

IPLOS, elektronisk saksbehandling og vedtak

Hvilken nytte har saksbehandlere av Individbasert Pleie- og Omsorgsstatistikk (IPLOS) og elektronisk saksbehandling. Hvilke muligheter ligger i IPLOS og elektronisk saksbehandling til å imøtekomme Samhandlingsreformen?

Karin Bjørkkjær Torheim

Veileder

Jan Gunnar Dale

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2013

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Forord

Denne masteravhandlingen er resultat av tre års masterstudie i Helse- og Sosialinformatikk. Veien frem til denne avhandlingen har vært til tider tung og ensom, men mest spennende og lærerik. Det har vært en spennende prosess å undersøke hvorvidt det er mulig å bidra til å bedre rutiner rundt saksbehandling og vedtak.

Min bakgrunn er sykepleier i kommunal omsorgstjeneste, der jeg daglig kjenner problemet med lite samsvar mellom timer i vedtak brukerne har, og det reelle pleiebehovet. Jeg har en spesiell interesse for IPLOS og Samhandlingsreformen, og jobben med å sette ord på sammenhengen og mulighetene som ligger i disse har vært en glede.

Jeg vil takke min veileder, Jan Gunnar Dale for god veiledning. Samtidig går en stor takk til Arild Sæle i Acos for nyttige og gode svar på små og store spørsmål. I tillegg må jeg få takke mine informanter for godt samarbeid. Takk også til Maja Sommerfeldt Grønvold for hjelp med oversettelse, og sist men ikke minst til familie, venner og kolleger for tålmodighet og overbærenhet!

Gjernes 6.5.13

Karin Bjørkkjær Torheim

Sammendrag

Individbasert Pleie og Omsorgsstatistikk (IPLOS) ble innført i 2006 i alle norske kommuner, og skal gi en oversikt over brukernes pleiebehov. Samhandlingsreformen ble innført i 2012. intensjonen er å tilbakeføre pasienter til kommunene raskere etter endt behandling i sykehus. Vedtak på brukere av kommunal pleie- og omsorgstjeneste skal utarbeides på bakgrunn av IPLOS skåringer. Elektronisk Pasient Journal inneholder en modul for IPLOS. Denne har også saksbehandlere tilgang på, men fremkommer ikke automatisk. Dette førte til spørsmål om informasjonen i IPLOS skåringer på den enkelte bruker lettere kan gjøres tilgjengelig for saksbehandlere, for mer effektiv saksbehandling og oppdaterte vedtak.

Det ble først foretatt en undersøkelse av om hvorvidt vedtak ble oppdatert etter oppdatering i IPLOS. Dette var i svært liten grad tilfelle. Deretter ble det gjort en kvalitativ undersøkelse av tre saksbehandlers opplevelse ved bruk av IPLOS, Elektronisk Saksbehandling i utarbeidelse av vedtak. Denne undersøkelsen ble gjort på bakgrunn av Venkatesh et.al.(2003)'s teori om bruk av teknologi. Funnene i denne undersøkelsen var at det ligger en mulighet i IPLOS-modulen som gjør at kommentarer til IPLOS-skåringene limer seg automatisk inn i elektronisk saksbehandling, men at dette er en lite utnyttet mulighet.

Konklusjonen av undersøkelsene er at det ligger en uutnyttet ressurs i IPLOS-modulen, som kan bidra til enklere saksbehandling, og at riktige ressurser blir satt inn på riktig sted. Ved god opplæring i IPLOS-skåring og automatisk varsling ved endring vil veien mellom utfører og bestiller forkortes, og utfører vil kunne bidra til oppdaterte vedtak, samtidig som saksbehandler raskt kan få tilgang til oppdatert informasjon

Abstract

Individual Based Nursing and Care Statistics (IPLOS) was introduced in all municipalities of Norway in 2006 and is intended to provide an overview of patients' care requirements. The Coordination Reform was introduced in 2012, with the aim of an early return of patients to municipal care after finishing hospital treatment. A patient's IPLOS score provides the basis for determining their home-based care requirements. Electronic Patient Records have a module for IPLOS. This module is available to case workers, but is not presented

automatically. This raises the question as to whether IPLOS score information should be more easily accessible for case workers, a feature which would streamline decision making regarding patient care.

