet.**

I Fafo-rapporten 2012:49 var det flere som hevdet at stillinger lavere enn 60-70 % var uheldig for opplevelsen av tilhørighet. Følelsen av tilhørighet svekkes fordi man går glipp av møter og informasjon. For dem som jobber i en virksomhet med turnusordning, kan en lav deltidsstilling medføre at det går flere uker mellom hver gang de treffer enkelte kolleger, eller lederen sin. En slik situasjon vil også påvirke engasjement og ansvarsfølelse. Dersom mange på en arbeidsplass har lave stillingsprosent er det rimelig å anta at disse mekanismene også fører til negative konsekvenser for arbeidsmiljøet.

De sier videre at det er mest 80 - og 100 % stillinger som før ansvar for ulike oppgaver i avdelingen. De små stillingene har oftere kveld- og helg og er ikke der ofte nok til å klare å ivareta andre oppgaver enn de ordinære oppgavene på vakta.

### **Rekruttering**

Enkelte stillinger er så små at det kan være vanskelig å få dem besatt. Et annen negativ konsekvens er at godt kvalifiserte ansatte får jobb andre steder, og bedriften klarer ikke å holde på kompetansemedarbeidere.

## **Forfremmelse og ansvar**

De fleste informantene uttrykte at de i utgangspunktet hadde samme mulighet for forfremmelse som de som jobber heltid. Men likevel ser det ut som at deltid har negativ innvirkning på karriere. En del av de som jobber deltid har et mindre jobborientert fokus, og prioriterer hjemmelivet, særlig i småbarnsfasen. Ledere, også i helsesektoren, forventes å jobbe heltid (Nicolaisen og Bråthen 2012: s. 97-105).

## **Konsekvenser for brukeren**

Fafo har i flere undersøkelser vist at mange små stillinger fører til at brukere må forholde seg til unødige mange tjenesteytere (Moland og Egge 2000, Moland og Gautun 2002). For mange brukere skaper dette utrygghet og ubehag, andre blir forvirret, mens atter andre opplever irritasjon over stadig å måtte legge frem sine behov for nye tjenesteutøvere. Denne kvalitetsforringelsen er uavhengig av tjenesteyterens formelle kompetanse. Den avspeiler først og fremst at arbeidskraftens uformelle kompetanse i disse tilfellene kan være mangelfull. En arbeidsplass med mange deltidsansatte i små stillinger vil lett utvikle fattige læringsmiljøer og en situasjon der de mest kompetente medarbeiderne okkuperes med opplæring av stadig nye, på bekostning av brukerkontakt. I pleie og omsorg er arbeidsstyrken på helgevaktene basert på noen få faste og mange ekstravakter. Dette fører til lavere tjenestekvalitet i helgene, noe som går utover bruker og pårørende (Moland 2009: s. 29).

## **4.2 Positive sider**

Dette betyr ikke at det ikke finnes positive sider ved deltidsarbeidskraft og deltidsarbeid. Det er faktisk lettere å se at en slik personalpolitikk har fordeler for enkelte arbeidstakere, enn for de kommunale virksomhetene. Dersom en arbeidsgivers eneste mulighet til å få tak i tiltrengt arbeidskraft er å tilby en deltidsstilling, kan det være rasjonelt å etterkomme dette.

Deltidsansatte kan trå til når det er behov for ekstra arbeidskraft. Dette gir en positiv fleksibilitetsfaktor for organisasjonen.

De ansatte har større frihet til å velge hvor mye de skal jobbe, og kan styre dette ut fra behov. Det er også lettere å få en turnuskabal til å gå opp, og de blir flere å fordele de ubekvemme vaktene på. Med 24-timers drift og helgeåpent blir det nødvendigvis en del vakter på ubekvemme tidspunkt. Et høyt antall ubekvemme vakter er negativt for rekrutteringen til fulle og store deltidsstillinger, særlig blant arbeidstakere over 30 år (Moland og Gautun 2002: s. 119 - 122).

Tjenester av god kvalitet sikres gjennom faglig kompetente utøvere på alle nivåer, som evner å ta brukerens behov på alvor og omsette pålitelig kunnskap til gode tjenester i et system som fremmer helhet.

For å oppnå dette trenger utøveren en god utdanning, lett tilgjengelig informasjon og verktøy for beslutningsstøtte. Informasjon- og kommunikasjonsteknologi må utnyttes for å sikre at relevant dokumentasjon følger brukeren i systemet. IKT må også utnyttes slik at oppdatert faglig informasjon er tilgjengelig som beslutningsstøtte når tjenesten ytes.

For å levere faglig gode tjenester trenger utøveren videre gode kommunikasjonsferdigheter og muligheter til samarbeid, erfaringsutveksling og vurdering av eget arbeid (Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, ...og bedre skal det bli!, 2005: s.36).

## 5. METODEDEDEL

For å finne svar på vår problemstilling: ”Har andelen av heltid og deltid noe å si for kvaliteten på tjenestene i pleie- og omsorgssektoren?”, har vi valgt å gjennomføre en kvantitativ undersøkelse ved en arbeidskartlegging ved 3 langtidsavdelinger i sykehjem i Vefsn kommune.

Kartleggingen er gjennomført ved at sykepleiere og helsefagarbeidere i ulike stillingsstørrelser har registrert hvilke arbeidsoppgaver de bruker tid på i løpet av 7 – 8 tilfeldig valgte vakter. 24 personer har bidratt med sine kartlegginger. For å få en mer utdypende informasjon er det i tillegg gjennomført intervju av 3 avdelingsledere på de avdelinger som er med i undersøkelsen.

**Kvantitative metoder** er forskningsmetoder som befatter seg med tall og det som er målbart (kvantifiserbart). *Man er opptatt av å telle opp fenomener, det vil si å kartlegge utbredelse. Kvantitative tilnærminger henter mange av sine prosedyrer fra naturvitenskapelig metode, men er samtidig tilpasset det faktum at det er mennesker og menneskelige fenomener som studeres* (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011: s. 31-32).

En kvantitativ metode handler om å kunne gjøre en undersøkelse som kan tallfestes og framstilles i tabeller, grafer eller i andre statistiske framstillinger.

Kvantitative metoder kan brukes sammen med kvalitative metoder. Ved å bruke kvalitative metoder blir det ofte mulig å forstå mer av meningen med tallene fra kvantitative metoder (Lunde, Bente, forelesning 14. november 2011).

En kvalitativ metode har som formål å klargjøre et fenomens karakterer eller egenskaper (Widerberg 2001: s. 15). På denne måten er kvalitativ metode mer innholdssøkende enn kvantitativ metode. Kvalitativ metode er særlig hensiktsmessig hvis vi skal undersøke fenomener som vi ikke kjenner særlig godt, og som det er forsket lite på, og når vi undersøker fenomener vi ønsker å forstå mer grundig (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011: s. 32).

Intervjuene med hver enkelt avdelingsleder på de 3 avdelingene som var med i undersøkelsen ble gjennomført etter at resultatet av kartleggingen forelå. Intervju er innenfor forskningen

definert som en kvalitativ metode. Intervjuene er gjennomført for å utdype de funnene som framkom i arbeidskartleggingen og for å få en bedre forståelse av bakenforliggende årsaker.

## **5.1 Forberedelse til gjennomføring av undersøkelsen**

Til daglig jobber vi begge som enhetsledere innenfor pleie- og omsorg i Vefsn kommune. Som enhetsledere har vi ansvaret for hver vår driftsenhet som består av flere avdelinger med egne avdelingsledere. Avdelingene består av sykehjemsavdelinger og hjemmetjenesteavdelinger.

### **5.1.1 Valg av sted og respondenter for arbeidskartleggingen**

Valg av sted og respondenter for arbeidskartleggingen stilte oss ovenfor en del utfordringer som vi diskuterte med både veileder, rådmann og kommunalsjef.

Vi valgte å gjennomføre kartleggingen i egen organisasjon. Dette ga oss en del utfordringer som vi måtte drøfte på forhånd og finne løsninger på.

- Den ene problemstillingen var at vi selv var ledere for organisasjonen og dette muligens kunne påvirke hvordan respondentene svarte på kartleggingen.
- Den andre problemstillingen var at det kunne medføre en viss fare for at respondentene oppfattet vår kartlegging som en måte å sjekke ut hvordan de utførte sine arbeidsoppgaver på.
- Den tredje problemstillingen var at respondentene kunne føle et sterkere press for å gjennomføre kartleggingen ettersom det var lederne av enhetene som stod bak.
- Den fjerde problemstillingen var at vi skulle intervju avdelingslederne hvor vi var deres nærmeste overordnede, og at dette kunne medføre en viss fare for at deres besvarelse ble farget av forholdene.

Valget av egen organisasjon for gjennomføring av kartleggingen og intervjuene ble tatt på bakgrunn av at vi mente det ville være tidsmessig og økonomisk besparende for oss.

Alternativet var å gjennomføre undersøkelsen i en annen kommune, men dette ville kreve betydelig mer innsats fra vår side ettersom vi var avhengig av dialog med avdelingslederne og å være disponible for respondentene ved eventuelle spørsmål.

Som enhetsleder for hver vår driftsenhet er vi ikke respondentenes nærmeste leder. Det er det avdelingsleder som er. Ut fra dette har vi vurdert at vi i mindre grad vil påvirke respondentene

i deres daglige arbeid og som har betydning for registreringene som skal gjøres i undersøkelsen.

Videre valgte vi å informere respondentene via personlige brev, hvor vi forklarte om bakgrunnen for kartleggingen. I tillegg informerte vi avdelingslederne, sånn at de kunne være med å veilede respondentene i bruk av kartleggingsverktøyet. I tillegg ville de kunne besvare en del spørsmål fra respondentene. Vi vurderte at informasjon gjennom avdelingslederne og med brev til hver enkelt respondent, ville medvirke til at den direkte påvirkning fra oss ble minimalisert.

Vi informert avdelingslederne om at vi håpet å få et intervju med dem angående vår problemstilling, men at dette var frivillig og at de ikke måtte føle seg presset fra vår side. De var i utgangspunktet positiv og interessert, så vi valgte å gjennomføre intervjuene som planlagt. Alternativt kunne vi valg å intervju andre avdelingsledere, enten i eller utenfor vår egen organisasjon.

Med utgangspunkt i dette bestemte vi oss for å velge egen kommune som base for vår undersøkelse.

I Vefsn kommune er det 10 avdelinger i sykehjem, fordelt på 2 institusjoner (Vefsn sykehjem og Parken bo- og service senter). Det er avdelinger med ulik mål for sin drift. Her kan nevnes avdeling for alderspsykiatriske pasienter, avdeling for pasienter med demens sykdom, avdeling for rehabilitering, avdeling for palliasjon, korttidsavdeling og langtidsavdelinger.

Da avdelingene er ulike, både i forhold til drift, størrelse og kompetanse, har vi valgt å gå inn i 3 avdelinger for pasienter med langtidsopphold. Disse tre avdelingene er sammenlignbare på bakgrunn av sammensetningen av pasienter, og dermed vil feilkilde knyttet til ulike behandlingsmetoder, ulike organisering og ulike målsetting bli mindre. Tre avdelinger gir mulighet for større utvalg, da det er flere ansatte som kan være med undersøkelsen.

### **5.1.2 Godkjenning**

Rådmann og kommunalsjef omsorg ble informert om vårt ønske om å gjennomføre undersøkelsen. De fikk informasjon om hensikten med undersøkelsen og de fikk gå igjennom arbeidsheftet på forhånd.

Vi fikk godkjenning fra rådmann og kommunalsjef omsorg om å gjennomføre undersøkelsen. Vi fikk også godkjenning på at medarbeidere kunne bruke arbeidstid til å gjøre registreringer.

### **5.1.3 Utarbeidelse av arbeidshefte**

Da vi skulle forberede hvordan vi skulle gjennomføre undersøkelsen, stod vi overfor flere muligheter og valg. Hvilken metode skulle vi velge, intervju av ansatte, intervju av beboere, direkte observasjon, ulike former for kartlegging. Vi lurte også på hvordan vi skulle klare å finne svar på vår problemstilling, hva skulle være i fokus. Skulle vi studere de systemer for kvalitetssikring, ledelse, arbeidsgiverpolitikk, HMS-system, avvik, etc. Vi bestemte oss for å gjennomføre en arbeidskartlegging.

Vi valgte å bruke begrepet arbeidskartlegging og har i brevet til deltakere i undersøkelsen brukt formuleringen: *Til deltaker i arbeidskartleggingen i forbindelse med masteroppgave.* Vi utarbeidet et arbeidshefte som deltakere i undersøkelsen skulle få. Dette for at de skulle ha informasjon samlet i et hefte, og for at registreringene skulle være enklere for dem å gjennomføre (vedlegg 1 s. 81).

Hver enkelt respondent skulle kartlegge 8 vakter. Det ville ha vært et bedre datagrunnlag om hver enkelt respondent hadde fylt ut flere vakter, men dette ville også være mer tidkrevende og kreve mer innsats fra hver enkelt respondent. Dette kunne virke negativt på svarprosenten.

Det var ikke sagt noe om hvilke type vakter som skulle registreres. Det var respondenten selv som gjorde dette valget. Dette medfører at det er ulike vakter med i registreringene – dagvakter, aftenvakter og helgevakter. Årsaken til dette var at de som har deltid, kunne få utfordringer med å få kartlagt nok vakter innenfor den tidsperioden undersøkelsen var planlagt gjennomført.

Med utgangspunkt i de krav som stilles til drift av en avdeling i pleie- og omsorgssektoren, gjennom lovverk, forskifter, prosedyrer og rutiner, hadde vi definert og splittet opp ulike arbeidsoppgaver som gjennomføres til daglig på arbeidsplassen. Dette skulle registreres og systematiseres ut fra tidsbruken på hver enkelt av arbeidsoppgavene i arbeidsheftet etter hver vakt.

Disse punktene er definert som følger:

- PL** = Direkte pasientpleie (hjelp til daglig hygiene, veiledning, munnstell, bad/dusj med mer).
- MED** = Medisinadministrasjon (utdeling og istandgjøring av medisin).
- MÅL** = Tilrettelegging i forbindelse med måltider, servering, inkl matning.
- DOK** = Dokumentasjon i fagsystemet, ajourhold medisinliste m.m.
- P-PLAN**= Lage nye, redigere eller ajourhold pleieplaner/behandlingsplaner. Kartlegging/testing.
- KV** = Kvalitetsarbeid, for eksempel redigere rutiner, evaluere rutiner, gjennomgang av avvik.
- PÅR** = Kontakt med pårørende ved direkte samtaler / tlf samtaler.
- LV** = Legevisitt eller kontakt med sykehus, fastlege, fysioterapeuter, m.m.
- VEI** = Veilede /oppdatere andre kollegaer.
- RAPP** = Tid brukt til rapport/ annen gjennomgang av bruker/pasient informasjon.
- AKT** = Pasientrettede aktiviteter, trivselstiltak for pasientene og lignende.
- RYD** = Rydding av pasientrom, i avdelingen, på vaktrom, skyllerom m.m.
- ADM** = Administrasjon, innleie, fordeling arbeidsplan, planlegge arbeidsplan.
- ANNET** = Andre oppgaver som ikke de andre kategorier fyller.

#### **5.1.4 Utvelgelse av respondenter**

Medarbeiderne i avdelingene har utdanning som sykepleiere eller helsefagarbeidere innenfor stillingsstørrelsene 100 % - 40 %. I tillegg er det noen små stillinger, 20 – 25 % som er rekrutteringsstillinger. Dette er stillinger som utlyses til personer som er under utdanning og er derfor ikke med i utvalget. Det er sykepleiere og helsefagarbeidere som er med i kartleggingen. I tillegg har medarbeiderne ulike stillingsstørrelser. Vi har valgt å dele utvalget inn i 6 kategorier, fordelt på utdanning og stillingsstørrelse. Dette er framstilt i tabellen nedenfor.



Tabell 5.1.4. Oversikt over stillingskategorier og populasjon

Kategorier	Fagutdanning	Stillingskategorier	Antall stillinger i Kategorien, populasjon
Kategori 1	Sykepleier	100 – 80 % stilling	7
Kategori 2	Helsefagarbeider	100 – 80 % stilling	10
Kategori 3	Sykepleier	79 – 60 % stilling	8
Kategori 4	Helsefagarbeider	79 – 60 % stilling	15
Kategori 5	Sykepleier	59 – 40 % stilling	3
Kategori 6	Helsefagarbeider	59 – 40 % stilling	17
			<b>60 stk</b>

For å kunne gjennomføre en utvelgelse av respondenter måtte vi finne ut hvor mange medarbeidere det var på hver enkelt avdeling og i hver kategori.

Denne informasjonen fikk vi fra avdelingsledere på de respektive avdelingene. Hver enkelt stilling ble sortert inn under de på forhånd definerte kategoriene. Oversikten viste at det var 60 mulige respondenter til undersøkelsen. Men det var ulike stillingsstørrelser innenfor hver kategori.

For å få et godt datagrunnlag valgte vi å ha 5 respondenter i hver kategori, som ville medføre at vi fikk totalt 30 respondenter med i undersøkelsen. Ut fra informasjon fra avdelingsledere, fikk vi oversikt over at det skulle være nok respondenter til hver kategori, utenom i kategori 5 som per juli 2013 bare hadde 2 tilgjengelige respondenter (1 stilling var ledig).

Uttrekking av respondenter ble gjennomført onsdag 24. juli 2013. Alle mulige respondenter ble nummerert ut fra sin kategori. Det ble gjennomført en tilfeldig trekking. Uttrekkingen ble kontrollert av 3 medarbeidere på enhetene.

Det ble også trukket ut en reserve i hver kategori. Dette ble gjort i tilfelle noen av respondenter ville reservere seg mot å delta i undersøkelsen, eller at de av ulike grunner ikke ville være til stede på arbeid i den tiden undersøkelsen skulle bli gjennomført.

Det viste seg også at det var usikkerhet knyttet til mulige respondenter i kategori 3. Per 24. juli 2013 var det 6 av 8 stillinger besatt i denne kategorien. Medio begynnelsen av august ble vi informert om at 2 av respondentene skulle ut i permisjon. Dette medførte at vi hadde 4 mulige respondenter i kategori 3 når undersøkelsen ble gjennomført.

### **5.1.5 Tidsperiode**

Arbeidsheftet ble delt ut til avdelingsledere 26. august 2013. Avdelingsledere ga dette videre til hver enkelt respondent.

Fra vår side var det planlagt at undersøkelsen skulle gjennomføres fram til 23. september 2013. Men den siste besvarelsen for arbeidskartleggingen ble levert 18. oktober 2013.

### **5.1.6 Informasjon**

Når vi skulle sette i gang med undersøkelsen inviterte vi avdelingslederne til et møte for å informere om undersøkelsen som skulle gjøres på deres avdelinger. Dette for at avdelingsledere skulle være godt informert om selve undersøkelsen, at det ville bli trukket ut medarbeidere fra deres avdelinger til å delta i kartleggingen og at de hadde fått godkjenning til å gjøre registreringene i arbeidstiden. Det var viktig at avdelingsledere var godt informert om selve kartleggingen slik at respondentene kunne søke råd og veiledning. I tillegg fikk hver respondent informasjon om at de kunne ta kontakt med oss om de trengte bistand. Vi mente at det ville være enklere å reserve seg mot å delta i kartleggingen, hvis informasjonen kom fra avdelingslederne i stedet for at vi som enhetsledere skulle ta direkte kontakt.

Det var også viktig å gå gjennom arbeidsheftet og hensikten med undersøkelsen. Dette fordi undersøkelsen kunne bli oppfattet som om at vi som enhetsledere ønsker å finne ut av den enkeltes innsats på arbeid. Noe som i så fall vil bryte med gjeldende lover og regler for arbeidslivet og de retningslinjer universitetets forskningsvirksomhet er underlagt.

Vi skrev også et eget informasjonsbrev til de respondentene som ble trukket ut til å delta. I brevet ble det gitt en grundig informasjon til hver enkelt om hensikten med arbeidskartleggingen og at de hadde anledning til å reservere seg mot å delta (vedlegg 1 s. 82).

Alle som ble trukket ut i undersøkelsen fikk informasjon om at de kunne reservere seg mot å delta i undersøkelsen. Reglene for informert samtykke ble ivaretatt.

*Samtykket skal være en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra den opplysninger gjelder, om at vedkommende godtar behandlingen av opplysninger om seg selv. At samtykket*

er informert, betyr at de som skal delta skal ha nødvendige opplysninger om undersøkelsen (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011: s. 96).

Alle medarbeidere som ble trukket ut til å delta i undersøkelsen ønsket å delta.

## 5.2 Svarprosent

Det var 24 av 30 besvarelser som kom inn. Dette gir en svarprosent på 80 %.

Som tidligere nevnt var det bare 2 mulige respondenter i kategori 5. Og medio august 2013 var det bare 4 mulige respondenter i kategori 3. I tillegg var det 1 i kategori 2 og 1 i kategori 6 som av ulike årsaker var fraværende fra arbeid den tiden undersøkelsen pågikk. Vi har ikke noen begrunnelse på hvorfor det mangler 1 besvarelse i kategori 2.

Tabell 5.2. Andelen svar fordelt på stillingskategori.

	<b>Fagutdanning</b>	<b>Stillings-Størrelse</b>	<b>Mottatte besvarelsen</b>
<b>Kategori 1</b>	<b>Sykepleier</b>	<b>100 % - 80 %</b>	<b>5</b>
<b>Kategori 2</b>	<b>Helsefagarbeider</b>	<b>100 % - 80 %</b>	<b>4</b>
<b>Kategori 3</b>	<b>Sykepleier</b>	<b>79 % - 60 %</b>	<b>4</b>
<b>Kategori 4</b>	<b>Helsefagarbeider</b>	<b>79 % - 60 %</b>	<b>5</b>
<b>Kategori 5</b>	<b>Sykepleier</b>	<b>59 % - 40 %</b>	<b>2</b>
<b>Kategori 6</b>	<b>Helsefagarbeider</b>	<b>59 % - 40 %</b>	<b>4</b>
<b>SUM</b>			<b>24</b>

Hver enkelt respondent skulle kartlegge 8 vakter. Det er 4 av 24 respondenter som har kartlagt 7 vakter. Det vil si at undersøkelsen bygger på kartlegging av til sammen 188 vakter. Om dette omregnes til timer – og at hver vakt er 7,5 timer – vil det si at det er i overkant av 1400 timer som er kartlagt i undersøkelsen.

## 5.3 Intervju av avdelingslederne

Når arbeidskartleggingen var gjennomført og systematisert vurderte vi at det vil være en styrke for undersøkelsen om vi kunne få utdypet funnene. Vi valgte å gjennomføre et åpent intervju med hver enkelt avdelingsleder på de 3 avdelingene som var med i undersøkelsen.

*Det kvalitative forskningsintervjuet er en samtale med en struktur og formål. Strukturen er knyttet til rollefordelingen mellom deltakerne i intervjuet. Intervjueren stiller spørsmål og følger opp svar fra informanter. I og med at det er intervjueren som stiller spørsmål og kontrollerer situasjonen, er de to partene ikke likestilte i intervjusituasjonen. Formålet er ofte å forstå eller beskrive noe. Intervju er ofte mer en dialog enn rene spørsmål og svareanser (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011: s. 135).*

Intervjuguide ble utarbeidet og følgende spørsmål ble stilt:

1. Hvilken erfaring har du gjort deg med hensyn til bruk av deltidsstillinger i avdelingen din?
2. Hvordan fordeles ansvaret for de ulike arbeidsoppgaver i avdelingen?
3. Hva mener du er viktig for å ivareta kvaliteten i avdelingen?
4. Hva mener du er den største utfordringen i din avdeling i forhold til heltid og deltid.

Et intervju skal alltid være basert på et informert samtykke, og den som deltar på intervjuet skal vite at en kan trekke seg når som helst i prosessen. Avdelingsledere ble informert om dette når de ble forespurt, samt at dette ble gjentatt i starten av selve intervjuet.

Alle de 3 avdelingslederne samtykket til å la seg intervju. I tillegg avklarte vi med avdelingsleder om når og hvor intervjuet skulle foregå. Avdelingsleder ønsket selv at dette ble gjort i arbeidstiden og i nærheten av der de selv hadde sitt daglige arbeid. Da en avdelingsleder var på en institusjon og de 2 andre på en annen, ble intervjuene gjennomført på to plasser. Ett intervju ble gjennomført på kontoret til enhetsleder på Vefsn sykehjem og to intervju ble gjennomført på kontoret til enhetsleder på Parken bo og service senter.

Det ble gjort avtale med administrativt personell om at intervjuene skulle gjøres slik at muligheten for å bli forstyrret ble minimalisert. I tillegg var det viktig å lage en god stemning rundt intervjuene slik at intervjuobjektet opplevde en trygg og god stemning der de kunne få si sine meninger, betraktninger og opplevelser rundt de spørsmål vi ønsket å få belyst.

Selve intervjuene varte fra 1 – 1,5 timer hver. Avdelingsleders betraktninger er ikke presentert i sin helhet i oppgaven, men framkommer i drøftingen der det belyser det tema som er under diskusjon.

## **5.4 Validitet og reliabilitet**

*I forskningslitteraturen brukes begrepet validitet, av engelsk validity som betyr gyldighet* (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011: s. 32). Det er en betegnelse på hvor godt man klarer å måle det man har til hensikt å måle eller undersøke.

Reliabilitet er en fornorskning av det engelske ordet reliability som betyr pålitelighet. *Reliabilitet knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data som brukes, den måten de samles inn på, og hvordan de bearbeides* (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011: s. 40).

### **5.4.1 Utvalgets representativitet**

På de 3 langtidsskoleavdelingene som var med i undersøkelsen var det til sammen 60 stillinger fordelt på ulike utdanningsnivåer og stillingsstørrelse. Når vi da har valgt å ha med 30 personer i utvalget vil dette være 50 % av populasjonen. Dette medfører at det skulle være nok datamateriell for å ha en god validitet i vår oppgave. Vi valgte å skille mellom sykepleiere og helsefagarbeidere i utvalget for å unngå feilkilder knyttet til kompetansebakgrunn.

### **5.4.2 Datainnhenting.**

Det kan være flere svakheter med datainnhenting. Vi vet for eksempel ikke om deltidsansatte som er med i undersøkelsen arbeider mange ekstravakter. Da kan det være slik at de er fast ansatt i 50 % stilling, men reelt arbeider opp mot full stilling. Dette kan påvirke resultatet av undersøkelsen og validiteten nettopp fordi vi har valgt å se på deltid i tilknytning til kvalitet. Dette kunne vi ha unngått om vi hadde spurt respondentene om de hadde tatt ekstravakter den tiden arbeidskartleggingen ble gjennomført.

Det kan også være at medarbeidere som har deltatt i undersøkelsen har valgt å gjøre registreringer i etterkant av arbeidsdagen. Dette kan da medføre at det blir feilkilder i kartleggingen, sammenlignet med om registreringene hadde blitt gjort fortløpende.

I undersøkelsen er det ikke skilt på hvilken type vakt som er kartlagt. Det kan være dagvakter i ukene, aftenvakter og helgevakter som er kartlagt. Dette kan være en feilkilde da de fleste av arbeidsoppgavene knyttet til legevisitt, oppfølging av pårørende, rydding, kvalitetsarbeid, pleieplan og lignende i stor grad er oppgaver som ivaretas på dagvakt i ukedagene. Dette vil

påvirke resultatet av undersøkelsen i forhold til hva som skjer i løpet av en vakt, mens tildelte ansvarsoppgaver vil være uberørt av dette.

For å få et bedre bilde kunne det vært foretatt kartlegging av flere vakter. Men da står vi også i fare for å få større frafall da selve undersøkelsen medførte en del arbeid for hver enkelt respondent.

Vi var veldig usikker på i hvor stor grad vi skulle følge opp medarbeidere som var med i undersøkelsen. Det var viktig at den enkelte respondenten hadde forståelse for hva som skulle kartlegges og at de forsto hvordan de skulle gjøre registreringene. Samtidig var det også viktig at respondenten ikke ble påvirket av oss den tiden undersøkelsen ble gjennomført. Dette er viktig for at ikke validiteten skal bli påvirket i negativ retning. Vi valgte derfor å innformere avdelingsledere grundig om undersøkelsen, slik at medarbeidere kunne henvende seg til avdelingsleder med sine spørsmål, samtidig som det var åpenhet om å ta direkte kontakt med oss. I løpet av undersøkelsen var det 3 respondenter som henvendte seg direkte til oss. Det var da spørsmål knyttet til hvilken kategori bestemte arbeidsoppgaver skulle registreres.

Med tanke på oppgavens validitet kunne det være en utfordring knyttet til at vi som enhetsledere ville gjennomføre undersøkelsen i de enhetene hvor vi selv var ledere. Utfordringen kunne være at respondentene ville vegre seg for å si fra at de ikke ville delta i undersøkelsen, eller at de ikke var oppriktige i sine registreringer. Vi kan selvfølgelig ikke være sikker på om noen har svart annerledes om det ikke var oss som hadde stått for undersøkelsen, men det er ingenting som tyder på dette. Når avdelingsleder ble godt informert, medførte dette at behovet for direkte kontakt mellom respondenter og oss ble minimal, og på denne måten søkte vi å minimalisere påvirkningen. Det som imidlertid kan ha påvirket respondentene er at de opplevde et større press om å gjennomføre kartleggingen nettopp på bakgrunn av at det var vi som enhetsledere som initierte undersøkelsen.

Hver enkelt respondent fikk utdelt et arbeidshefte (vedlegg 1). Dette fordi at de skulle ha alle registreringene samlet i et hefte og for at de til enhver tid skulle ha informasjon om kartleggingen tilgjengelig når de noterte ned hva de hadde gjort i løpet av en vakt. Dette var viktig for at undersøkelsen skulle ivareta reliabiliteten i kartleggingen. I undersøkelsen var det definert hvilke områder som skulle kartlegges. Respondentene registrerte tidsbruk på de ulike

oppgavene. Ut fra resultatet ser vi at respondentene har gjort registreringer på 5 – 10 – 15 – 20 minutt osv. I tillegg valgte vi å ta med en definert oppgave som heter ANNET. Vi ser at det er lite registreringer under dette punktet. De registreringer som er gjort handler for det meste om personalmøter, møter i arbeidsgrupper og avvikling av pauser. Dette medfører at vi mener undersøkelsen har truffet bra, da det meste av tiden medarbeidere har på arbeid har blitt registrert under de områdene som er definert i undersøkelsen.

Selve definisjon av de ulike oppgaver kan ha blitt oppfattet forskjellig av respondentene. Dette kan ha ført til at respondentene har ført opp tidsbruk på feil oppgave. For eksempel kan respondentene ha forvekslet de registreringer som skulle være under rapport og det som skulle være under dokumentasjon. Avdelingsledere har gitt tilbakemelding på at det har gått bra og at det virker som at selve kartleggingen har gått greit. Avdelingsledere har i tillegg meldt at flere av respondentene opplevde det positivt å være med i undersøkelsen, mens andre har syntes det var en del ekstraarbeid. Ingen av dem som har vært med i undersøkelsen har ytret seg negativt til selve kartleggingen. Det har mer vært en opplevelse av at kartleggingen har vært meningsfylt og viktig, noe som kan vurderes som at kartleggingen er godt planlagt og treffer godt i forhold til det som undersøkes.

Alle data er gjengitt i tabeller som gjenspeiler nøyaktig den tiden hver enkelt respondent har brukt i forhold til utførte arbeidsoppgaver. Resultatet av undersøkelsen er gjengitt i vedlegg 2. Deretter er hver kategori prosentuert og det er den framstillingen som er brukt i selve oppgaven. Dette er gjort for å ivareta påliteligheten til grunnlaget for drøftingen, en pålitelighet vi mener er grundig dokumentert og godt ivaretatt.

Ut fra dette mener vi at vi har gjennomført oppgaven på en slik måte at validiteten av undersøkelsen er godt ivaretatt og at data som framkommer er reliabel.

## **5.5 Anonymisering**

Anonymiteten skal etter de forskningsetiske retningslinjer ivaretas. Alle resultatene i oppgaven er anonymisert slik at det ikke skal kunne knyttes til en bestemt respondent. Det har vært viktig for oss at respondentene ikke skal kunne identifiseres på bakgrunn av deres deltagelse. Dette gjelder både for de som selv har deltatt og for de som ikke har vært deltagere i kartleggingen.

Listen over navn som var med i utrekkingen ble makulert etter at arbeidsheftene var utdelt. Besvarelsene ble anonymisert etter hvert som de ble levert. Vi registrert alle besvarelser med nummer (nummer for kategori 1-6, og nummerert hver enkelt person fra 1 – 5) etter hvert som de ble levert. Dette gjør at vi eller andre interesserte ikke kan gå tilbake å identifisere hvem som har registrert hva.

Intervjuene av avdelingslederne er ikke gjengitt i sin helhet da dette medfører at det vil være vanskelig å sikre anonymiseringen til hver enkelt intervjuobjekt. Sitater fra intervjuene er tatt med i drøftingsdelen der dette forklarer eller belyser det tema som diskuteres.

Ut i fra dette mener vi at de forskningsetiske retningslinjer er fulgt på dette område og at den enkelte respondents anonymitet er ivaretatt.

Etter at denne oppgaven er ferdigstilt vil alle arbeidsheftene bli makulert.



## 6.0 PRESENTASJON AV ARBEIDSKARTLEGGINGEN

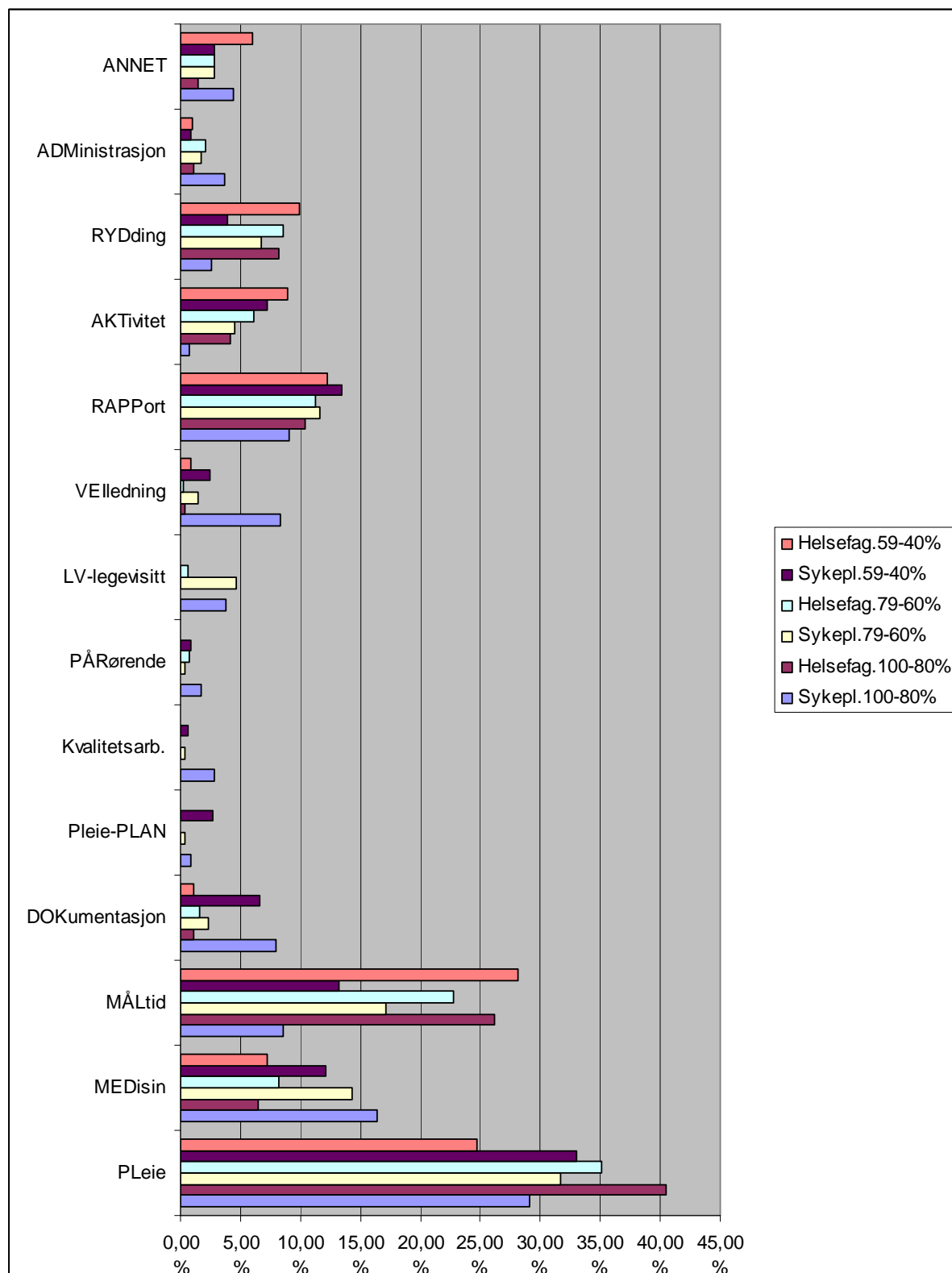
Da resultatet av kartleggingen forelå, så vi at det var en del ulikheter med hensyn til hvordan små og store stillinger brukte sin arbeidstid, mellom helsefagarbeidere og sykepleiere og hva slags ansvarsoppgaver de hadde.

For å finne mer ut av årsaken til dette, valgte vi i tillegg å intervju avdelingslederne. Gjennom disse intervjuene fikk vi et mer utvidet bilde av situasjonen i avdelingene og en bedre forståelse av de funnene vi har gjort. Vi fikk tilbakemeldinger som viser at vår problemstilling: ”Har andelen av heltid og deltid noe å si for kvaliteten på tjenestene i pleie- og omsorgssektoren?”, er svært aktuell.

I det følgende vil vi presentere funnene i arbeidskartleggingen og kort drøfte resultatene. Videre vil vi ta med oss dette ”bakteppe” i den videre argumentasjon for å finne svar på om andelen av heltid og deltid har noe å si for tjenestekvaliteten.

Nedenfor viser vi et sammendrag av resultatet. Det er en oversikt over den totale tidsbruken fordelt på de ulike arbeidsoppgavene. Vi vil komme nærmere inn på detaljene under de enkelte punktene i den videre framstillingen.

Figur 6.1 Tidsbruk fordelt på arbeidsoppgaver. Alle stillingskategorier.



## **6.1 Resultat av arbeidskartlegging**

Tjenesteproduksjon, avhengig som den er av den unike og spesifikke relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, er generelt sett vanskeligere å rutinisere enn vareproduksjon. Rutinisering innebærer at det kan etableres faste ordninger, rutiner eller regler for hvordan en oppgave skal utføres, og at oppgaven løses på en relativt lik måte fra gang til gang. Dette forutsetter imidlertid at oppgavene er forholdsvis lik over tid. Det motsatte vil innebære at oppgavene skifter og varierer over tid, slik at hver enkelt oppgave er unik (Jacobsen og Thorsvik 2009: s. 22-23).

Innenfor pleie og omsorg vil de fleste oppgavene bære preg av rutine for at vi skal kunne sikre en god kvalitet på tjenesteytingen. Samtidig vil møte mellom tjenesteyter og tjenestemottaker være en unik situasjon. Den samme pasienten kan ha ulike behov ut fra helsetilstand og dagsform. Personale vil også til dels være påvirket av sin egen situasjon. På denne måten vil hvert møte med pasienten måtte tilpasses og dette krever gode faglige kunnskaper hos medarbeiderne.

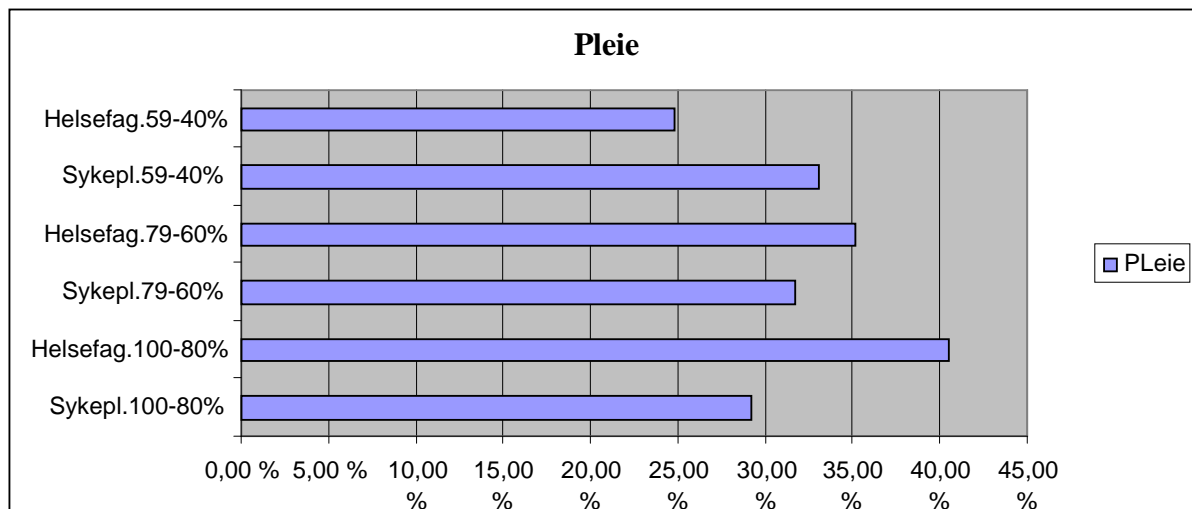
*Arbeidsprosessene (måten vi gjør tingene på) i helsetjenesten er sammensatte og komplekse. Stikkordet her er at prosessene skal være faglige forsvarlige, planlagte, systematiske og reflekterte (Kyrkjebø 1998: s.40).*

### **6.1.1 Pleie**

Hovedaktiviteten i ei langtidsavdeling er direkte pasientpleie. En pasient som har fått plass i institusjon har behov for hjelp til de fleste gjøremål. Den daglige pleien i ei avdeling består av hjelp til personlig hygiene, av og påkledning, stell av sår, administrere ulike medisinske prosedyrer og medisinsk behandling, hjelp til forflytting, med mere.