I initially performed a quantitative examination as to whether decision making on patient care was influenced by updated information recorded and provided in IPLOS. This was seldom the case. I then carried out a qualitative study regarding the use of IPLOS and electronic handling of case work based on the experience of three case workers using these systems for decision making. This study was carried out based on the Venkatesh et al. (2003) theory on the use of technology. The findings from these studies indicate that there is a potential within the IPLOS module to automatically import comments to IPLOS scores into the electronic journals, but that this potential has not been fully utilized.

The conclusion from these studies is that there is an opportunity to improve the use of the IPLOS module to facilitate case work and ensure improved allocation of resources. Good training in the IPLOS-scoring system, with automatic warnings when scores change, will reduce the distance between case workers and the health officials providing care. The health official will be able to provide information on updated decisions, and the case worker will also have easy access to this updated information.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	iii
Sammendrag.....	iv
Abstract.....	iv
1.0 Innledning.....	1
1.1 Antakelse.....	1
1.2 Bakgrunn og formål.....	2
1.3 Avgrensning.....	4
1.4 Problemformulering.....	4
1.5 Begrepsavklaring.....	4
1.6 Oppgavens oppbygning.....	5
2.0 Problemanalyse.....	6
2.1 Brukere av pleie- og omsorgstjenester.....	6
2.2 IPLOS.....	7
2.3 Saksbehandling.....	8
2.4 Nødvendig helsehjelp.....	10
2.5 Praktisk bistand og hjemmesykepleie.....	10
2.6 Økonomiske tildelinger.....	11
2.6.1 Øremerkede tilskudd.....	12
2.6.2 Rammetilskudd:.....	12
2.7 Undersøkelse av problemet.....	14
2.7.1 Undersøkelse i tre kommuner.....	14
3.0 Litteratur.....	17
3.1 Behovsvurdering.....	17
3.2 Bestiller/utfører modellen.....	18
3.5 Hensikten med IPLOS.....	22
3.4 Tilnærming til elektronisk saksbehandling.....	24
4.0 Plandokumenter.....	26
4.1 Samhandlingsreformen.....	26
5.0. Teori.....	31
5.1 Tidligere teorier.....	31
5.2 UTAUT.....	33
5.2.1 Opplevd nytteverdi.....	35
5.2.2 Opplevd brukervennlighet.....	35

5.2.3 Sosial påvirkning.....	36
5.2.4 Organisatoriske og teknologiske tiltak	36
5.3 Brukbarhet.....	37
6.0 Metode	39
6.1 Utvalg	39
6.2 Etske overveielser	39
6.3 Litteratur og teori.....	40
6.4 Undersøkelsen	41
6.4.1 Forskningsdesign	41
6.4.2 Kvalitativ undersøkelse	41
6.4.3 Fra tale til analyse.....	42
6.4.4 Reliabilitet, validitet og bekreftbarhet	42
6.5 Kritisk refleksjon.....	43
7.0 Analyse og resultat.....	44
7.1 Undersøkelsen	44
8.0 Diskusjon	50
8.1 I hvilken grad ligger siste IPLOS skår til grunn for vurdering av hjelpebehov i siste vedtak?	50
8.2 Hvilken betydning har IPLOS, pleiebehov og vedtak i plandokumenter?	51
8.3 Hvordan fanger saksbehandlere opp endringer i brukernes pleiebehov og utgående vedtak?	54
8.4 Hvordan oppfatter saksbehandlere nytten av IPLOS og elektronisk saksbehandling.....	55
8.5 Hvilke muligheter ligger i IPLOS til god og bærekraftig ressursutnyttelse	59
9.0 Konklusjon	63
10.0 Avslutning.....	64
Litteraturliste.....	65
Vedlegg	
1. Skjema for vurdering i Fakultetets etikkomité (FEK)	
2. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet	
3. Intervjuguide	