Her er tidsbruken størst for alle kategorier av medarbeidere.

Figur 6.1.1 Prosentvis andel av arbeidstid brukt til pleie.



I undersøkelsen fant vi at sykepleierne bruker mindre tid i pleien jo større stillingsbrøk de har. Dette kan ha sammenheng med at større sykepleierstillinger ofte har funksjoner som fagansvarlig og teamledere, og har i større grad ansvarsoppgaver som går på organisering av arbeidsoppgavene i avdelingen. Parallelt med pleieoppgavene vil det foregå en del medisinsk behandling som bare sykepleierne kan ivareta, og dette kan være en mulig forklaring på at sykepleieren bruker mindre tid i pleien.

For helsefagarbeidergruppen er tidsbruken motsatt. De bruker mer tid på pleieoppgaver jo større stilling de har. En mulig årsak kan være at de har bedre kunnskap om pasientenes individuelle behov og vil kunne gi en mer tilpasset pleiesituasjon, noe som kan ta mer tid. De kan også være bedre kjent med behandlingsprosedyrer og påtar seg mer ansvar på dette området. Tjenesteytere med mindre kunnskap om pasienten vil kanskje i en del tilfeller benytte mer standardisert tenking rundt pleieoppgaveløsningen. Tjenestemottaker vil da kunne oppleve bedre kvalitet på tjenestene til en medarbeider i stor stilling.

Et annet funn i arbeidskartleggingen viser at mindre stillinger bruker mer til på rydding i avdelingene. Dette kan også være en årsak til at de bruker mindre tid i pleien.

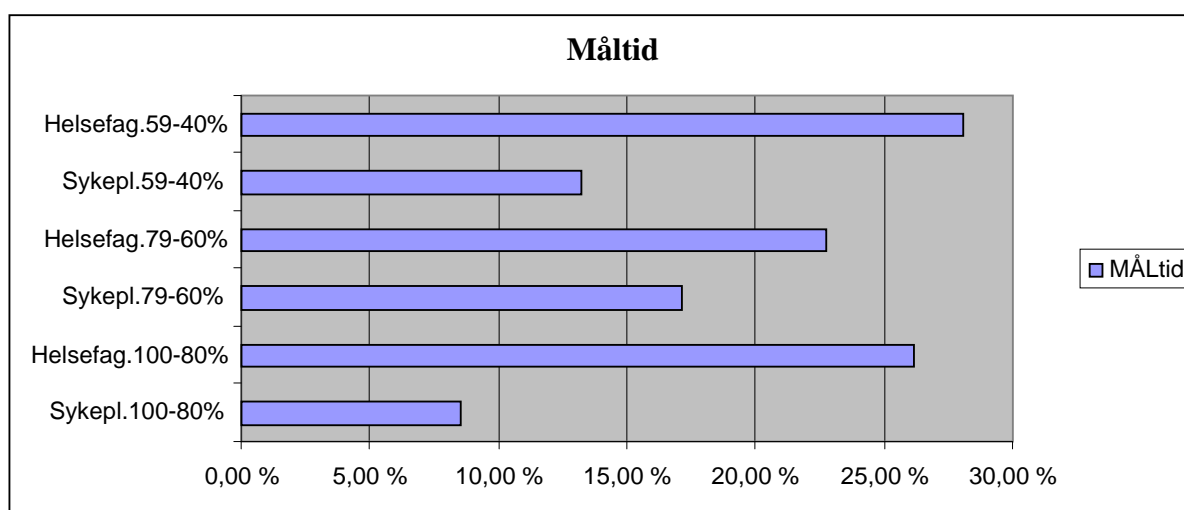
Vi har også kjennskap til at en del medarbeidere har reduserte stillinger med bakgrunn i helsesituasjon, og de vil da få tilrettelagte oppgaver som ikke er så fysisk belastende som en del pleieoppgaver kan være.

### 6.1.2 Måltid

Alle pasientene vil på en eller annen måte ha behov for tilrettelegging i måltidssituasjonene. Noen pasienter vil kun ha behov for servering, mens andre ikke klarer å gi uttrykk for hva de ønsker å spise, langt mindre klarer de å spise ved egen hjelp.

Denne aktiviteten foregår hver dag og på alle vaktene, uansett om det er hverdag eller helg, dagvakter eller aftenvakter.

Figur 6.1.2 Prosentvis andel av arbeidstid brukt til tilrettelegging av måltider.



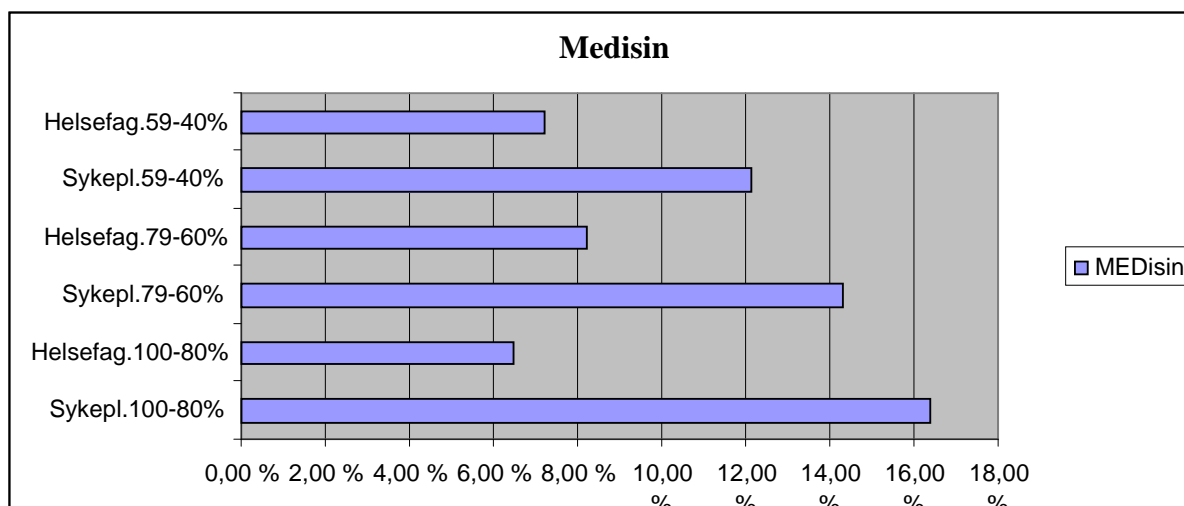
Når det gjelder tidsbruk knyttet til tilrettelegging av måltider ser vi at sykepleiere bruker mindre tid på denne oppgaven enn helsefagarbeidere. Som nevnt ovenfor foregår ofte medikamentadministrasjon samtidig med pleieoppgaver og måltider, og sykepleierne vil da i større grad være opptatt med dette.

Hver enkelte medarbeider bruker mellom 3 - 5 timer på hver vakt på pleie og tilrettelegging av måltider.

### 6.1.3 Medisin

Det er sykepleierne som har ansvar for medisinbehandling i avdelingene. Helsefagarbeidere kan delegeres myndighet til å dele ut medisin fra ferdig opplagte dosetter. De gjennomgår spesiell opplæring for å kunne ivareta denne oppgaven

Figur 6.1.3 Prosentvis andel av arbeidstid brukt til medikamenthåndtering.



Sykepleierne i store stillinger bruker mest tid på medikamentadministrasjon. Sykepleierne i mindre stillinger bruker noe mindre tid på denne oppgaven, men mer tid enn helsefagarbeiderne i tilsvarende stillingsstørrelse. Noe av årsaken ligger selvfølgelig i hva de ulike yrkesgruppene har kompetanse til å påta seg, og dermed vil dette være en naturlig arbeidsfordeling.

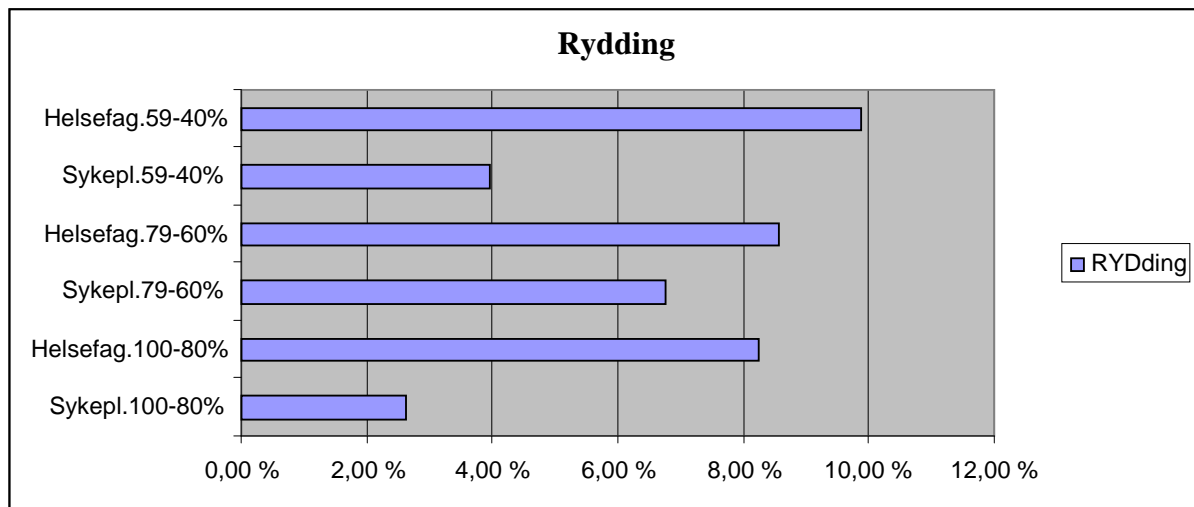
Men en mulig årsak til ulikhetene innenfor sykepleiegruppen kan være at de som går større stillinger har mer kunnskap om hva som skal gjøres og tar dermed mer ansvar for oppgaven. Mange av oppgavene innen medikamentadministrasjon er i lov og forskrift gitt til sykepleierne. Dette gjelder for eksempel alle injeksjoner, administrasjon av intravenøse medikamenter og medisinopplegging i dosett. De har også ansvar for å observere effekt av den medisinske behandling og kontakter lege ved behov for endring. Strenge kvalitetskrav er forbundet med medikamentadministrasjon. Her er det mange prosedyrer å forholde seg til. Dette gjør at det går med mye tid til å ivareta denne oppgaven på en faglig forsvarlig måte.

Helsefagarbeiderne deler ut medisiner fra ferdig opplagte og kontrollerte dosetter, og administrerer noen typer injeksjoner. De har også ansvar for å rapportere til sykepleier om pasientens helsetilstand, noe som kan være lettere å observere når man er på jobb i store stillingsbrøker.

### 6.1.4 Rydding

Med rydding mener vi alt arbeid som er med å holde orden og oversikt i avdelingen. Rommene skal framstå som innbydende og gi inntrykk av orden. Det handler om å holde orden og oversikt på lagerrom, slik at man raskt finner nødvendig utstyr. Det handler om pasientsikkerheten og om å tilrettelegge slik at jobben kan utføres så effektivt som mulig. Det handler om å ivareta hygieniske krav, og unngå spredning av eventuell smitte. Og det handler om å sikre miljøet for å unngå uhell hos pasienter og personale.

Figur 6.1.4 Prosentvis andel av arbeidstid brukt til rydding.



Her fremkommer det at det er de minste stillingene blant helsefagarbeidere som bruker mest tid på rydding i avdelingene, mens sykepleierne bruker minst tid til dette. De største stillingene av sykepleiere bruker minst tid på rydding. Vi ser likevel at tidsbruken til rydding er større jo mindre stilling sykepleier har.

Rydding i avdelingene er svært viktig og det kreves fagkunnskaper for å ivareta dette på en god måte. Denne oppgaven krever ikke at du er oppdatert på pasientinformasjon, og dermed er dette en oppgave som lett kan utføres av de fleste, enten du nettopp har vært på jobb eller du har vært ute av jobben på grunn av fritid.

Pleie av pasienter, tilrettelegging av måltider, medikamentadministrasjon og rydding er oppgaver som det jobbes tidsmessig parallelt med i avdelingene.

### 6.1.5 Dokumentasjon

Dokumentasjon er det som omhandler tid til fortløpende å oppdatere pasientjournal og medikamentlister. Dette er lovpålagt og er et viktig redskap for ivaretagelse av kvaliteten i tjenesten.

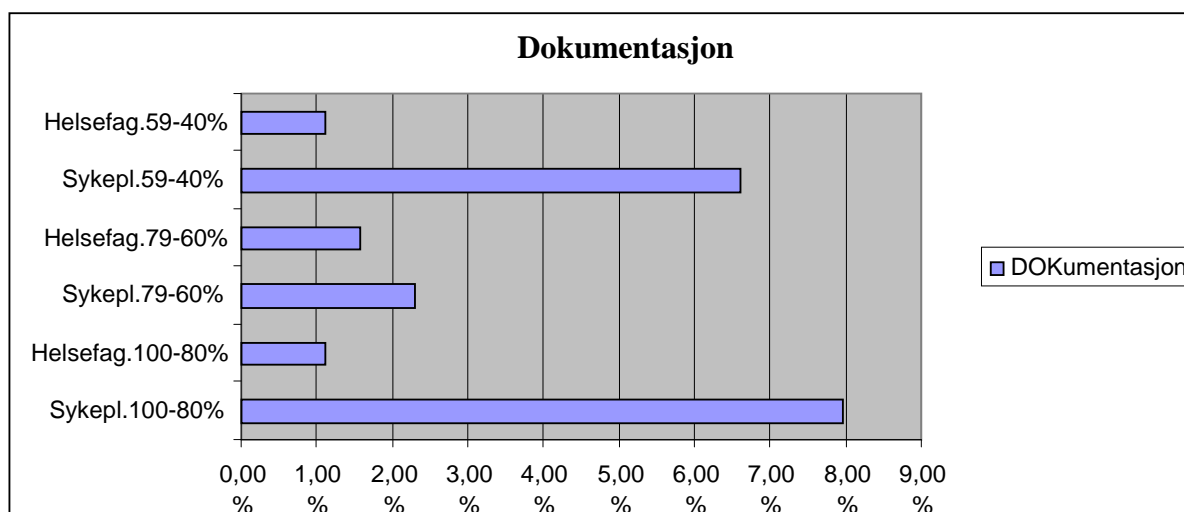
*Kvalitetssikring tar sikte på å forebygge feil gjennom å klargjøre krav og ansvar, forsikre seg om at forutsetningen for arbeidet er tilstede, minimalisere risiko for feil, se til at tiltakene gir resultater og å bygge opp et sikkerhetsnett for å ta hånd om de gjenstående feilrisikoer.*

*Kvalitetssikring dreier seg om de tiltak vi har utført eller vil sette i verk*

(Kyrkjebø 2000: s. 29).

Dokumentasjon er et av våre verktøy som benyttes for å ivareta kvalitetssikring. Her dokumenteres det som skal gjøres og hva som er gjort innenfor pasientbehandlingen. Ved dokumentasjon sikres kontinuitet gjennom at personale til enhver tid kan oppdatere seg ved å lese journal.

Figur 6.1.5 Prosentvis andel av arbeidstid brukt til dokumentasjon.



Her ser vi at sykepleiere bruker mest tid på dokumentasjon, noe som også er naturlig med tanke på at de har ansvar for legevisittene og følger opp i forhold til andre samarbeidspartnere som sykehus, fysioterapeut, apotek m.m. Det er påfallende å se at alle helsefagarbeidere bruker så lite tid på dokumentasjon ettersom alle ansatte har dokumentasjonsplikt i journalsystemet. Dette kan være en svakhet i avdelingene sett i forhold til kvalitet. Det er også overraskende at sykepleierne i 60 – 79 % stilling har registrert så liten tid på dokumentasjon.

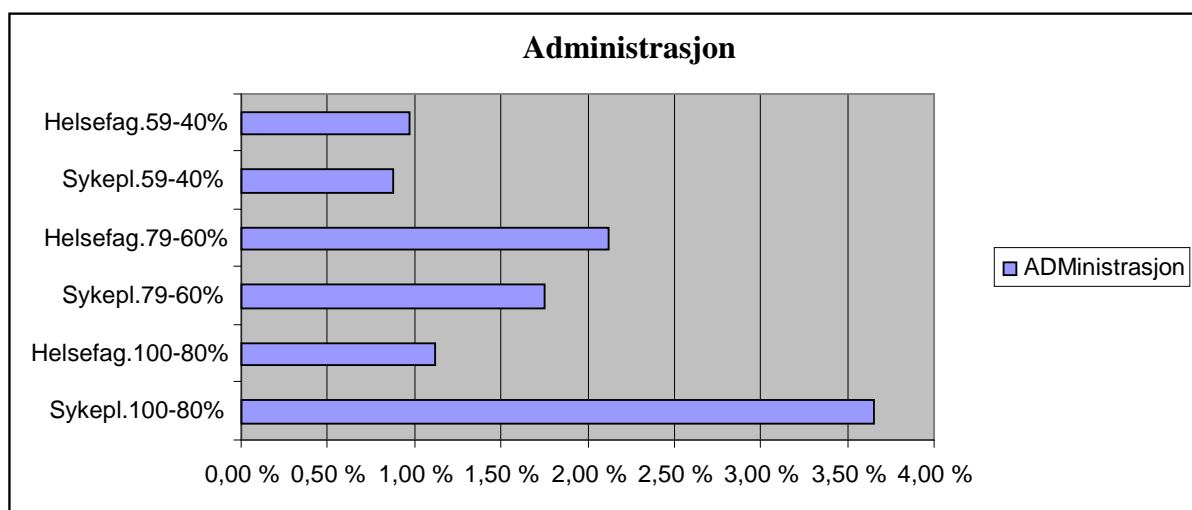


Det kan se ut som de trekker seg litt tilbake og lar sine kollegaer i større stillingsbrøker overta denne jobben. En annen årsak kan være at de medarbeiderne i store stillinger påtar seg denne oppgaven og at de da velger å konsentrere seg om andre gjøremål i avdelingen.

### 6.1.6. Administrasjon

Administrasjon er i denne sammenheng knyttet til medgått tid til fordeling av arbeidet i avdelingen, planlegging av arbeidet og innleie av ekstra personale ved sykdom/akutt fravær.

Figur 6.1.6 Prosentvis andel av arbeidstid brukt til administrasjon.



Her ser vi at begge yrkesgrupper og alle stillingsstørrelser tar del i dette. Men likevel er det sykepleiere i store stillingsstørrelser som bruker mest tid på denne oppgaven. Dette har sannsynligvis bakgrunn i at de på grunn av sin stillingsstørrelse har bedre oversikt over driften og lettere kan gjøre vurderinger i denne sammenheng.

### 6.1.7 Kvalitetsarbeid

Oppgaver i forhold til kvalitetsarbeid er redigering av rutiner, evaluering av rutiner, arbeid med prosedyrer, gjennomgang av avvik og tiltak i forhold til avviksbehandlingen.

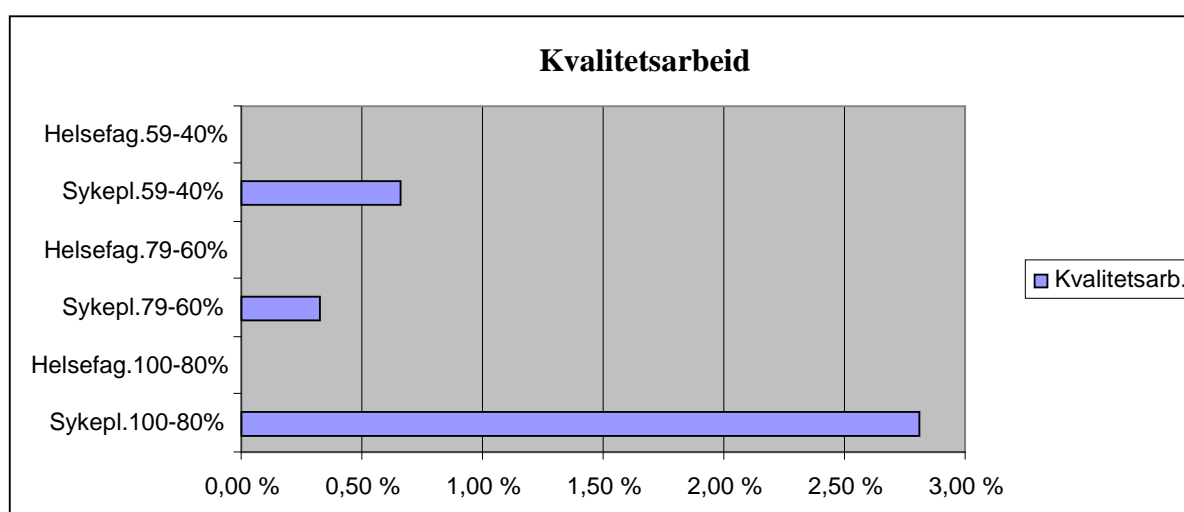
Dette er sykehjemsavdelingenes internkontrollsystem og defineres som:

*Systematiske tiltak som skal sikre og dokumentere at aktivitetene utøves i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold lov eller forskrift. De systematiske tiltakene skal være beskrevet i administrativ prosedyrer (Kyrkjebø 2000: s.30).*

En organisasjon må ha utarbeidet skriftelige retningslinjer for alle sider av sin virksomhet, en dokumentasjon på hvordan arbeidet skal gjøres og av hvem. Det skal dokumenter hvem som er ansvarlig på forskjellig nivå, hva som skal gjøres og hvordan de viktigste arbeidsoppgavene skal løses (Kyrkjebø 2000: s.31).

Ved registrering av avvik vil man kunne oppdage feil og svakheter, som kan korrigeres. På denne måten kan vi forebygge feil og forbedre kvaliteten.

Figur 6.1.7 Prosentvis andel av arbeidstid brukt til kvalitetsarbeid.

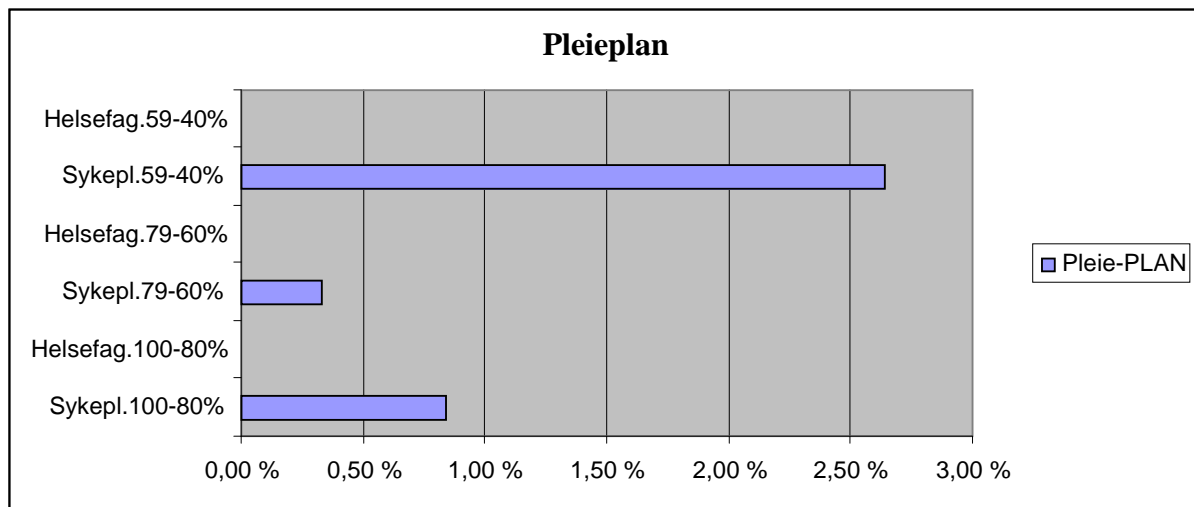


Kartleggingen viser at de store sykepleierstillingen befatter seg mest med denne oppgaven. Helsefagarbeiderne har ikke registrert noen aktivitet på denne oppgaven, men dette kan ha sammenheng med at registreringen er gjort over kun 8 vakter. Vi vet med sikkerhet at mange helsefagarbeidere deltar i HMS arbeid ved egen arbeidsplass og er aktivt med i arbeide med kvalitetsforbedring.

### 6.1.8 Pleieplan

Pleieplan er et verktøy og et system som benyttes for å planlegge tiltak og oppfølging av pasientene. Her vil iverksatte tiltak i forhold til behandling og tilrettelegging bli vurdert, evaluert og dokumentert. Dette er svært viktig for kontinuitet og kvalitet i tjenesten. Og det er viktig at det jobbes med dette regelmessig.

Figur 6.1.8 Prosentvis del av arbeidstid brukt til pleieplan.



På bakgrunn av sin kompetanse har sykepleierne ansvar for å utarbeide og holde pleieplanene oppdatert. Dette er forklaringen på at det bare er sykepleierne som har registrert tidsbruk på denne oppgaven.

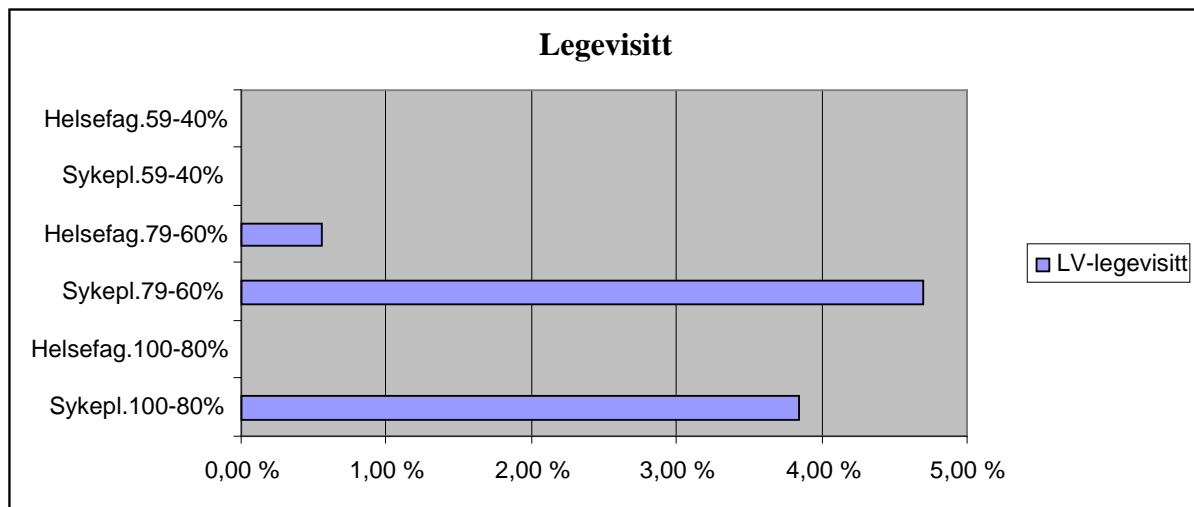
Det er interessant å merke seg at det er sykepleierne i de små stillingsbrøkene som bruker mest tid på denne arbeidsoppgaven. En konsekvens av deltidsarbeid er at de har mindre tid på arbeid og dette vil gå ut over kontinuiteten. Dermed vil de bruke mer tid på innhenting av informasjon før de kan føre pleieplaner.

En annen forklaring kan ligge i feilkilder knyttet til at i kategori 5, sykepleier 59 – 40 % stilling, bare har 2 besvarelser.

### 6.1.9 Legevisitt

Oppgaver i forhold til legevisitt går på registrering, innhenting av informasjon og planlegging av aktuelle problemstillinger som skal gjennomgås med tilsynslegen for sykehjemsavdelingen, ofte på en eller to faste dager i uken. Dette omhandler også etterarbeidet etter endt legevisitt. I tillegg vil tid brukt til kontakt med andre sykehus og andre avdelinger som tilbyr tjenester hos pasientene være regnet inn her.

Figur 6.1.9 Prosentvis andel av arbeidstid bruk til legevisitt.



Dette er en ansvarsoppgave som ligger til sykepleierfunksjonen. I noen tilfeller vil helsefagarbeidere med god kjennskap til pasienten delta for å informere om aktuelle observasjoner.

For sykepleierne i små stillingsbrøker ser vi at de ikke har ført opp medgått tid til denne oppgaven. Årsaken kan være at de ikke klarer å holde seg tilstrekkelig oppdatert om pasientene og dermed ikke vil påta seg dette ansvaret. Vi ser at sykepleierne i de store stillingsbrøkene er de som utfører denne oppgaven.

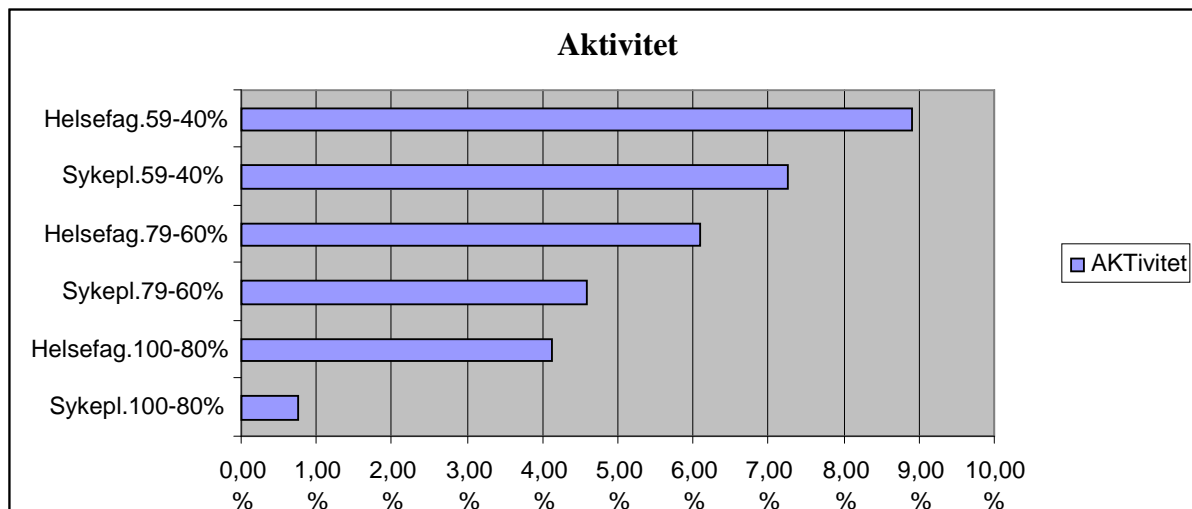
### 6.1.10 Aktivitet

Med aktivitet menes pleiepersonalets medgåtte tid til pasientrettet aktivitet, i eller utenfor avdelingen, og ulike trivselstiltak. Det kan være arrangement i grupper eller aktivitet rettet direkte mot en pasient. Eksempler kan være trimgrupper, turgåing, konserter, sangaktiviteter, baking og lesing.

Aktivitet er svært viktig for pasientens opplevelse av den samlede kvaliteten på tjenesten. Den faglige kompetansen er viktig for at aktiviteten blir tilpasset pasientenes funksjonsnivå.

I de avdelingene som er med i undersøkelsen er det også tilbud om aktiviteter som blir ivaretatt av annet personell som frivillighetskoordinatorer og aktivitører. Denne tidsbruken er ikke registrert i undersøkelsen.

Figur 6.1.10 Prosentvis andel av arbeidstid brukt til aktiviteter til pasientene.



Undersøkelsen viser at medarbeidere med stor stilling bruker mindre tid på pasientrettet aktivitet enn hva større stillinger gjør. Sykepleiere bruker mindre tid på dette enn hva helsefagarbeidere gjør.

En årsak kan være at medarbeidere som har store stillinger påtar seg flere oppgaver som har å gjøre med tilrettelegging rundt pasientene og med påfølgende etterarbeid. Det kan være oppgaver som samtaler, dokumentasjon, pleieplaner, kontakt med pårørende, opplæring osv. På grunn av dette vil de ikke ha like mye tid disponibelt til å være med på aktivitetstilbudet til pasientene. Vi kan allikevel si at medarbeidere i små stillinger tar mer ansvar for aktivitetstilbudet enn medarbeidere i større stillinger.

### 6.1.11 Veiledning

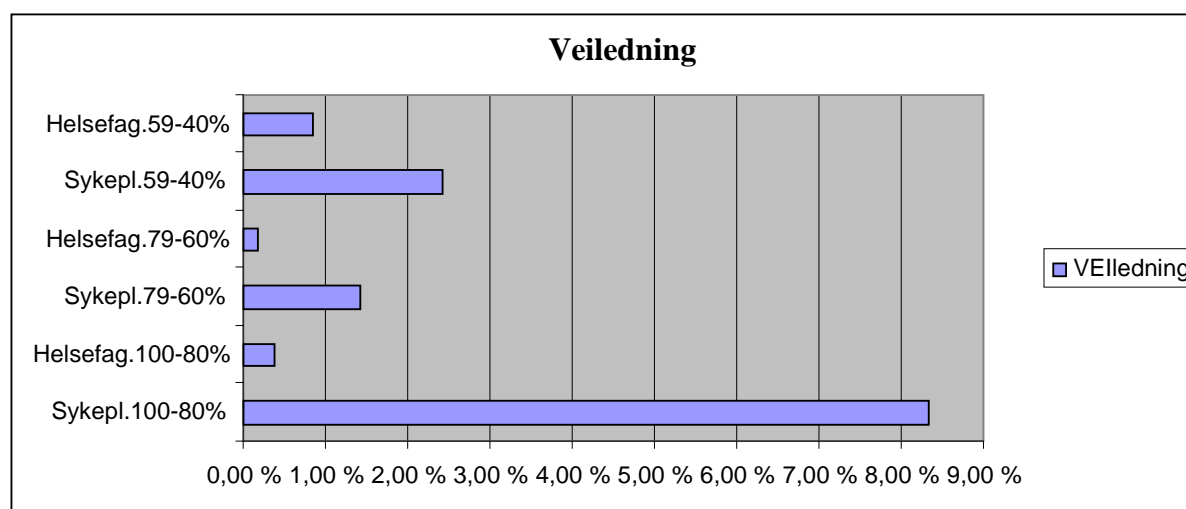
Pleie- og omsorgssektoren har tradisjon på å tilegne seg kunnskaper i praksisfeltet. Vi legger ned mye arbeid i opplæring av kolleger, studenter og elever. Derfor er veiledning en viktig og en vanlig rolle som blir lagt til sykepleiere og helsefagarbeidere. Under utdanningen av sykepleiere og helsefagarbeidere er praksis en vesentlig del av opplæringen. Som helsearbeider må man ha tilegnet seg teoretisk kunnskap, men for å kunne anvende den må man ut i praksisfeltet for å oppøve ferdigheter. Man må kunne gjøre riktige observasjoner, tolke og forstå det man ser. Dette gjør praksistiden viktig for studentene, og også for veilederne, som har et stort ansvar i denne sammenheng,

*Omsorg må læres i dagliglivet og som en yrkeskompetanse i yrker som er klient- og verdiorienterte. Å lære omsorg som yrkeskompetanse forutsetter en bevissthet om praktikerkunnskapens betydning. Ferdighetene læres gjennom en mesters veiledning ved at hele prosessen følges i praksis, slik at eleven under kyndig veiledning mer og mer får ta del i den hjelpetrengendes tilstand. Læring gjennom eksempler er typisk for ferdighetslæring (Kari Martinsen 1989: s.21).*

*Klinisk skjønn kan ikke spesialiseres eller erstattes av teknologi. For den faglærte omsorgsarbeider må skjønnnet fungere over teknikken, som bare bør være et hjelpemiddel i omsorgen. Og bare den som har erfaring i faget kan anvende skjønn ut fra prinsipper korrekt (Kari Martinsen 1989: s.27).*

Veiledning er et verktøy som brukes for å overføre kunnskap og er viktig for utviklingen av god praksis. Rollen som veileder gjør at man må holde seg oppdatert og på denne måten er den med på å holde fagkunnskapen ved like.

Figur 6.1.11 Prosentvis andel av arbeidstid brukt til veiledning.

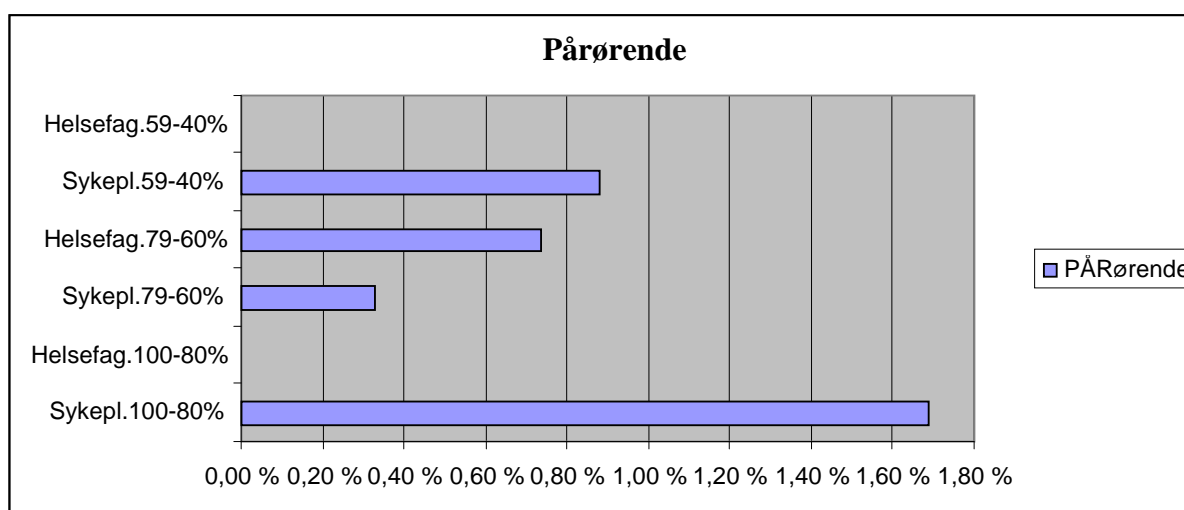


Vi ser at begge yrkesgruppene er delaktige i veiledningen, men at sykepleierne bruker mest tid på dette, særlig de som går i store stillinger. Dette vil være naturlig ved at de innehar mest informasjon om hva som foregår på arbeidsplassen. De får ofte oppgaven med å være veiledere for studenter og elever. Det er overraskende at helsefagarbeiderne i store stilling ikke bruker mer tid på dette, da de er en stor ressurs i avdelingene. Men det kan også være en tilfeldighet ettersom kartleggingen bare ble utført gjennom 8 vakter.

### 6.1.12 Pårørende

En helhetlig omsorg forutsetter også omsorg for pårørende. Pårørende er en ressurs for både pasienten og for avdelingene, og har ofte god kjenneskap til hvordan pasienten ønsker å ha det. Samtidig er pårørende ofte utsatt for tap og sorg i forbindelse med at deres nærmeste blir syke og dette medfører behov for oppfølging og samtaler. Som nærmeste pårørende har de også krav på informasjon om hva som skjer med pasienten.

Figur 6.1.12 Prosentvis andel av arbeidstid brukt til pårørende.

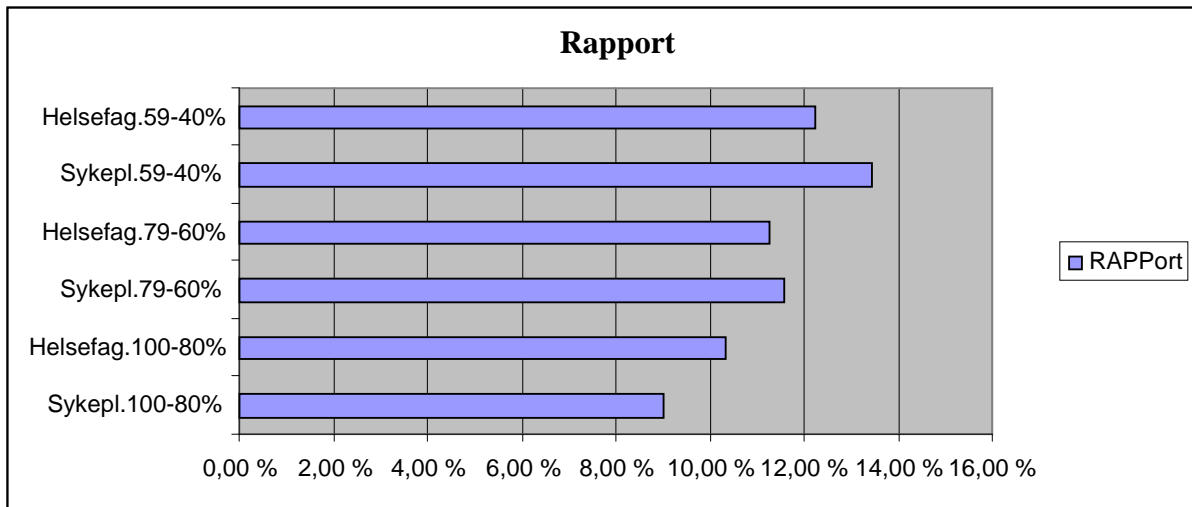


Denne oppgaven registrerer medgått tid til kontakt med pårørende, enten ved direkte samtaler eller telefonkontakt. Undersøkelsen viser at sykepleierne har mest kontakt med pårørende. Helsefagarbeidere mellom 60 – 79 % har også registrert kontakt med pårørende. Hvorfor ikke den største stillingsstørrelsen av helsefagarbeidere har registrert tidsbruk her er noe overraskende, men det kan også være snakk om tilfeldigheter. Vi ser at den minste stillingsbrøken av helsefagarbeidere heller ikke har registrert noen tidsbruk på dette punktet.