Oversikt over figurer

Figur 1: Sammenlikning vedtakstimer og estimert tidsbruk i omsorgsbolig	14
Figur 2: Sammenlikning vedtakstimer og estimert tidsbruk i hjemmetjeneste.....	14
Figur 3: Antall dager fra siste IPLOS skåring til siste vedtak, hjemmetjeneste landkommune.....	15
Figur 4: Antall mndr fra siste IPLOS skåring til siste vedtak i bykommune.....	15
Figur 5: Behovsvurdering.....	17
Figur 6: Bestiller/utføremodellen.....	18
Figur 7: Figur 7: Tidligere modell.....	19
Figur 8: Theory of Reasoned Action.....	31
Figur 9: The Tecnology Acceptance Model.....	32
Figur 10: Theory of Planned Behavior.....	32
Figur 11: Unified Theory of Acceptance an use of Technology.....	34
Figur 12: Template Analysis style.....	42

1.0 Innledning

Denne oppgaven er skrevet på bakgrunn av Samhandlingsreformen, som bidrar til at pasienter blir skrevet ut fra sykehus når de er ferdigbehandlet og sendt tilbake til hjemstedskommunen for eventuell oppfølging av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Alle brukere av kommunale pleie og omsorgstjenester skal ha vedtak på kommunale tjenester. Disse vedtakene fattes av saksbehandlere. Dette vil gi et økt antall brukere av kommunal omsorgstjeneste, og dermed økt arbeidsmengde på saksbehandlerne. Brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester skal registreres i kommunens elektroniske pasientjournal (EPJ) der det også skal skåres Individuell pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) som dokumenterer brukerens pleiebehov. IPLOS skåres første gang av saksbehandler, og holdes oppdatert av helsepersonell med direkte kontakt med brukeren. Helsearbeidere har også plikt til å dokumentere i EPJ (Helsepersonelloven § 39). 15. januar hvert år skal kommunene rapportere IPLOS tall til Statistisk sentralbyrå (SSB) via Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA) på brukere av kommunale omsorgstjenester med gyldige vedtak. Brukere av kommunale omsorgstjenester som pr 31.12. året før som ikke har gyldige vedtak, regnes dermed ikke med i denne statistikken. Vedtak som ikke er tidsbegrenset er i tillegg ofte ikke oppdatert i henhold til brukerens pleie- og omsorgsbehov. Dette betyr dårlig samsvar mellom tildelte timer i vedtak, og faktisk behov som gjenspeiler seg i IPLOS skåringer. Mange kommuner opplever overskridelser i budsjettet innen pleie- og omsorg. Når vedtak ikke viser det reelle pleiebehov som følge av oppdaterte vedtak, kan antall årsverk i sektoren ikke forsvares. Dette fører til nedbemanning for å få en balanse mellom årsverk og dokumentert pleiebehov.

1.1 Antakelse

Det er grunn til å anta at det er dårlig samsvar mellom tiden det tar å gi brukerne i kommunal omsorgstjeneste den hjelp de trenger, og den tiden de er tildelt i vedtak. Stadig opplever helsearbeidere at brukere trenger mer bistand enn det de er tildelt, og det oppleves at det ikke får konsekvenser for tildelt tid dersom IPLOS endres. Ved nærmere undersøkelse kan det vise seg at brukerens vedtak kan være flere år gammelt, og at det ikke går automatisk i oppdatering av vedtak. Siden forrige vedtak kan brukerens IPLOS skåringer ha blitt endret en rekke ganger, da denne skal endres ved endret pleiebehov, eller minst en gang pr år. Vedtak brukerne i kommunal omsorgstjeneste har, samsvarer sjelden med de reelle hjelpebehov. Samtidig bruker saksbehandlere unødvendig tid og ressurser på å endre vedtak og å holde