### 6.1.13 Rapport

Rapport er tid brukt til å overbringe informasjon i forbindelse med vaktskifte. Vaktskiftene foregår på morgenen, på ettermiddagen og på kveldstid. Rapporteringen skjer for det meste muntlig fra den som har ansvaret på vakta, det kan være fra sykepleier eller helsefagarbeider. Rapporten gis til alle som skal overta neste skift, altså både til sykepleiere, helsefagarbeidere, assistenter, studenter og elever. En del tid går også med til å lese rapporter fra pasientjournalen.

Figur 6.1.13 Prosentvis andel av arbeidstid brukt til rapport.

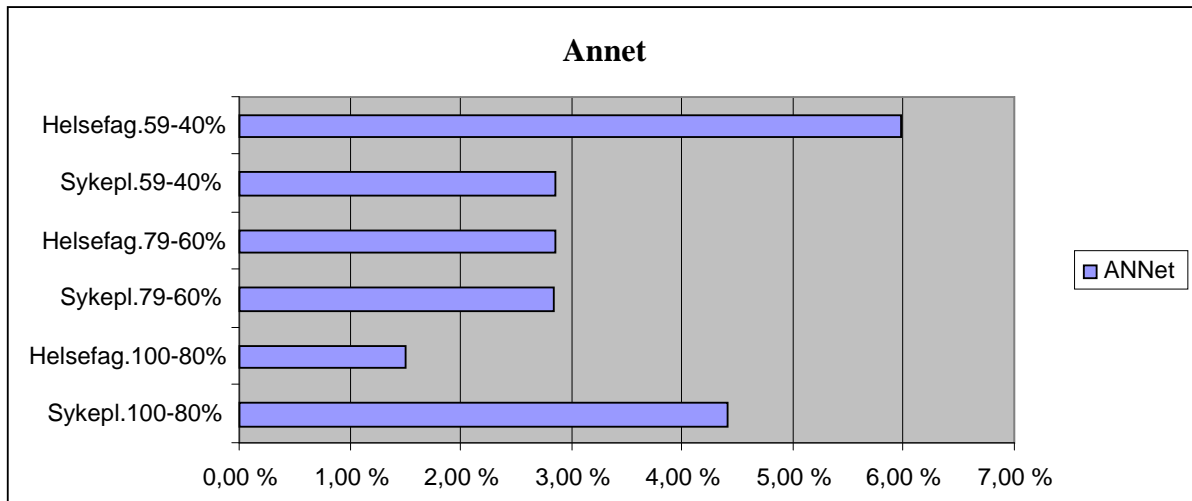


Her ser vi at variasjonen er mindre, men at de små stillingene bruker mest tid på dette. Det kan ha sammenheng med at de er mindre tilstede i avdelingen og da må bruke mer tid til oppdatering.

#### 6.1.14 Annet

Dette punktet tok vi med for at det skulle være mulig å registrere flere oppgaver enn de som på forhånd var definert.

Figur 6.1.14 Prosentvis andel av arbeidstid brukt til annet.



Det er få registreringer her. Det som er nevnt er deltagelse i arbeidsgrupper, personalmøter og pauser.



## 6.2 Spesielle tilleggsoppgaver

I undersøkelsen ble respondentene bedt om å oppsummere spesielle tilleggsoppgaver som de hadde ansvar for i avdelingen (vedlegg 2 s. 84).

Det er 17 av 24 respondenter som sier de har spesielle tilleggsoppgaver i avdelingene.

Tabell 6.2. Oversikt over respondentenes registreringer av spesielle oppgaver.

Spesielle oppgaver i avdelingen	Kategori 1 Sykepl. 100–80 %	Kategori 2 Helsefag. 100–80 %	Kategori 3 Sykepl. 79 – 60 %	Kategori 4 Helsefag. 79 – 60 %	Kategori 5 Sykepl. 59 – 40 %	Kategori 6 Helsefag. 59 – 40 %
Antall besvarelser	5	4	4	5	2	4
Har ikke spes. oppgaver	1	2	1	1	1	1
Primærkontakt / koordinator	4 4-5 pas hver	2	3	3	1	3
Oppfølging elev/ stud./læling	2	1		1		
Systemansvar data	1					
Fagansvarlig i avdelingen	1					
Ansvar for HMS	3					
Fagoppg – smittevern/ kreft/ ernæring			2			1
Etikkontakt						2
Ansvar for div. trivselsoppgaver		1		4		1
Skriver samarbeidsturnus	1	1				1
Andre adm. Oppg.		1		3		
Tillitsvalgt						1
Sum spes. oppgaver	12	6	5	11	1	9

Primærkontaktansvar er en vanlig tilleggsoppgave å ha. Her viser resultatene at av 24 besvarte kartlegginger hadde 15 medarbeiderne primærkontaktansvar. Av disse er det syv sykepleiere som har svart at de er primærkontakter, men de store stillingene hos sykepleierne (kategori 1) har fire til fem pasienter hver og tar ansvar for en større andel av pasientene. I de andre kategoriene fordeler primærkontaktansvaret seg ganske likt uavhengig av om de er sykepleiere eller helsefagarbeidere.

Når det gjelder fag-, HMS- og dataansvarlige er det sykepleiere i de to største stillingsgruppene som har dette ansvaret. Det er ingen registrerte sykepleiere eller helsefagarbeidere i de minste stillingskategoriene som er veiledere for studenter/elever.

Men i den minste stillingskategorien blant helsefagarbeidere er det registrert fagoppgaver som ernæringskontakt og etikkontakt i avdelingene. Dette kan forklare hvorfor de minste stillingene av helsefagarbeidere bruker mer tid til veiledning enn de større stillingene.

To helsefagarbeidere i kategori 4 hadde innkjøpsansvar. Oppgaver i forhold til turnusoppfølging er i hovedsak dekket av de største stillingene fordelt både på sykepleiere og helsefagarbeidere. Det ser ut som ekstraoppgaver som ivaretar trivsel i avdelingen i hovedsak utføres av helsefagarbeidere fra 79 % og nedover.

### **6.3 Oppsummering av arbeidskartleggingen**

I vår kartlegging kom det fram at det var store ulikheter i fordelingen av arbeidsoppgavene mellom medarbeidere som har ulike stillingsstørrelse innenfor samme yrkesgruppe. Både for helsefagarbeidere og for sykepleiere i de store stillingene, ser det ut til at det er de som tar den største andelen av tilleggsoppgavene i avdelingene og de arbeidsoppgavene som er viktig for å sikre kvaliteten på tjenesten.

Helsefagarbeiderne bruker mest tid på arbeid i forbindelse med pleie, måltider, rydding og aktiviteter. De store stillingene bruker mest tid på pasientpleie og måltid mens de mindre stillingene bruker mindre tid på pasientpleie og mer tid på rydding og aktiviteter i avdelingen. Sykepleierne har registrert tidsbruk innenfor alle arbeidsoppgavene i kartleggingen. Det er de som har store stillinger som bruker mest tid på oppgaver som medisiner, legevisitt, dokumentasjon, pleieplaner, kvalitetsarbeid, administrasjon, veiledning og pårørendearbeid. De bruker noe mindre tid på pleie, måltid aktivitet og rydding enn helsefagarbeiderne og sykepleiere i mindre stillinger.

Forskjeller i oppgavefordelingen mellom sykepleierne og helsefagarbeiderne skyldes for det meste ulike ansvarsområder med bakgrunn i kompetanse og utdanning. Hvordan avdelingen velger å organisere arbeidsdagen og hva som forventes at den enkelte skal gjøre, vil nok være med å prege hvilke arbeidsoppgaver som utføres og av hvem. Det bør være mulig å redusere noen av disse ulikhetene, spesielt innenfor områder som pårørendearbeid, dokumentasjon og veiledning.

I neste kapittel skal vi se på hvordan dette kan påvirke kvaliteten på tjenestene i pleie og omsorgssektoren.

## **7.0 ”HAR ANDELEN AV DELTID OG HELTID NOE Å SI FOR KVALITETEN PÅ TJENESTENE?”**

Som vi var inne på innledningsvis, har begrepet kvalitet to dimensjoner. Det ene er verdier og det andre er egenskaper. Verdier er ofte sterkt knyttet opp til en subjektiv vurdering av hva som er god kvalitet. Egenskaper er mer målbart og kan ha å gjøre med sikkerhet, tilgjengelighet og kontinuitet.

Kvalitet er avhengig av en helhetstenking innenfor området vi jobber med. Noen områder peker seg ut som helt grunnleggende. Oppgavene innenfor pleie og omsorg består av mange elementer. Forventningene om hva tjenesten skal bidra med er stor, både fra pasientene, pårørende og samfunnet.

Ei langtidsavdeling i et sykehjem er pasientens hjem. Pasientene er vurdert til å ha behov for et heldøgns omsorgstilbud og kan ikke klare seg hjemme med støtte fra familie eller tjenester fra hjemmesykepleien. Sykehjemmene skal være preget av en hyggelig og hjemlig atmosfære. Utfordringen blir å skape en ramme som gir en opplevelse av mestring, trygghet og god livskvalitet for pasientene.

Samtidig som det er et hjem, er det også en arbeidsplass. En arbeidsplass der medarbeiderne skal gi pasienten kvalifisert behandling, pleie og medisinsk oppfølging. Vi må ha profesjonelle arbeidstakere som har kompetanse til å ivareta en god faglig praksis og være en støtte for pårørende. De må også ha tilstrekkelig med hjelpemidler for å ivareta ergonomien. Dette skal gjøres innenfor en gitt økonomisk ramme, gjeldende lover og forskrifter og faglige standarder.

Når en stor andel medarbeidere arbeider deltid, kan man tenke seg at erfaringen og kompetansen hos den enkelte og samlet for avdelingen ikke får den beste utviklingen. Følelsen av tilhørighet til arbeidsplassen er viktig for den enkelte medarbeider. Den er med på å skape interesse, eierskap og ansvar for den jobben og den avdelingen man arbeider på. Liten tilstedeværelse på grunn av små stillingsstørrelser vil kunne virke negativt på jobbmotivasjonen. Dette vil være en risiko for egen utvikling, for en god ivaretagelse av pasientene og medføre lite engasjement i forhold til arbeidet.

Når ideologien endres reflekteres dette over tid i måten vi organiserer oss på. Forhold i samfunnet er i ferd med å endre seg. Hvordan dette vil påvirke vårt syn på verden og på organisasjoner er et stort tema hvor meninger og synspunkter stadig brytes mot hverandre, og resultatet vil i stor utstrekning bli styrt av denne debatten. Når tidene endrer seg vil det som har blitt tatt for gitt og som er ansett som helt nødvendig også endre seg. Dette vil føre til endringer i hva vi ser som vesentlig og mindre vesentlig (Hennestad og Revang 2012: s. 50).

Dette innebærer at vi er avhengige av kontinuitet og at personalet kjenner hver enkelt pasient og pårørende godt. For medarbeiderne vil det være viktig å føle seg trygg på avdelingens rutiner, arbeidsoppgaver og ikke minst holdninger, for å klare å være med å ”trekke lasset”.

Et sterkere brukerfokus vil medføre endringer i vår oppfatning av hva som er god kvalitet. Det vil endre vår oppfatning av hva som er god organisering av tjenesten og det vil medføre endringer for den enkelte medarbeider.

I det følgende skal vi drøfte noen konsekvenser av deltid opp mot kvalitet. Dette gjør vi ved å diskutere ansvar og oppgavefordeling, kontinuitet, kompetanseutvikling, arbeidstidsordninger, organisering og økonomi, samt hvilke konsekvenser dette kan ha for samfunnet.

## **7.1 Ansvar og oppgavefordeling**

Arbeidskartleggingen viser at det er ulikheter mellom heltid og deltidsstillinger innenfor samme yrkesgruppe når det gjelder hvilke oppgaver den enkelte utfører, særlig i forhold til tidsbruken på oppgavene. Undersøkelsen viser også at det er flere medarbeidere i de store stillingene som påtar seg tilleggsoppgaver enn i de som har de små stillingene.

Sitat fra avdelingsleder: ” *Det har ikke så mye å si hvilken stilling de har. Det er mer viktig hvem de selv er. Hvem tar ansvar og hvem følger opp. De som har større stilling får mer ansvar, men de aller fleste har primærkontaktansvar*”.

En annen avdelingsleder sier: ” *Utplukking skjer med en god blanding av at de er den de er, men også av at de er mye tilstede i avdelingen. Men nok tilstedeværelse vil være fra 70 % og*

*oppover. Jeg ville nok ikke plukket ut en til å ha hovedansvar for en oppgave som bare har 40 % stilling”.*

Det er viktig at en avdeling har medarbeidere som kan påta seg ansvarsoppgaver. I kartleggingen ser det ut til å være medarbeidere i de største stillingene som påtar seg ansvarsoppgaver som er av stor betydning for kvaliteten i avdelingen. For eksempel ser vi at det bare er medarbeidere i stillinger fra 80 % og mer, som har tilleggsoppgaver som fagansvar eller systemansvar i avdelingene.

Ved de store tidkrevende oppgavene som pleie, medisinaladministrasjon og måltider ser vi at alle medarbeiderne deltar og bruker mye tid, uavhengig av yrkesgruppe.

Vi ser ut fra våre resultater at det er sykepleierne som tar hovedansvaret for oppgaver som oppfølging av pårørende, legevisitt, dokumentasjon, kvalitetsarbeidet i avdelingen og pleieplaner. Alle disse områdene er viktige for kvaliteten på tjenesten. Hvis vi for eksempel ser på figur 6.1.7 viser andel av arbeidstid brukt til kvalitetsarbeid, at det er sykepleiere i den største stillingsstørrelsen som bidrar med denne type arbeid. Hvis flere medarbeidere gikk i større stillinger vil dette arbeidet kunne fått større oppmerksomhet, og dermed bidra til økt tjenestekvalitet.

Forutsetningen for å lykkes i dette arbeidet ligger bedre til rette med flere medarbeidere i store stillinger. Hvis vi ikke har mange nok medarbeidere å fordele disse oppgavene på, vil dette kunne medføre en økt risiko for dårligere kvalitet på tjenestene. Kuvaas (2011) hevder at indre motivasjon øker med opplevelse av mening, ansvar og kunnskap. Medarbeidere i store stillinger synes å påta seg flere ansvarsoppgaver, og dette kan bidra til at de føler seg mer selvstendig i jobben, utvikler egen kompetanse og tilhørighet til egen arbeidsplass.

*Medarbeiderne jobber hardere på grunn av høyere involvering, forpliktelse og engasjement som skyldes høy grad av medbestemmelse og egenkontroll. Medarbeiderne jobber smartere fordi de blir oppfordret til å utvikle sine ferdigheter og sin kompetanse. Medarbeiderne jobber mer ansvarlig fordi ansvaret er plassert i deres hender (Kuvaas 2011: s. 28).*

30 % av utvalget har ikke tilleggsoppgaver i avdelingen. Dette kan være forårsaket av lite motivasjon eller manglende kompetanse. Den enkelte medarbeider kan oppleve at mindre tilstedeværelse gjør det uhensiktsmessig for dem å involvere seg i denne type arbeid. Ledere

mener også at ivaretagelse av tilleggsoppgaver krever at medarbeidere er til stede i avdelingen og har kontinuitet i sitt arbeid. Begrensede muligheter til å gjennomføre en oppgave på en god måte er en fare for tjenestekvaliteten. Det vil også være negativt for den ansatte hvis han eller hun blir satt til denne type arbeid uten at forholdene ligger til rette for det.

*”For noen oppgaver, spesielt fagansvarlig, kan man ikke ha mindre stilling enn 80 %”, sier en avdelingsleder. ”Det viktigste er selve personen, egnethet og fagutdanning”.*

Ansvarsoppgaver medvirker til at medarbeiderne opplever større grad av involvering, får utvikle seg og øke sin kompetanse. De blir ansvarliggjorte og får mer tilhørighet til jobben. Det blir da en utfordring for pleie- og omsorgssektoren at så mange er i deltidsstillinger og ikke kan påta seg disse oppgavene. Avdelingene vil ikke kunne utnytte det potensialet som ligger i å ha flere heltidsstillinger. For de medarbeiderne som arbeider heltid, vil dette medføre økt belastningen. Samtidig vil arbeidsgiver være avhengige av noen få personer i dette arbeidet, noe som gjør avdelingen sårbar ved fravær.

Vår arbeidskartlegging viser at ulikheter i stillingsstørrelse har betydning for hvilke arbeidsoppgaver den enkelte utfører i løpet av arbeidsdagen innenfor begge yrkesgruppene. De som innehar de største stillingene ser ut til å påta seg de fleste arbeidsoppgavene i kartleggingen og dette er oppgaver som er med å sikre kvalitet og kontinuitet i avdelingen. Det vil derfor være en stor utfordring å organisere og kvalitetssikre arbeidet når en stor andel av medarbeiderne jobber deltidsstillinger.

## **7.2 Kontinuitet**

Strand (2010) hevder at organisasjoner ikke er enhetlige og sammenhengende. Det må skapes et minimum av fellesoppfatninger, enighet må etableres på et nivå som sikrer sammenheng og stabilitet. Alle organisasjoner vil ha innebygde dilemmaer i strukturen og ideologien. Typisk for mange er at det kreves ikke bare orden og disiplin, men også initiativ og selvstendighet. Enhet er noe som skapes, utfordres og gjenskapes, som et sett av felles forestillinger og tilpasninger som er tilstrekkelige til at oppløsning ikke skjer. Ledelsen har en sentral plass i dette skapings- og vedlikeholdsarbeidet, som går ut på å skape inntrykk av fellesskap,

kontinuitet og sammenheng, i det offisielle formatet og ved det daglige arbeidet, for eksempel ved prosedyrer, språkbruk og referanser til tidligere praksis.

I pleie og omsorgssektoren i Vefsn kommune er det 63 av 296 medarbeider som har 100 % stilling inkludert avdelingslederne innenfor sektoren. Dette utgjør bare 21 % av arbeidstakerne. Ved at en stor andel av personale er lite på jobb, vil det ta lengre tid ”å jobbe seg inn” og bli godt kjent på arbeidsplassen. Det er en forutsetning for kontinuiteten at folk er på arbeid. Tilstedeværelse på jobben er med å skape samhold og tilhørighet, og det er viktig for å skape jobbmotivasjon, ansvarsfølelse og engasjement.

Sitat fra avdelingsleder: ” *Folk blir mer kjent i avdelingen og med rutinene jo større stilling de har. De får mer kontinuitet i sitt arbeid*”.

Etter intervjuene med avdelingslederne fikk vi et klart bilde av at de setter likhetstrekk mellom store stillinger og kontinuitet, og at dette er et av de viktige elementene for kvaliteten på tjenestene.

### **7.2.1 Konsekvens for pasienten**

I kvalitetsforskriften står det at tjenestene skal være preget av kontinuitet slik at tjenestemottakeren opplever at tjenesten dekker fysiske og sosiale behov. Pleieoppgaver er en stor del av arbeidsdagen for alle helsearbeidere innenfor pleie og omsorgssektoren. Kvaliteten i tjenesten er avhengig av at disse oppgavene blir utført på en faglig forsvarlig måte med stor grad av brukertilpassning.

I vår kartlegging er det helsefagarbeiderne i de store stillingene som bruker mest tid innenfor direkte pasientpleie. Helsefagarbeidere i mindre stillinger bruker mindre tid på denne oppgaven. De største stillingene bruker i overkant av 40 % av arbeidstiden sin på pleie, mens en helsefagarbeider i 40-59 % stilling bruker 25 % av sin arbeidstid på samme oppgaven. Dette funnet var uventet. Vi hadde regnet med at alle stillingsstørrelsene brukte tilnærmet lik tid på pasientpleie.

En forklaring på dette kan være at helsefagarbeiderne i store stillinger har mer tilstedeværelse i avdelingen og mer kunnskap om pasientene, slik at de kan utføre en bedre individuell tilpasset tjeneste. Dette er en viktig faktor for brukeropplevd kvalitet. En annen årsak kan

være at medarbeidere i store stillinger tar større ansvar og med sin innsikt bruker mer tid på oppgavene.

Vi vet at en del arbeidstakere har mindre stillingsbrøker på grunn av egen helseproblematikk. De har på bakgrunn av dette fått redusert sine stillinger. Disse medarbeiderne vil i noen tilfeller ikke kunne ta del i de mest fysisk krevende arbeidsoppgavene. På en langtidsavdeling vil de mest fysisk krevende arbeidsoppgavene være direkte knyttet til pleien. Dette kan da være noe av forklaringen på at medarbeiderne med små stillinger har registrert mindre tidsbruk i pleien.

Alle tre avdelingslederne sier at medarbeidere som har liten stilling må bruke mer tid på å oppdatere seg ettersom de har mange friperioder.

Sitat fra en avdelingsleder: *”Små stillinger trenger mye mer tid på å oppdatere seg, de er også mindre villig til å lese seg opp og vil i større grad ha muntlige rapporter og oppdateringer. Kommer også da raskt tilbake til sikkerhet rundt pasientbehandlingen. Det kan være store endringer i behandlingen, og da må man få vite om dette når man kommer på arbeid, og dette er vanskeligere når man jobber deltid. Det er ikke så stor forskjell på sykepleiere og hjelpepleiere, det er mer viktig med kontinuitet”.*

For pasientene sin del så vil det å ha få personer å forholde seg til, skape ro og trygghet. Personale vil være mye tilstede og opparbeide seg kunnskap og erfaring i forhold til pasientens behov. Både pasient og personale vil lettere kunne etablere gode relasjoner og dette vil styrke kvaliteten i tjenesten som gis.

Sitat avdelingsleder: *”Pasientene, tror jeg, vil føle seg tryggere på de medarbeidere som er mer på arbeid. Pasienten gjenkjenner at det er kjente folk på arbeid.”*

Som tidligere nevnt viser våre funn at de store stillinger som helsefagarbeidere bruker 40 % av arbeidstiden til pleie, mens de med små stillinger bruker 25 %. De små stillingene bruker mer tid på rydding, aktivitet, rapport og annet. Dette kan være et utslag av at de ikke klarer å sette seg godt nok inn i alle forhold rundt pasientene med så liten stillingsbrøk.

Aktivitetsarbeid og rydding er oppgaver som det vil være greit å håndtere selv om det er en tid siden sist man var på jobb. På denne måten vil det nok for mange føles tryggere å ivareta



denne typen oppgaver, mens de som går i de største stillingene tar hovedansvaret for å følge opp og evaluerer tiltak og behandling.

Vi er igjen tilbake til situasjonen for de som jobber deltid. De vil ha større utfordringer med å orientere seg og sikre at de er oppdaterte når de går til pasientene, og kanskje velger bort de mest utfordrende oppgavene. Noe som også vil ha konsekvenser for egen læring. I tillegg vil de som har større stillinger få mer ansvar og belastning for å sikre at alle oppgavene blir gjennomført på en faglig forsvarlig måte. En alvorlig effekt av mange deltidsstillinger kan være økt risiko for at feil oppstår innenfor pleie og behandling, og at oppfølging av pasientene blir svært utfordrende. Dette vil være negativt for både pasientene og for personale, som har et stort ansvar for å yte en faglig forsvarlig omsorg.

Sitat fra avdelingsleder: *”Synes ikke at småstillingene får nok kontinuitet i forhold til pasientene. Primærkontaktfunksjonen ivaretas dårligere når man har deltid.”*

Primærkontaktfunksjonens hovedoppgave er å ivareta pasientens individuelle behov og ha ansvar for at pårørende blir ivaretatt ved at de får rett informasjon og at deres ønsker og behov blir tatt hensyn til. Videre har de ansvar for praktiske ting rundt pasienten som innkjøp av klær, toalettsaker, bestille timer til frisør, fotpleie med mer.

For at pasientene skal få en primærkontakt må de fleste medarbeidere, uansett stillingsstørrelse, påta seg oppgaven. Tilbakemeldinger til oss enhetsledere er at både avdelingsledere, den ansatte selv og pårørende synes det er problematisk når personell med små stillinger innehar denne funksjonen. Det er mer utfordrende å finne ”treffpunkter” for møter for å gjennomføre samtaler og gi informasjon og det er vanskelig for både pasient og pårørende å finne vedkommende på jobb når behovet for kontakt oppstår. Den ansatte selv vil være ute av tjenesten i lengre perioder og vil ikke ha like stor mulighet til å følge med på pasientens situasjon.

Dette kan medføre en forskjellsbehandling av pasientene i avdelingen ved at medarbeiderne i 100 % stillinger kan klare å ivareta primærkontaktfunksjonen på en mer tilfredsstillende måte. De vil ha mulighet til å ha en bedre oversikt over sine pasienter. De medarbeiderne som går deltid, og allerede har en utfordring med å holde seg oppdatert på grunn av mindre

tilstedeværelse i avdelingen, kan dette medføre en enda større belastning for den ansatte selv, men også for pasient og pårørende.

Et positivt element i denne diskusjonen kan være at de som går på jobb i deltidstillinger er mer uthvilte og opplagte når de kommer på jobb. De har lengre "hvilepauser" mellom sine arbeidsøkter. For pasientene kan dette være positivt gjennom at medarbeideren har mer overskudd til å imøtekomme ulike ønsker og behov gjennom arbeidsdagen.

En annen positiv effekt av deltidstillinger er at de kan gå inn å ta ekstravakter, og da vil pasientene møte personale med god kompetanse, som de kjenner igjen fra før. De er en verdifull arbeidskraftreserve for organisasjonen, og i denne sammenheng vil dette være positivt for kontinuiteten. Arbeidsgiver og kolleger slipper å bruke tid og ressurser på opplæring, og de unngår bruk av ufaglærte vikarer.

Oppsummert kan vi si at det er mange fordeler for pasientene og for pårørende ved at de ansatte går i heltid. Dermed kan man si at både pasient og pårørende vil kunne få et tilbud med bedre kvalitet ved at flere ansatte jobber større i større stillinger.

### **7.2.2 Konsekvens for kollegaer**

Gode og kompetente kolleger er noe vi alle setter pris på. Det skaper trivsel og trygghet på arbeidsplassen og jobben blir utført på en tilfredsstillende måte. Det er med på å skape stolthet over egen arbeidsplass, som igjen kan bidra til et godt omdømme.

Sitat fra avdelingsleder: *" Jo mindre deltid vi har, dess bedre er det for de som arbeider heltid. Det vil bli mindre arbeidsbelastning for de som arbeider heltid å være i en arbeidsstokk der det er mange som arbeider store stillinger".*

En annen avdelingsleder sier: *"Det er viktig at personalet føler seg trygg på hverandre. Det handler også om å stole på. Når du er på arbeid med dem du kjenner vet du også hvordan man skal arbeide sammen for å få arbeidet gjort"*

Hvis vi tar med oss alle stillingene fra 70 % og oppover har vi i Vefsn kommune 184 av 296 medarbeidere i denne gruppen. Det vil si at 62 % av medarbeiderne jobber 70 % eller mer. De

som jobber 75 % stilling jobber gjennomsnittlig 3,5 vakter pr uke sammenlignet med en 100 % stilling som er på jobb i gjennomsnitt 5 vakter pr uke.

Sitat fra avdelingsleder: *"Det beste er at de har 100 % stilling. Men jeg har ikke noen grense. Jeg mener bare at jo større stilling du har, jo bedre er det"*.

I intervju med avdelingslederne i undersøkelsen, ser det ut til at det er etablert en oppfatning om at 70 – 75 % stilling er den nedre grense for å kunne klare å ivareta kontinuitet og kvalitet i tjenesten. Det ser også ut som det er dette som er den nedre grensen for å tildele ansvarsoppgaver som har betydning for kvaliteten i avdelingen. I vår kommune jobber nesten 40 % av arbeidsstokken mindre enn 70 % stilling, noe som medfører større belastning på medarbeidere med store stillinger. De må påta seg flere oppgaver da det er færre å fordele dem på. I tillegg har de mer ansvar for kontinuitet, veiledning av kolleger etc.

De fleste vil nok være enige i at det er lettere å være på jobb sammen med kolleger som er oppdatert og godt inne i driften. Flere tar ansvar og jobben vil bli mindre belastende. En avdeling med mange småstillinger vil til enhver tid ha en stor andel medarbeidere som ikke er like kjent på avdelingen. Dette kan skape en mer utfordrende arbeidssituasjon, føles mer krevende og uttrykt for alle.

I figur 6.1.1 ser vi at helsefagarbeidere i små stillinger bruker 15 % mindre tid i pleien enn de som går i de største stillingene. Arbeidsoppgaver i forbindelse med pleien er ofte de mest fysiske krevende i avdelingen. Dermed vil de som har store stillinger til enhver tid ha større fysiske belastninger i løpet av sin arbeidsdag, enn de med små stillinger. Samtidig er det mange de som går i deltidsstillinger som stiller opp og er vikarer, og dette er positivt både for brukere og kollegaer.

For arbeidsgiver vil det være en fordel at medarbeiderne går i store stillinger. Medarbeiderne er godt orientert om hva som skjer i avdelingen og har erfaring nok til å håndtere utfordringene som kommer. Med mange medarbeidere i små stillinger vil det gå med mye tid til å støtte opp, svare på spørsmål og følge med på at arbeidet i avdelingen går som de skal. I tillegg er det stor sannsynlighet for at flere medarbeidere i små stillinger ikke skal på jobb neste dag, og dermed ikke kan følge opp og ferdigstille tiltak som trenger videre håndtering neste dag.

Større stillingsbrøker har betydning for kontinuitet og vil derfor ha betydning for den kvaliteten pasienten og pårørende opplever. Kontinuitet har også betydning for fysisk belastning, stress og pålagte ansvarsoppgaver blant de ansatte. Med flere større stillinger vil oppgavene bli mer rettferdig fordelt. Derfor vil medarbeidere i heltidsstillinger være positivt for kontinuiteten og dermed også for kvaliteten på tjenestene.

### **7.3 Kompetanseutvikling**

Når kunnskap blir viktig som produksjonsfaktor, endrer mange betingelser for utforming og styring av organisasjoner seg. Kunnskap ligger i stor utstrekning lagret i enkeltindivider.

Kunnskap kan man gi fra seg samtidig som man beholder den selv.

I følge Hennestad og Revang (2012) er individuell kunnskap i mange fag i stor utstrekning ”ferskvare”. For å holde seg oppdatert kreves kontinuerlig læring i form av refleksjon over erfaringer og ”påfyll” i form av etterutdanning. Fra individets ståsted er man ikke virksomhetens viktigste ressurs, men organisasjonen er den viktigste ressursen for ens egen læring og utvikling. Fordi kunnskapsarbeidere kan leies, men ikke eies, er en organisasjon mer avhengig av slike individer enn disse er av en bestemt organisasjon. Kompetanse og kunnskap er en verdiskapende ressurs og de ansattes kompetanse kan utgjøre en kritisk forskjell

Pleie og omsorgssektoren er i høyeste grad en kompetansearbeidsplass. Den enkeltes kompetanse er helt avgjørende for om vi kan levere tjenester av god kvalitet. Det er i møte mellom pasient og medarbeider at kompetansen blir synlig og ingen tjenester er bedre enn det den enkelte utøver yter i møte med pasientene.

Hennestad og Revang (2012) hevder at innenfor en organisasjon kan begrepet kompetanse bli tillagt ulik betydning. Ulike profesjoner vil tolke ordet forskjellig. Der man ikke har nyanser og er i stand til å differensiere begrepet, synes kompetanse i praksis å bli ensbetydende med hva en allerede kan. Dermed fungerer det ofte konserverende istedenfor utviklende. Innholdet i begrepet ville komme tydeligere fram hvis man gjorde et skille mellom formell kompetanse og realkompetanse, mellom erfaringer og teoretisk innsikt, mellom evner og ferdigheter. For eksempel betegner ferdigheter tradisjonelt at man kan utføre manuelt arbeid. I kunnskapssamfunnet vil imidlertid ferdigheter betegne hvor god man er til å pendle mellom

det abstrakte og det konkrete, mellom teori og virkelighet. Ferdigheter blir da ikke manuelle og muskulære, men mentale egenskaper.

Sektoren har gjennom flere år fått tilført nye oppgaver. Dagens pleie og omsorgssektor utfører mange oppgaver som sykehusene håndterte tidligere. Gjennom samhandlingsreformen, som trådte i kraft fra 1.januar 2012, har dette blitt ytterligere forsterket. Dette medfører økt krav til kompetanse i hele sektoren. I tillegg er kompetanse innen etikk stadig viktigere og tjenesten må kunne vise til gode holdninger hos sine medarbeidere.

### **7.3.1. Erfaringskompetanse**

For alle yrkesgrupper vil erfaring bidra til økt kompetanse. "Det kliniske blikket" er en kjent terminologi innenfor pleie og omsorg. Det innebærer at vi gjennom erfaring lettere kan observere og forstå en situasjon på riktig måte, raskt kunne iverksette nødvendig tiltak og evaluere virkningen fortløpende. Denne erfaringskunnskapen er kun mulig å tilegne seg i møte med pasientene.

Praksis ut fra den riktige målestokk må læres gjennom erfaring og gjennom diskurs. Praksisformene har sine rutiner og innlærte regler. Regelen gjemmer fellesmenneskelige erfaringer og verdier. Med større kyndighet som vi får gjennom erfaring fra mange forskjellige situasjoner, vil våre handlinger bli mindre regelstyrte. Reglene blir nå bare hjelpemidler i en større handlingssammenheng, hvor innlevelse i situasjonen og erfaringsbasert vurdering og skjønn spiller hovedrollen (Martinsen 1989: s. 49).

Sett i dette lys kan vi stille spørsmålstegn ved tilegnelsen av erfaringskompetanse mellom deltid- og heltidsstillinger. En ansatt i 50 % stilling vil kun ha mulighet til å være i kontakt med pasientene halvparten av tiden i forhold til en ansatt 100 % stilling. De vil bruke 10 år på å få 5 års erfaring. Dette er et tankekors både for de som går reduserte stillinger, men ikke minst for om dette kan ha betydning for pasientbehandlingen. For arbeidsgiveren, som har det totale ansvaret for å utvikle en tjeneste som tilfredsstillende krav om god kvalitet, vil dette kunne medføre usikkerhet.

Sitat fra avdelingsleder: *"Jo større stilling en har jo bedre oversikt har en over det som skjer. Jo lavere stilling jo vanskeligere å få kvalifisert personell. De må kunne arbeide sammen, utføre det de skal gjøre, ta initiativ og det er en del av det å være kvalifisert"*.

En annen avdelingsleder sier: *”Det må være en sykepleier i minst 75 % stilling for å ivareta fagligheten – faget er pasienten – det handler om holdninger, det medisinskfaglige, oppfølging av pårørende, alt det som er rundt pasienten. Ser at når sykepleier får ansvar, tar de ansvaret og følger opp. De dyktiggjør seg selv og blir mer og mer trygg. Dette med å få ansvar er viktig”*.

Undersøkelsen vår viser at det er medarbeidere i de store stillingene som påtar seg ansvarsoppgaver. Med ansvarsoppgaver følger personlig utvikling og erfaringskompetanse, som igjen er med å dyktiggjøre medarbeiderne. Medarbeidernes erfaringskompetanse er en viktig ressurs både for pasientene, kollegaene og for arbeidsgiverne.

Hvis vi ser på figur 6.1.11, viser den at det er sykepleiere i den største stillingsstørrelsen som utfører arbeidsoppgaver i forhold til veiledning, mens de med små stillinger gjør dette i liten grad. Når den enkelte påtar seg veiledningsansvar, må den som skal veilede ha gode kunnskaper. Dette stimulerer til å holde seg faglig oppdatert. Når medarbeidere i småstillinger ikke påtar seg denne oppgaven kan det være at de ikke har god nok kompetanse til å utføre dette, eller det kan være at tilstedeværelsen i avdelingen er så liten at det ikke er hensiktsmessig å utføre denne oppgaven.

Ved at flere medarbeidere hadde hatt større stillinger, ville forutsetningene for å bruke tiden til utvikling og opplæring bli bedre. De ville i større grad være oppdatert på den daglige driften og ikke se seg nødt til å bruke så mye tid på dette. Når det er mange medarbeidere som har små stillinger vil tiden de er på jobb i større grad bli brukt til å holde oversikt. Tiden man kunne brukt til opplæring og utvikling vil bli mindre. I tillegg vil mange deltidsstillinger medføre at avdelingsleder må være svært oppmerksom og følge med ute i avdelingen, slik at oppgaver ikke blir avglemt, iverksatte tiltak blir fulgt opp og prosedyrer gjennomført.

En avdelingsleder sier følgende om: *” Ser at de som har hatt 100 % stilling og går ned i stilling, blir en deltidsarbeider som ofte fungerer veldig bra. De har lang og viktig erfaring, de tar initiativ, har motivasjon og ønsker å bidra i sitt arbeid. Har for eksempel en hjelpepleier i 50 % stilling som har fått ansvarsoppgaver i avdelingen fordi hun er så dyktig i sitt arbeid.”*

Personlige egenskaper vil derfor ha stor betydning for hvordan den enkelte medarbeider i deltidsstilling vil løse sine oppgaver og hvilket ansvar hun vil ta på seg. Er en motivert og initiativrik vil en lettere tilegne seg erfaringskompetanse. Det er ikke bare tilstedeværelse som har betydning for å opparbeidelse av ”det kliniske blikket”. Evnen til å lære, reflektere, diskutere med kolleger og bruke egen erfaring vil derfor være essensiell.

Erfaring opparbeides gjennom tilstedeværelse på jobb. Men også den enkeltes jobbmotivasjon har stor betydning for hvordan hver enkelt tilegner seg sine jobberfaringer. Likevel kan vi si at det vil være en stor fordel for kvaliteten på tjenesten at medarbeidere jobber i store stillinger, hvor mulighetene for tilegnelse av erfaringskompetanse er betydelig bedre enn for de som arbeider i små stillinger.

### **7.3.2 Formell kompetanse**

*Formell kompetanse er det vi tar med på en CV. Dette kan være utdanning, yrkeserfaring, organisasjonserfaring og andre ting som har relevans for våre prestasjoner i arbeidslivet (Skorstad 2009: s. 21).*

Regjeringen har gjennom flere år bidratt med ressurser til kompetanseheving innenfor pleie og omsorg, blant annet gjennom ”kompetanseløftet” og ”opptrappingsplan for psykisk helse”. Dette er tiltak som skal stimulere kommunens egne ansatte til å ta formell utdanning, blant annet at assistenter tar fagbrev, at flere tar høgskoleutdanning og at flere tar videreutdanning innen ulike fagfelt. Kommunene har selv bidratt i betydelig grad med økonomiske virkemidler gjennom dekning av utgifter, stipend og lønnskompensasjon.

Dette har vesentlig for kvalitetsforbedringen innenfor tjenesten. I de fleste tilfeller vil kompetanseheving gi en bedre og mer riktig tjeneste. Det vil være med å øke effektiviteten ettersom man tenker seg at den enkelte medarbeider vil være bedre i stand til å treffe riktige beslutninger i forhold som angår pasienten. Hvem som får anledning til å ta utdanning baserer seg for det meste på private initiativ, men i en del tilfeller er det et ønske fra arbeidsgiver.

Hvis man arbeider i ei deltidsstilling vil man ikke i like stor grad få erfaringer knyttet til ny kunnskap. Erfaring er som vi tidligere har vært inne på, en vesentlig del av å kunne anvende ny teoretisk kunnskap innenfor vår sektor. På den andre siden ser vi av vår undersøkelse at

deltidsstillingen i liten grad er inne og jobber med oppgaver som dokumentasjon, kvalitetsarbeid og pleieplaner. Dette er viktig for å få anvende sin kunnskap og bidra med kunnskapsoverføring til andre medarbeidere. Den nye teoretiske kunnskapen hos den enkelte vil selvfølgelig bli bruk i direkte kontakt med pasienten, men betydningen for avdelingens kompetanseutvikling på bakgrunn av dette vil bli liten. I tillegg vil de som går i reduserte stillinger ikke ha anledning til å bidra i samme grad til utviklingen av sin avdeling, ettersom de er mindre tilgjengelig på jobb. En annen fare ved dette er at den formelle kompetansen ikke vedlikeholdes i like stor grad når man går i redusert stilling. Derfor utnyttes den formelle kompetansen best i store stillingsbrøker.

### **7.3.3 Internundervisning og kurs**

Kurs og internundervisning foregår gjennom hele året i avdelingene. For mange deltidsansatte vil mye av dette foregå på deres fritid, noe som medfører at de må tilbake på jobben hvis de skal klare å få med seg det som foregår. En del medarbeidere vil på grunn av dette få problemer med å delta, eller de prioriterer fritiden i stedet.

Utfordringen for arbeidsgiver vil være at de har ei personalgruppe hvor kanskje bare 2/3 har gjennomført kurs og deltatt på internundervisning, noe som igjen medfører problemer i forhold til resultatet av kompetansehevingen for gruppen.

En kjent problemstilling hos medarbeidere med små stillinger, er at de står i fare for å ha mindre fokus på arbeid og mer fokus på fritid og hjemmeforhold, og at motivasjonen for å engasjere seg blir mindre. Dette er naturlig ettersom det vil være svært vanskelig for denne gruppen å delta på lik linje med de store stillingene. Fellesskapsfølelsen og ansvarsfølelsen vil påvirkes av hvor mye du er på jobb og hvor viktig jobben er for deg, og dette vil da påvirke interessen for å delta på internundervisning og kurs.

### **7.3.4 Utviklingsarbeid**

*Organisasjonsutvikling er inkrementell forbedring av det bestående. Innen rammen av eksisterende forståelse handler det om å forbedre delelementer som klagebehandlingssystemet, kvaliteten i internkommunikasjonen og måten gruppen fungerer på (Hennestad og Revang, 2012: s. 94)*



Hennestad og Revang (2012) omtaler også begrepene første ordens og andre ordens endring. Der første ordens endring handler om endringer som skjer innenfor rammen av et sett grunnleggende premisser, mens det for annen ordnings endring er rammene som blir endret. Den er mer grunnleggende overskridende og altomfattende for omfanget av endringen.

Med utgangspunkt i nye og mer avanserte oppgaver innenfor pleie og omsorg, må avdelingene ha en plan for utviklingsarbeidet, sånn at vi kan drive en god kvalitativ tjeneste. Dette kan skje gjennom kvalitetsarbeidet, men også gjennom utarbeidelse av virksomhetsplaner og kompetanseplaner.