disse oppdatert, da disse ikke automatisk synliggjøres for saksbehandler. Acos' EPJ-system, CosDoc, inneholder som alle andre leverandørers EPJ en modul for IPLOS. I Acos' IPLOS modul er det mulig å skrive kommentarer til de 17 bistandsvariablene. Disse kommentarene importeres automatisk til den elektroniske saksbehandlingen i programmet. Dette gir muligheter for direkte kommunikasjon mellom EPJ og elektronisk saksbehandling. Det antas at denne muligheten ikke utnyttes i tilstrekkelig grad til å oppleves som nyttig og tidsbesparende.

Det er også grunn til å anta at antall brukere av kommunal pleie- og omsorgstjeneste vil være økende de kommende år som følge av innføring av Samhandlingsreformen. Denne økningen vil være i form av yngre brukere, med behov for tjenester for kortere perioder. Det er ett spørsmål hvorvidt brukere som er innom kommunal omsorgstjeneste for kortere tid enn saksbehandlingstiden, vil få ett reelt vedtak. Saksbehandlingstiden bør i følge Forvaltningsloven (1970) ikke overskride fire uker. Det er grunn til å anta at saksbehandlere med stort arbeidspress ikke vil prioritere vedtak på brukere som ikke lenger er i systemet.

Helsedirektoratets veileder «Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester» ble sist oppdatert i 2006, samme år som IPLOS ble lovpålagt i norske kommuner (Helsedirektoratet, 2009). Dermed er ikke mulighetene IPLOS gir til rettferdig og forenklet saksbehandling ett tema i denne. Antallet brukere i kommunehelsetjenesten er økende (Statistisk Sentralbyrå, 2010), og i følge Samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2010) skal pasienter på ett tidligere tidspunkt overføres fra sykehus til kommunehelsetjenesten. Antakelsen er da at det vil stilles større krav til effektivitet i saksbehandling, da antallet brukere av kommunal omsorgstjeneste øker. Samtidig setter kommunene større krav til sine ansatte for å effektivisere og rasjonalisere. Dette vil si at gapet mellom reelt hjelpebehov og timer tildelt i vedtak blir større, og at underrapportering av vedtakstimer fører til ett uriktig forhold mellom årsverk i pleie- og omsorgssektoren og antall vedtakstimer til brukere.

1.2 Bakgrunn og formål

Bakgrunn for oppgaven er opplevelsen helsearbeidere har med at betydelige endringer i pleiebehov og endring i IPLOS skår, ikke automatisk utløser flere timer i vedtak. Ei heller gir det flere hender i avdelingen i omsorgssektoren. Også Marki (2006) og Gautung og Hermansen (2011) beskriver dette i sine rapporter. Dette førte til spørsmålet om hva med IPLOS skåringene nyttes til? Brukes de i planlegging og ressursfordeling slik veilederen sier, eller er det kun tall som skal innrapporteres til SSB en gang pr år? Spørsmålet er også om

kommentarfeltene i IPLOS-modulen utnyttes slik muligheten er. Når vedtakstimer ikke oppdateres etter endret pleiebehov, øker spriket mellom vedtakstimene og antall årsverk i omsorgssektoren. Når det så skal spares og nedbemannes er det naturlig å skjære ned på årsverk det på papiret ikke er behov for.