Når vi omtaler utviklingsarbeid handler dette om første ordens endring. Det er snakk om endring av rutiner, det er snakk om å tilegne seg ny praksis, det er snakk om forbedringer og tiltak som er med å heve kvaliteten.

Sitat fra avdelingsleder: *”Har to ganger hatt hele planleggingsdager i løpet av 13 år. Det er et mareritt å få til. Da er alle som arbeider i avdelingen med på plandagen, og jeg må leie inn andre på avdelingen. Har fungert dårlig. Så jeg har heller hatt halve dager, men har nå hatt 2 halve dager der jeg har delt avdelingen i to. Da klarte jeg å få informert godt, samtidig som driften av avdelingen ble ivarettatt”.*

Plandager er viktig for at man skal få samme informasjon samtidig og for at man skal kunne delta i diskusjon om løsninger på egen arbeidsplass. Det er også viktig med tanke på kompetanseheving og å utvikle felles holdninger til ulike problemstillinger. I tillegg blir ofte fokusområder for tiden framover diskutert og ansvaret fordelt (for eksempel virksomhetsplan). Å ha medarbeidere i turnus skaper i seg selv en stor utfordring, men det blir et enda større problem å få alle medarbeiderne samlet når man har mange deltidsstillinger.

Sitat fra en avdelingsleder: *”Skal vi ha arbeidsgrupper forutsetter det at det er noen med stor stilling tilstede i gruppen. For da har de mulighet til å møtes og gjennomføre arbeidet. Men det er også viktig at småstillingene er med, de er dyktige medarbeidere og vi trenger dem i arbeide. Vi trenger dem for å få det til ”å gå rundt” ”.*

Mange store stillinger gir bedre læringsmiljø. Medarbeider er oftere på jobb og får med seg oppdateringer og ny informasjon. Samtidig utvikles kompetansen hos hver enkelt ved at man har høy tilstedeværelse på jobb, noe som gir større mulighet for utvikling.

Ved mange deltidstillinger vil denne utviklingen ta lengre tid og det derfor fare for at kvaliteten på tjenestene ikke blir god nok. De vil ha mer enn nok med å klare den daglige driften, og nye oppgaver og rutiner tar lengre tid å integrere hos alle.

#### **7.4 Arbeidstidsordning**

I pleie og omsorgssektoren har mye av deltiden sin årsak i turnustekniske utfordringer. Turnusen krever at det er flest på jobb på dagtid, noen færre på ettermiddag, natt og helg. I tillegg jobbes det innen pleie og omsorgssektoren i Vefsn kommune hver 3.helg + 2 ekstra helger hvert år. Utfordringene med bare 100 % stillinger i turnus vil da være å få dekket helgene med tilstrekkelig antall medarbeidere. Konsekvensen vil da bli å gå til ansettelse av flere 20 – 30 % stillinger.

Ettersom 80 % av de ansatte i deltidstillinger ikke ønsker å gå i større stillinger, vil man hele tiden ha ledige små stillingsbrøker som man forsøker å samle opp til en noe større stilling. Man kan si at deltid avler mer deltid. Så fort noen får gå i redusert stilling, for eksempel 80 %, må noen andre ta den resterende andelen av stillingen, og flere deltidstillinger oppstår.

I dag har vi en deltidskultur som gjør at de fleste som ønsker å få redusert sin stilling blir imøtekommet av arbeidsgiver. På den andre siden har vi flere medarbeidere som ønsker seg større stillinger. Turnus og arbeid hver tredje helg er ofte årsaken til mye av denne problematikken. Matematisk lar det seg ikke gjennomføre å bare ha hele stillinger uten at dette vil gi økt helgebelastning for den enkelte medarbeider.

De som jobber 100 % stilling ser at kollegaer klarer seg fint med å jobbe 75 % stilling og dette kan være med å påvirke og forsterke valg av deltidsløsninger. I tillegg kan de som jobber 100 % å oppleve det som en belastning at det er mange kollegaer som jobber mindre og ikke er med å ”dra lasset” i avdelingen.

Muligheten til å jobbe i en deltidstilling vil for mange medarbeidere være verdifull. Ansvar for oppgaver i forbindelse med familie og fritid gjør at mange velger seg en deltidstilling som gjør det mulig å kombinere både arbeidsliv, familie og fritid, og unngå hverdagsstresset. Det er viktig at vi har en arbeidsgiverpolitikk som gjør at de ansattes ønsker og behov blir godt ivaretatt. Dette er viktig for å rekruttere og beholde medarbeidere. Men arbeidsgiver har kanskje strekt seg for langt for å imøtekomme ansattes krav om å få arbeide deltid da dette har negative konsekvenser for kvaliteten på tjenesten.

En konsekvens av mange deltidstillinger er at det blir vanskelig å finne ”møteplasser” hvor alle ansatte er samlet. Når personalet i tillegg går turnus øker utfordringen.

Sitat fra avdelingsleder: *”Turnus er vanskelig, det blir vanskelig å få informasjon ut til alle. Det er jo bare jeg som arbeider dagtid, de andre er jo i turnus. Så selv om de har stor stilling er de på arbeid til ulike tider”.*

En annen avdelingsleder sier: *”Informasjon må planlegges for å få det til å nå ut til alle. Så er det kostnadene med å få alle samlet”.*

Dette medfører en stor utfordring for både arbeidsgiver og arbeidstaker. Arbeidsgiver må bruke mye tid på å dele informasjon, finne ulike måter å gjøre dette på og forsikre seg om at informasjonen er mottatt. I tillegg vil de som går deltid bruke like mye av sin arbeidstid til å tilegne seg informasjon. Vi ser at i mange tilfeller er det ikke mulig for medarbeidere i de minste stillingene å få med seg alt. De må bruke mye av sin arbeidstid til å jobbe helg og er derfor lite tilstede på dagtid når lederen er på jobb. Denne problemstillingen ville vært lettere å håndtere hvis alle medarbeiderne gikk i store stillingsbrøker.

## **7.5 Organisering og økonomi**

Ledelsens muligheter til å påvirke resultatet er ikke bare avhengig av hvilken organisasjon lederen leder, men også av de spesifikke betingelsene ledelsen har for å handle.

Vi innfører begrepet handlingsrom for å betegne disse betingelsene. Handlingsrommet bestemmes av de fullmakter lederne formelt har, det uformelle mandatet han eller hun har opparbeidet seg, og omfanget av indifferensområde, dvs. det feltet eller de sakene der ingen

andre påstår at de har myndighet. Et forenklet mål på handlingsrom er andel av tiden som kan brukes til oppgaver etter eget valg. Tiden som en leder har til disposisjon for oppgaver som han eller hun selv velger (Strand 2010: s. 122)

Sitat fra avdelingsleder: *”Kontinuitet er en viktig del for å sikre kvalitet, men også interessen for arbeidet er viktig. De mister noe av interessen når de arbeider deltid, de klarer ikke å følge opp. Det gjør at store stillinger må ta over flere oppgaver og det er utfordrende å organisere”.*

Organisering av arbeidet med mange deltidsstillinger påvirker arbeidsgivers arbeidsdag. Det medfører merarbeid i form av mer tidsbruk til informasjon, mer tid til å administrere personell i forhold til samtaler, turnuser, sykefraværsoppfølging m.m. I tillegg vil man bruke mer tid på rekruttering og ansettelsessaker når man har mange små stillinger, i stedet for flere store stillinger. Vi kan si at handlingsrommet til en leder i pleie og omsorg er begrenset på grunn av disse forhold.

Arbeidsgiver har også færre personer å spille på i forhold til oppgavefordelingen i avdelingen. Medarbeidere i stor stillinger vil få mange oppgaver og kan over tid bli slitne av å ha mer ansvar enn sine kollegaer.

Konsekvensen for leder vil være at man får mindre tid til å drive fagutvikling og ha fokus på forbedring av tjenestekvaliteten. For at kontinuiteten skal bli så bra som mulig, må leder ofte ta mer ansvar for oppgaver som kunne vært ivaretatt av andre medarbeidere. På grunn av dette vil belastningen på lederne også bli større.

De økonomiske konsekvensene av en deltidskultur er ikke ubetydelige. Når alle medarbeidere skal på kurs vil det være mindre kostnadskrevende å sende 10 medarbeidere med 100 % stilling på kurs, enn 20 medarbeidere med 50 % stillinger. Et kjapt regnestykke viser at hvis kurset koster kr 2000,- pr person, vil man bruke kr 20.000,- på 100 % stillingene, og kr 40.000,- på 50 % stillingene. Hvis man i tillegg får en redusert resultatoppnåelse av kompetanseheving på grunn av deltid, vil dette også være en omkostning.

Konsekvensen for de som går i små stillinger kan også være at de får et dårligere tilbud på oppdatering og fagutvikling. Dette vil da medføre en fare for at deres egen fagkompetanse ikke har samme utviklingsmuligheter som de som innehar store stillinger.

Som vi har vært inne på, er kostnadene til administrering av flere ansatte betydelig. Dette er ressurser som kunne vært bruk på andre oppgaver.

Organisering av avdelingene har i mange år hatt et sterkt arbeidstakerfokus. Dette gjelder ivaretagelse av arbeidstakers rettigheter i forhold til arbeidstid. Særlig har deltidskulturen innenfor pleie og omsorg vært dominerende. Arbeidstakers rettigheter, økonomiske rammer for arbeidsgiver og institusjonskulturen har satt sitt preg på hvordan vi fordeler oppgaver og ansvar. Tjenesten har stadig tilbakevendende diskusjoner om hvordan de på best mulig måte kan klare å ivareta mange og ofte motstridende interesser innenfor disse områdene.

I de senere år har brukerperspektivet fått et større fokus, der pasientens behov får den største betydningen i forhold til hvordan vi utformer tjenestene. Dette gir rom for mange utfordringer og dilemmaer innenfor pleie og omsorg, og for å løse dette er vi derfor avhengig av kompetanse og kontinuitet.

## **7.6 Konsekvenser for samfunn**

Vi har nå pekt på mange konsekvenser for pasienten, medarbeidere og for arbeidsgiver lokalt. Men for samfunnet som helhet vil denne problematikken også ha betydning.

For samfunnet er det store kostnader forbundet med å utdanne fagfolk. Hvis fagfolkene i tillegg blir nødt til, eller selv velger, å gå deltid, vil man måtte utdanne flere for å klare å fylle behovet og kostnadene øker. For eksempel kan man si at man må utdanne to helsefagarbeidere eller to sykepleiere som går i 50 % stilling for å dekke en 100 % stilling.

Hvordan vi som arbeidsgivere klarer å utnytte kompetansehevingen er viktig. I mange tilfeller dyktiggjør medarbeiderne seg gjennom formell kompetanse, mens arbeidsgiverne ikke klarer å følge opp med å tilby større stillinger. Dette vil medføre at kostnadene for både samfunn og arbeidsgiver øker, ved at man må utdanne flere personer for å få dekket alle vaktene med fagfolk.

Den demografiske utviklingen viser oss at det er mange bekymringer med den stigende andelen eldre, sett i forhold til den yrkesaktive andelen av befolkningen. Vi blir færre personer som skal løse flere oppgaver i framtiden. I tillegg er det en synkende andel av de unge som velger yrke innenfor pleie og omsorg. Med det behovet vi har for medarbeidere innen sektoren, vil en stor utfordring for arbeidsgiver være å stimulere til økt deltagelse i arbeidslivet. Norge har en stor arbeidskraftreserve innenfor dagens system med mange deltidsansatte.

Deltid vil også gi negative konsekvenser direkte for medarbeiderne ved at de ikke opparbeider seg pensjonspoeng på samme måte som heltidsstillingene, noe som vil gi lavere pensjonsutbetaling. De vil kunne få problemer med for eksempel lån til bolig med bare 75 % stilling og er dermed ikke økonomisk uavhengige. Ettersom det er en betydelig andel av kvinner som jobber deltid, vil dette være viktige forhold i et likestillingsperspektiv.

Vi har mange faktorer som er med å stimulere til mindre heltidsarbeid. Dagens ansiennitetssystem skiller ikke på om du har 5 år i 100 % stilling eller om du har 5 år i 50 % stilling. I dette systemet vil lønnen øke uavhengig av om du er mye eller lite på jobben. Det er kun antall år fra man ble ansatt som gir uttelling. Altså, man får lik uttelling lønnsmessig for å ha opparbeidet seg erfaring og kompetanse, enten man har jobbet stor eller liten stilling. I tillegg er deltidskulturen, som vi tidligere har nevnt, en del av dette. De økonomiske rammene som tildeles sektoren og dagens arbeidstidsordning er også med å sette begrensinger. Men også dagens velferdsordninger, generell økonomisk velstand og våre forventinger til livet for øvrig.

Disse forholdene bidrar ikke til å stimulere medarbeidere til å ta et valg om å jobbe heltid.

## 8.0 AVSLUTNING

I denne oppgaven har vi satt søkelyset på om andelen av heltid kontra deltid har betydning for tjenestekvaliteten i pleie og omsorgssektoren. Vi har gjennomført en kartlegging av arbeidsoppgavene som utføres i tre langtidsavdelinger ved sykehjem i Vefsn kommune. Kartleggingen er gjennomført med følgende metode. Vi har valgt ut et sett med arbeidsoppgaver som vi vet blir utført daglig. Sykepleiere og helsefagarbeidere i ulike stillingsstørrelser har bidratt med å registrere hva de har utført i løpet av et antall arbeidsdager. Totalt er mer en 1400 arbeidstimer kartlagt. I tillegg har vi innhentet informasjon gjennom intervju med avdelingslederne for de representative avdelingene.

I kvalitetsbegrepet ligger en forventning om at vi skal ha felles forståelse, verdier og et sett av egenskaper som gjør at tjenesten blir god. Med en stor andel av arbeidstakerne i deltidsstillinger, vil de verdier og egenskaper vi legger til grunn for vår daglige drift bli satt på prøve.

Vår undersøkelse viser at medarbeidere som har stor stillingsstørrelser ivaretar flere oppgaver og tar større ansvar i avdelingen. Med flere heltidsstillinger vil flere bli involvert og oppgavene og belastningene bli fordelt på medarbeiderne på en mer rettferdig måte.

Når det gjelder kontinuitet har vi vært innom den positive betydningen medarbeidere i store stillinger har for pasienter og kollegaer. De er oppdaterte, kjenner arbeidsplassen godt og er en ressurs for avdelingen. Mange brukerundersøkelser bekrefter at pasientene foretrekker personale som de kjenner og har tillit til. De føler seg bedre ivaretatt og er tryggere i den situasjonene de befinner seg i. Altså kan man si at pasientens opplevelse av kvalitet vil ha sammenheng med kontinuitet og dermed bør flere jobbe heltid.

Kompetanse er viktig og vi har drøftet hvordan medarbeidere i store stillinger har bedre utviklingsmuligheter både innenfor erfaringskompetanse og i bruk av sin formelle kompetanse. Det er enklere å få medarbeiderne med på internundervisning og i utviklingsarbeid i avdelingen når de går i store stillingsbrøker. Det er rimelig å anta at jobbmotivasjonen øker med stillingsstørrelse og at tilstedeværelse skaper større engasjement og tilhørighet til arbeidsplassen.

Heltid skaper mindre arbeidsbelastning i forhold til arbeidsgivers oppgaver med organisering og administrasjon. Det har også en gevinst i form av bedre effektivitet og fornuftig tidsbruk på personalarbeid. Men mange deltidsarbeidere kan også være en fordel for arbeidsgiver og pasienter gjennom at de representerer en kvalifisert arbeidskraft som benyttes i ledige vakter. Alternativet kan være å ta i bruk ufaglært arbeidskraft.

Hvor går da grensen for en akseptabel stillingsstørrelse? Både avdelingsledere og ansatte har uttrykt at et sted rundt 75 % stilling er en grense for å unngå de fleste negative konsekvenser av deltid. Hvis vi tenker oss at ingen skal jobbe mindre enn 80 % stilling vil vi ha en situasjon hvor arbeidsoppgavene vil bli rettferdig fordelt mellom de ansatte. Det vil være letter å gå på jobben ettersom man jobber sammen med kollegaer som er oppdaterte og har god kjenneskap til hvordan ting fungerer i avdelingen. Jobben vil kunne utføres mer effektivt og det vil være større rom for å drive kvalitetsforbedring.

Vi bør også kunne diskutere hvor mange deltidsstillinger det skal være innenfor hver enkelt avdeling. Hvis det er for mange deltidsstillinger vil avdelingen ha store utfordringer med å imøtekomme kravet til kvalitet i tjenestene. Man kan tenke seg at en grense går ved at 80 % av medarbeiderne skal ha 80 % stilling eller mer. Disse diskusjonene mener vi det er viktig å ta i samarbeid med ansatte, ledere og fagforeninger. Tiden er kommet for et "taktskifte" innenfor den kommunale sektor for å skape flere hele stillinger.

Den demografiske utviklingen i Norge tilsier at vi vil ha behov for mer arbeidskraft innenfor pleie og omsorgssektoren. Det ligger en betydelig og verdifull arbeidskraftsreserve innenfor dagens system med mange deltidsarbeidere. Når medarbeidere går i store stillinger får vi utnyttet bedre den ressursen som vi allerede har. Samfunnet har behov for denne arbeidskraften og dermed vil heltid gi positive ringvirkninger også innenfor dette området.

I tillegg er det en synkende andel av de unge som velger yrker innenfor pleie og omsorg. Med det behovet vi har for medarbeidere i sektoren, vil en stor utfordring for arbeidsgiver være å kunne tilby heltidsstillinger som et ledd i rekrutteringsarbeidet og omdømmebyggingen.

Selv om vi opplever at vi jobber med løsninger som setter pasientens behov i fokus hver eneste dag, er det kanskje på tide at vi ser på vår egen arbeidstid som en mer betydningsfull faktor innenfor kvalitetsarbeidet. Vi må søke løsninger som gjør oss bedre i stand til å



bekjempe dagens deltidskultur på bakgrunn av krav om kvalitet. Arbeidsgiverne må kunne sette mål som snur denne utviklingen. Tidligere mål om å unngå ufrivillig deltid for ansatte, bør endres til at arbeidsgiver bør tilstrebe en heltidskultur. Dette vil være en stor fordel for tjenestekvaliteten og en mer forutsigbar måte å møte framtidens utfordringer på.

Vi har stilt spørsmålet om andelen av deltid og heltid har noe å si for kvaliteten på tjenestene. Vi mener at vi kan konkludere med, ut fra vår datainnsamling, at andelen av deltidsstillinger har betydning for kvaliteten. Mange deltidsstillinger skaper utfordringer for de ansatte, for arbeidsgiver, ikke minst for pasientene. Fokuset må være rettet mot pasientenes behov, og hvordan vi kan innrette tjenestene på en bedre måte for brukerne. Pleie og omsorgssektoren må etterstrebe og være en bransje med mange attraktive heltidsstillinger. Sektoren må også finne løsninger som bedrer forutsetningene for å produsere og levere tjenester med høy kvalitet.

## LITTERATURLISTE

- Bjørndal, Arild og Hofoss, Dag (2004). *Statstikk for helse- og sosialfagene*  
Gyldendal Norsk Forlag AS
- Brøgger, Benedicte (2007). *Å tjene på samarbeid*  
Gyldendal Norsk Forlag AS
- Brønn, Peggy Simic og Ihlen, Øyvind (2009). *Åpen eller innadvent*  
Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hennestad, Bjørn W. og Revang, Øivind (2012). *Endringsledelse og ledelsesendring.*  
Universitetsforlaget
- Jacobsen, Dag Ingvar og Thorsvik, Jan (2009). *Hvordan organisasjoner fungerer.*  
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Kyrkjebø, Jane Mikkelsen (2000). *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten.*  
Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Kuvaas, Bård (2011). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser.*  
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Kvåle, Gro og Wæraas, Arild (2006). *Organisasjon og identitet.*  
Det Norske Samlaget
- Martinsen, Kari (1989). *Omsorg sykepleie og medisin.*  
TANO AS
- Skog, Ole – Jørgen (2010). *Å forklare sosial fenomener.*  
Gyldendal Norsk forlag AS
- Skorstad, Espen (2008). *Rett person på rett plass.*  
Gyldendal Norsk Forlag
- Strand, Torodd (2010). *Ledelse, organisasjon og kultur.*  
Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Widerberg, Karin (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt.*  
Universitetsforlaget
- Wæraas, Arild og Byrkjeflott, Haldor og Angell, Ivar (2011). *Substans og framtiden.*  
Universitetsforlaget AS

## Tidsskrifter

Borge, Møller, Nyhus og Vardeheim. (SØF – rapport nr. 02/12). *Bedre målinger av kvalitet i kommunene.*

[http://www.sof.ntnu.no/SOF-R\\_02\\_12.pdf](http://www.sof.ntnu.no/SOF-R_02_12.pdf)

Fürst og Høverstad 2004: *Kvalitetsindikatorer I KOSTRA-rapporteringen*

[http://www.regjeringen.no/upload/kilde/krd/red/2002/0090/ddd/pdfv/268766-kvalitetsindikatorer\\_i\\_kostr.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/krd/red/2002/0090/ddd/pdfv/268766-kvalitetsindikatorer_i_kostr.pdf)

Moland, Leif E. og Egge Marit. (Faf-rapport 337, 2000). *Kommunal sektor – bedre enn sitt rykte. Strategier for å rekruttere og beholde arbeidskraft.*

Centraltrykkeriet AS

Moland, Leif E. og Gautun, Heidi. (Faf-rapport 395, 2002). *Deltid: Bidrag eller hemske for fornyelse av pleie- og omsorgssektoren*

Centraltrykkeriet AS

Moland, Leif E. (Faf-rapport 2009:15). *Ønsket og uønsket deltid – konsekvenser for arbeidstakere, arbeidsgiver og tjenestetilbud.*

Allkopi AS

Nicolaisen, Heidi og Bråthen, Ketil. (Faf-rapport 2012:49). *Frivillig deltid – en privatsak?*

Allkopi AS

NOU 2000:19. *Bør en offentlig sektor eksponeres for konkurranse?*

<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20002000/019/PDFA/NOU200020000019000DDDDPDFA.pdf>

NOU 2012:6. *Arbeidsrettede tiltak*

<http://www.regjeringen.no/pages/36960547/PDFS/NOU201220120006000DDDDPDFS.pdf>

Stortingsmelding nr. 44. (2012-2013). *Likestilling kommer ikke av seg selv.*

<http://www.regjeringen.no/pages/38371282/PDFS/STM201220130044000DDDDPDFS.pdf>

Veileder IS-1162 2005. ....*Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten.*

[http://www.ogbedreskaldetbli.no/Om\\_kvalitetsstrategien/IS-1162\\_4390a.pdf](http://www.ogbedreskaldetbli.no/Om_kvalitetsstrategien/IS-1162_4390a.pdf)

**Vedlegg 1**

# **Arbeidshefte**

**Undersøkelse masteroppgave**

**til**

**Lill Inger Reinfjell og Karin Ingebrigtsen**

NAVN: \_\_\_\_\_



## **TIL DELTAGER I ARBEIDSKARTLEGGINGEN I FORBINDELSE MED MASTEROPPGAVE.**

Karin Ingebrigtsen og Lill Inger Reinfjell er nå i gang med å skrive sin avsluttende eksamen i forbindelse med masterstudie i personalledelse.

I denne forbindelsen vil vi gjennomføre en kartlegging som skal danne grunnlaget for oppgaven. Vi håper at du kan tenke deg å bidra med informasjon som vil bli brukt som datagrunnlaget for vårt arbeid.

Vi har til sammen trukket ut 30 medarbeidere som skal delta i kartleggingen. Å delta i kartleggingen vil kreve en del ekstra innsats fra deg, men vi håper likevel at du er villig til å bidra til at vi får et godt datagrunnlag til oppgaven vår.

Tema for oppgaven er:

**”Har andelen av heltid og deltid noe å si for kvaliteten på tjenestene i pleie og omsorgssektoren?”**

Hvorfor gjør vi denne undersøkelsen?

Pleie- og omsorgssektoren har en tradisjon for å ha mange medarbeider i deltidstillinger. Dette har hatt et betydelig fokus fra arbeidstakerorganisasjonene og det er arbeidet for å få redusert andelen deltid. Vefsn kommune har vært med i prosjektet ”uønsket deltid” og har gjennom dette arbeidet fått bukt med noe av deltidproblematikken.

Det er gjort mye forskning på dette området. Men det vi ønsker å se på i vår masteroppgave er om andelen deltid har betydning for kvaliteten i tjenesten. Fra undersøkelsene som er gjort i Vefsn kommune vet vi at det er en god del medarbeidere som har ønsket deltid.

Det er vanskelig å se for seg en pleie og omsorgssektor uten at det er en andel deltidsansatte. Vi er like mye ute etter å knuse mytene om deltidarbeidets ulemper for arbeidsgiver/tjenesten, som vi ønsker å avdekke om det er mer hensiktsmessige måter å organisere dette arbeidet på. Ved å registrere hva slags type arbeidsoppgaver den enkelte arbeidstaker bruker tid på, vil vi se om det er forskjeller knyttet opp mot stillingsstørrelse.

Vi må på det sterkeste få understreket at dette ikke på noen måte skal være en undersøkelse av den enkeltes innsats på arbeid. Det vil i så fall bryte med gjeldende lover og regler for arbeidslivet og de retningslinjer universitetets forskningsvirksomhet er underlagt.

Undersøkelsen vil være anonym, og vi har som studenter en plikt på å ivareta anonymiteten i hele oppgaveprosessen.

Utvelgelsen:

Vi har valgt ut 3 langtidsavdelinger, Nyrudskogen, Paviljongen og Parkalleen. Dette er avdelinger som er sammenlignbare i sin funksjon og tjenesteyting. Vi har deretter samlet alle stillingene på disse tre avdelingene og fordelt dem i 3 stillingskategorier og 2 stillingsbetegnelser. Det blir da seks grupper der det er trukket ut 5 personer i hver gruppe. I denne trekningen er du trukket ut. Og blir dermed forespurt om å delta i undersøkelsen.

Vi planlegger å gjennomføre undersøkelsen i perioden fra og med 26. august og til 23. september 2013. Det er 8 av dine vakter som skal inngå i dette arbeidet.

Avdelingsleder, kommunalsjef og rådmann er informert om at du er med i undersøkelsen. Og det er klarert med dem at du i denne perioden kan bruke din arbeidstid til å gjennomføre kartleggingen vår undersøkelse omhandler.

Avdelingsleder er også godt informert om hvordan skjema skal fylles ut og kan på denne måten være behjelpelig ved behov. I tillegg kan dere også kontakte oss.

Lill Inger: Tlf.: 415 28 615 eller 75 10 15 00

Karin: Tlf.: 990 37 725 eller 75 10 15 50

Vi vil på forhånd takke dere for det arbeidet dere legger ned i kartleggingen.

Med vennlig hilsen

Lill Inger Reinfjell

Karin Ingebrigtsen

# KATEGORIER OG FORKLARINGER

## Stillingsstørrelse er fordelt i kategorier:

- Kategori 1: 100 – 80 %
- Kategori 2: 79 – 60 %
- Kategori 3: 59 – 40 %

Stillingskategorien du har fylles ut øverst på samleskjema

## Stillingsbetegnelse:

- Sykepleier
- Hjelpepleier/ helsefagarbeider/ omsorgsarbeider

Stillingsbetegnelsen fylles ut øverst på samleskjema.

## Forklaringer til type oppgaver utført i avdelingen.

**PL** = direkte pasientpleie (hjelp til daglig hygiene, veiledning, munnstell, bad/dusj m.m.)

**MED** = medisinadministrasjon (utdeling og istandgjøring av medisin)

**MÅL** = tilrettelegging i forbindelse med måltider, servering, inkl matning

**DOK** = dokumentasjon i fagsystemet, ajourhold medisinliste m.m.

**P-PLAN**= lage nye, redigere eller ajourhold pleieplaner/behandlingsplaner. Kartlegging/testing.

**KV** = kvalitetsarbeid, for eksempel redigere rutiner, evaluere rutiner, gjennomgang av avvik.

**PÅR** = kontakt med pårørende ved direkte samtaler / tlf samtaler.

**LV** = legevisitt eller kontakt med sykehus, fastlege, fysioterapeuter, m.m.

**VEI** = veilede /oppdatere andre kollegaer.

**RAPP** = tid brukt til rapport. / annen gjennomgang av bruker/pasient informasjon.

**AKT** = pasientrettede aktiviteter, trivselstiltak for pasientene og lignende.

**RYD** = Rydding av pasientrom, i avdelingen, på vaktrom, skyllerom m.m.

**ADM** = innleie, fordeling arbeidsplan, planlegge arbeidsplan.

**ANNET** = Andre oppgaver som ikke de andre kategorier fyller.

## Hjelpeskjema registrering av arbeidsoppgaver og tidsbruk.

VAKT NR.: \_\_\_\_\_ DATO \_\_\_\_\_ Vakt begynner kl: \_\_\_\_\_ vakt slutter : \_\_\_\_\_

Tidspunkt	Type oppg.	Tidsbruk (timer/ min	Kommentar
07.30			
08.00			
08.30			
09.00			
09.30			
10.00			
10.30			
11.00			
11.30			
12.00			
12.30			
13.00			
13.30			
14.00			
14.30			
15.00			
Sum overføres samleskjema			



<b>Tidspunkt</b>	<b>Type oppg.</b>	<b>Tidsbruk (timer/ min</b>	<b>Kommentar</b>
14.30			
15.00			
15.30			
16.00			
16.30			
17.00			
17.30			
18.00			
18.30			
19.00			
19.30			
20.00			
20.30			
21.00			
21.30			
22.00			
Sum overføres samleskjema			

UTFYLLENDE KOMMENTAR VAKT NR.: \_\_\_\_\_

(I arbeidsheftene som ble utdelt til respondentene var det kopiert opp 8 eksemplarer av hjelpeskjemaet).

# Samleskjema for kartlegging av oppgaver

Stillingsbetegnelse: \_\_\_\_\_ Stillingsstørrelse: \_\_\_\_\_

Avdelingens navn: \_\_\_\_\_

DATO/ type vakt (D el. A)	PL	MED	MÅL	DOK	P- PLAN	KV	PÅR	LV	VEI	RAPP	AKT	RYD	ADM	ANNET
Vakt 1														
Vakt 2														
Vakt 3														
Vakt 4														
Vakt 5														
Vakt 6														
Vakt 7														
Vakt 8														
Vakt 9														
Vakt 10														
Vakt 11														
Vakt 12														
Vakt 13														
<b>SUM</b>														

**PRIMÆROPPGAVER**  
**ANDRE OPPGAVER**

**SPESIELLE OPPGAVER I AVDELINGEN SOM DU ER ANSVARLIG FOR** (kan være primærkontakt, superbruker, aktivitetsansvarlig, medlem HMS-gruppe, prosjektgruppe, arbeidsgrupper osv).:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

**HAR DU DELTATT PÅ KURS/INTERNUNDERVISNING SISTE HALVE ÅRET? EVENTUELT HVILKE:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

## Vedlegg 2

<b>Resultat av arbeidsoppgavekartleggingen</b>						
	Nr.1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	SUM
PL – direkte pasientpleie						
MED – medisin-administrasjon						
MÅL – tilrettelegging måltider, servering						
DOK – dokumentasjon						
P-plan, pleieplaner, testverktøy, kartlegging						
KV – kvalitetsarbeid						
PÅR – oppfølging av pårørende						
LV – legevisitt, kontakt med sykehus, fastlege						
VEI – veilede og oppdatere andre kollegaer						
RAPP – rapport						
AKT – pasientrettet aktivitet, trivselstiltak						
RYD – rydding av avd. vaktrom, pasientrom og lignende						
ADM . administrasjon, innleie, planlegge arbeidsplan						
Annet						

<b>Kategori 1 – sykepleier 100 – 80 % stilling</b>						
	Nr.1 7 vakter	Nr. 2 8 vakter	Nr. 3 8 vakter	Nr. 4 7 vakter	Nr. 5	SUM
PL – direkte pasientpleie	7,50	12,75	32,00	12,00		
MED – medisin-administrasjon	8,50	14,75	7,75	7,75		
MÅL – tilrettelegging måltider, servering	5,00	7,50	3,75	0		
DOK – dokumentasjon	3,75	3,00	3,75	6,75		
P-plan, pleieplaner, testverktøy, kartlegging	1,00	0	1,25	0		

KV – kvalitetsarbeid	1,50	0	0	0		
PÅR – oppfølging av pårørende	0	2,25	1,25	1,00		
LV – legevistitt, kontakt med sykehus, fastlege	4,50	1,25	0	0		
VEI – veilede og oppdatere andre kollegaer	3,00	2,00	0	17,25		
RAPP – rapport	3,50	5,25	4,75	3,50		
AKT – pasientrettet aktivitet, trivselstiltak	0,50	0	0	0		
RYD – rydding av avd. vaktrom, pasientrom og lignende	0	2,50	0	3,50		
ADM . administrasjon, innleie, planlegge arbeidsplan	1,50	0	2,25	6,00		
Annet	2,50 Møte 5,0 eval.stud. 2,00	3,25	0	1,50		

#### Kommentarer:

- 1.1 har 4 sykepleiestudenter i 10 uker
- 1.2 har sykepleiestudenter

#### Spesielle oppgaver i avdelingen som du er ansvarlig for:

- 1.1 HMS – gruppe  
Primærkontakt for 4 beboere
- 1.2 Primærkontakt for 4 pasienter
- 1.3 Primærsykepleie for 5 pasienter
- 1.4 Primærkontakt for 5 pasienter  
Superbruker Cos Doc  
Fagansvarlig i avdelingen  
Verneombud  
Medlem av HMS-gruppe  
Skriver samarbeidsturnus

#### Deltatt på kurs, internundervisning siste halve år:

- 1.1 Internundervisning i dokumentasjon  
Kurs i legemiddelhåndtering
- 1.2 Kurs i legemiddelhåndtering
- 1.3
- 1.4 Kurs terapeutisk berøring  
Kurs i legemiddelhåndtering  
Turnuskurs  
Kurs i turnusprogram  
Kurs i ernæring

<b>Kategori 2 Hjelpepleier/ helsefagarbeider 100 – 80 % stilling</b>						
	Nr.1 7 vakter	Nr. 2 8 vakter	Nr. 3 8 vakter	Nr. 4 8 vakter	Nr. 5	SUM
PL – direkte pasientpleie	16,25	17,00	23,00	25,00		
MED – medisin- administrasjon	2,50	5,50	0	5,00		
MÅL – tilrettelegging måltider, servering	15,25	10,25	14,50	12,50		
DOK – dokumentasjon	0	0,25	0,50	1,50		
P-plan, pleieplaner, testverktøy, kartlegging	0	0	0	0		
KV – kvalitetsarbeid	0	0	0	0		
PÅR – oppfølging av påørende	0	0	0	0		
LV – legevistitt, kontakt med sykehus, fastlege	0	0	0	0		
VEI – veilede og oppdatere andre kollegaer	0	0	0,25	0,50		
RAPP – rapport	6,50	6,25	4,00	4,00		
AKT – pasientrettet aktivitet, trivselstiltak	5,00	0	2,25	1,00		
RYD – rydding av avd. vaktrom, pasientrom og lignende	5,00	6,25	3,45	1,50		
ADM. administrasjon, innleie, planlegge arbeidsplan	0	0	0	2,25		
Annet			3,00	0		

Kommentarer:

- 2.3 Kunne tenke meg noe bedre orientering om hva dere ville ha fram i notatheftet.  
I en travel hverdag er det vanskelig å noter alle gjøremål, derfor er det noen hull i utfyllingen. Det kan være en liten pause, pasient som trenger hjelp til toalettbesøk.

Spesielle oppgaver i avdelingen som du er ansvarlig for:

2.1

- 2.2 Primærkontakt  
Skriver for samarbeidsturnus

2.3

- 2.4 Primærkontakt  
Medlem av prosjektgruppe – ”lysglimt i hverdagen”  
Ansvarlig for oppfølging av lærling  
Har oppgaver knyttet til innleie, timelister og turnus

Deltatt på kurs, internundervisning siste halve år:

2.1

- 2.2 Demenskurs  
Kurs i ernæring

2.3

- 2.4 Kurs i ernæring  
Kurs i turnusprogram

<b>Kategori 3: Sykepleier 79 – 60 % stilling</b>						
	Nr.1 8 vakter	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	SUM
PL – direkte pasientpleie	15,00					
MED – medisin- administrasjon	10,75					
MÅL – tilrettelegging måltider, servering	12,50					
DOK – dokumentasjon	1,75					
P-plan, pleieplaner, testverktøy, kartlegging	0,50					
KV – kvalitetsarbeid	0					
PÅR – oppfølging av påørende	0,25					
LV – legevisitt, kontakt med sykehus, fastlege	1,50					
VEI – veilede og oppdatere andre kollegaer	0,25					
RAPP – rapport	7,00					
AKT – pasientrettet aktivitet, trivselstiltak	3,75					
RYD – rydding av avd. vaktrom, pasientrom og lignende	5,25					
ADM . administrasjon, innleie, planlegge arbeidsplan	0					
Annet	1,25					

Spesielle oppgaver i avdelingen som du er ansvarlig for:

3.1 Smittevernansvarlig

Deltatt på kurs, internundervisning siste halve år:



<b>Kategori 4: Hjelpepleier 79 – 60 % stilling</b>						
	Nr.1 8 vakter	Nr. 2 8. vakter	Nr. 3 8 vakter	Nr. 4 7 vakter	Nr. 5	SUM
PL – direkte pasientpleie	14,50	13,00	15,25	18,00		
MED – medisin- administrasjon	8,00	10,00	3,25	1,00		
MÅL – tilrettelegging måltider, servering	10,00	10,25	16,00	11,00		
DOK – dokumentasjon	0	2,00	2,00	0,25		
P-plan, pleieplaner, testverktøy, kartlegging	0	0	0	0		
KV – kvalitetsarbeid	0	0	0	0		
PÅR – oppfølging av pårørende	1,00	0,25	0,50	0,25		
LV – legevistitt, kontakt med sykehus, fastlege	1,50	0	0	0		
VEI – veilede og oppdatere andre kollegaer	0	0	0,50	0		
RAPP – rapport	12,00	5,00	4,50	3,50		
AKT – pasientrettet aktivitet, trivselstiltak	3,50	9,25	1,75	1,00		
RYD – rydding av avd. vaktrom, pasientrom og lignende	1,00	1,00	8,50	9,00		
ADM . administrasjon, innleie, planlegge arbeidsplan	0	4,75	0,25	0,75		
Annet	4,00	3,25		0		

Spesielle oppgaver i avdelingen som du er ansvarlig for:

- 4.1 Ansvarlig for innkjøp av medisinske forbruksvarer
- 4.2 Primærkontakt for 2 pasienter
- 4.3 Primærkontakt 3 pasienter
  - Ansvar for å oppdatere primærkontaktliste
  - Ansvar for baking på avdelingen
  - Er med i pyntegruppe for avdelingen
  - Ansvar for pasientjulebord
  - Ansvar for film og bibliotek

Deltatt på kurs, internundervisning siste halve år:

<b>Kategori 5: Sykepleier 59 – 40 % stilling</b>						
	Nr.1 8 vakter	Nr. 2 8 vakter	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	SUM
PL – direkte pasientpleie	17,50	20,00				37,50
MED – medisin- administrasjon	6,50	7,25				13,75
MÅL – tilrettelegging måltider, servering	5,75	9,25				15,00
DOK – dokumentasjon	4,75	2,75				7,50
P-plan, pleieplaner, testverktøy, kartlegging	3,00	0				3,00
KV – kvalitetsarbeid	0,50	0,25				0,75
PÅR – oppfølging av pårørende	0,75	0,25				1,00
LV – legevisitt, kontakt med sykehus, fastlege	0	0				0
VEI – veilede og oppdatere andre kollegaer	0,25	2,50				2,75
RAPP – rapport	9,00	6,25				15,25
AKT – pasientrettet aktivitet, trivselstiltak	6,25	2,00				8,25
RYD – rydding av avd. vaktrom, pasientrom og lignende	2,00	2,50				4,50
ADM . administrasjon, innleie, planlegge arbeidsplan	0	1,00				1,00
Annet		3,25				3,25

Spesielle oppgaver i avdelingen som du er ansvarlig for:

5.1 Primærkontakt for en pasient

Deltatt på kurs, internundervisning siste halve år:

5.1 Fagdag for sykepleiere

Kurs i Cos Doc - fagsystem

<b>Kategori 6: Hjelpepleier 59 – 40 % stilling</b>						
	Nr.1 8 vakter	Nr. 2 8 vakter	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	SUM
PL – direkte pasientpleie	5,50	19,75				
MED – medisin- administrasjon	4,50	3,00				
MÅL – tilrettelegging måltider, servering	11,50	9,25				
DOK – dokumentasjon	0	0,75				
P-plan, pleieplaner, testverktøy, kartlegging	0	0				
KV – kvalitetsarbeid	0	0				
PÅR – oppfølging av påørende	0	0				
LV – legevisitt, kontakt med sykehus, fastlege	0	0				
VEI – veilede og oppdatere andre kollegaer	0	1,25				
RAPP – rapport	5,50	4,25				
AKT – pasientrettet aktivitet, trivselstiltak	9,50	4,50				
RYD – rydding av avd. vaktrom, pasientrom og lignende	5,50	3,50				
ADM . administrasjon, innleie, planlegge arbeidsplan	0	1,75				
Annet	0	0,50				

Spesielle oppgaver i avdelingen som du er ansvarlig for:

- 6.1 Primærkontakt
- 6.2 Primærkontakt  
Ernæringskontakt  
Ansvar for såing og stell av blomster sammen med pasienter

Deltatt på kurs, internundervisning siste halve år:

- 6.1
- 6.2 Kurs i ernæring  
Kurs smittevern