Disse refleksjonene resulterte i flere forskningsspørsmål:

1. I hvilken grad ligger siste IPLOS skår til grunn for vurdering av hjelpebehov i siste vedtak?
2. Hvilken betydning har IPLOS, pleiebehov og vedtak for å imøtekomme Samhandlingsreformen?
3. Hvordan fanger saksbehandlere opp endringer i brukernes pleiebehov, og utgående vedtak? Og hvilken betydning har det at disse er oppdatert?
4. Hvordan oppfatter saksbehandlere nytten av IPLOS og elektronisk saksbehandling?
5. Hvordan kan IPLOS bidra til god og bærekraftig ressursutnyttelse

På bakgrunn av disse spørsmålene er målet med oppgaven seksdelt:

- Undersøke i hvilken grad endringer i IPLOS fører til endringer i vedtak. Revurderer saksbehandlere vedtak når IPLOS endres på bakgrunn av at pleiebehovet endres?
- Analyse av samhandlingsreformens insentiver på områdene Saksbehandling, IPLOS, pleiebehov og vedtak
- Å undersøke hvordan saksbehandlere innhenter opplysninger om endringer i brukernes hjelpebehov.
- Å undersøke og analysere saksbehandlers opplevelser og erfaringer ved bruk av elektronisk saksbehandling som ligger i kommunens EPJ, og hvordan de benytter IPLOS til utarbeiding av individuelle vedtak.
- Undersøke hva saksbehandlernes erfaring med IPLOS som kartleggingsverktøy i saksbehandling.
- Å kartlegge hvordan IPLOS skåringene kan nyttes til ressursfordeling.

Det overordnede mål med denne masteravhandlingen er å kartlegge om det i dag ligger en uutnyttet ressurs i ett velfungerende IPLOS og elektronisk saksbehandling til kartlegging av pasientenes pleiebehov ved utarbeidelse og oppdatering av vedtak.

1.3 Avgrensning

For å avgrense denne masteroppgaven sees det ikke på hvorvidt skåringene gjort av helsepersonell er kvalitetsmessig gode eller ei. Den er skrevet ut fra en teori om at den som skårer IPLOS på kommunens brukere, mestrer dette, og oppdaterer IPLOS fortløpende ved endringer i pleiebehov. Dette er ikke alltid tilfelle.

IPLOS er pr i dag det kartleggingsverktøyet som brukes i norske kommuner innen pleie og omsorgstjenester. Det har vært, og er fortsatt diskusjoner, om hvorvidt IPLOS er egnet som kartleggingsverktøy for alle grupper av brukere. Dette er ikke ett tema i denne oppgaven.

Undersøkelsene er avgrenset til å se på fagsystemet til Acos, CosDoc. Dette er av tre grunner:

- De ulike leverandørene har ulike løsninger for saksbehandling og IPLOS i sine fagsystemer. Det vil kartlegges ved hjelp av intervju hvilke erfaringer og opplevelser tre saksbehandlere har med bruk av det samme systemet.
- Kartlegge om det er forskjell på bruk og nytte av samme systemet i tre kommuner med ulik størrelse og innbyggerantall.
- Acos' interesse for prosjektet, og ønske om å bruke eventuelle forslag til forbedring.

1.4 Problemformulering

På bakgrunn av disse antakelsene, fremkom følgende problemformuleringen:

Hvilken nytte har saksbehandlere av Individbasert Pleie- og Omsorgsstatistikk (IPLOS) og elektronisk saksbehandling. Hvilke muligheter ligger i IPLOS og Elektronisk Saksbehandling til å imøtekomme Samhandlingsreformen?

1.5 Begrepsavklaring

IPLOS skåring: De 17 variablene som omhandler funksjonsnivå.

Kommunal omsorgstjeneste: Hjemmesykepleie, praktisk bistand, omsorgsbolig og sykehjem.

Helsearbeidere: Ansatte i kommunal pleie og omsorgstjeneste nærmest brukeren. Sykepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere etc.

Tjenesteytere: Helsearbeidere med daglig kontakt med brukere av kommunal omsorgstjeneste.

Tjenestebrukere: Brukere/pasienter i kommunal omsorgstjeneste

Saksbehandlere: Kommunale saksbehandlere med ansvar for utarbeidelse av vedtak om kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Plandokumenter: Stortingsmelding 47, 2008-2009 – Samhandlingsreformen.

Pleiebehov, omsorgsbehov og hjelpebehov er begreper som brukes i oppgaven. Disse er ment ensbetydende

1.6 Oppgavens oppbygning

Oppbygningen av denne mastergradsavhandlingen er kronologisk, og er ment å gi en logisk fremstilling av emnet via litteratur, plandokument teori, og undersøkelser. Avhandlingen startet med en antakelse og noen tanker rundt temaet saksbehandling, vedtak og behovsvurdering. Disse tankene ble videreført via en problemanalyse og en undersøkelse i forbindelse med problemanalysen, videre til aktuell litteratur og en tolkning av samhandlingsreformen som plandokument. Deretter følger ett kapittel angående aktuell teori som forklarer hva som virker inn på bruk av informasjonssystemer. Etter dette følger ett kapittel som forklarer metoden som er brukt i oppgaven, for å komme frem til hvordan og hvorfor undersøkelsene er gjort. Etter kapittelet om metode, presenteres undersøkelsen gjort i tre kommuner. Disse intervjuene analyseres og tolkes i eget kapittel. Deretter følger en diskusjon over funnene som er gjort i undersøkelsen, mot litteratur, teori og plandokument. Til slutt fremkommer en konklusjon.

2.0 Problemanalyse

I Agderposten fredag 11. januar kan det leses at det den 12. desember 2012 ble slått alarm i Arendal kommune da ledelsen ble kjent med at der sto 509 personer i kø for vedtak om omsorgstjenester. Frem til 8. januar var denne køen redusert til 361 personer, ved at ansatte på tjenestekontoret sa seg villige til å jobbe overtid i romjulen. Denne informasjonen skapte vantro og bekymring hos Arendals politikere. En av grunnene som ble oppgitt for denne køen hos saksbehandlerne var den store økningen i antall saker som skal revurderes. Ett annet moment det pekes på er samhandlingsreformen som sender pasientene tilbake til kommunen når de er utskrivningsklare, og at endringene skjer fort. Det presiseres at pasientene har fått den nødvendige helsehjelp, det bekreftes at tjenesten kommer først, og vedtaket etterpå (Fløde, 2013, s 9).

Flere kommuner sliter med kommuneøkonomien, og da spesielt med budsjettet innen pleie og omsorg (Eckholt, 2012, Ekeberg, 2012). Kragerø og Grimstad har i den forbindelse fått utarbeidet rapporter fra Rune Devold AS, der det brukes kommunens egne tall fra IPLOS, via KOSTRA og SSB, og vedtak om kommunale tjenester (Devold, 2010). I begge disse kommunene konkluderes det med at det kan spares mye i pleie- og omsorgssektoren (Eckholt 2012, Ekeberg, 2012).

Dette er tre eksempler fra media i løpet av ca. tre mndr. Alle er hentet fra strekningen Kragerø til Grimstad. Det er ingenting som tilsier at problemet kun eksisterer her.

I følge Gabrielsen, Otnes og Sundby (2012) er det kun personer med vedtak som startet senest 31.12, eller som ikke var avsluttet før 31.12 det aktuelle året som defineres som tjenestemottaker. Dette betyr at brukere som enda ikke har fått vedtak om tjenester, eller som har tidsavgrensede vedtak som er gått ut før 31.12, ikke regnes med i statistikken til SSB. Det er kommunene selv som er ansvarlige for å oppdatere vedtak (Gabrielsen et.al 2012)

På samme måte skjer en overrapportering av brukere til SSB, ved at vedtak ikke avsluttes når tjenestene opphører. Disse fanges imidlertid opp, da disse kommer på listen over feil som returneres til kommunene etter første innsendelse av IPLOS i januar (Gabrielsen et al. 2012)

2.1 Brukere av pleie- og omsorgstjenester

Pr 31.12.11 var det 268 000 brukere av kommunale omsorgstjenester. Disse fordelte seg på ca. 43 500 beboere i institusjon, ca. 177 000 mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk

bistand og 48 000 mottakere av andre typer tjenester. Andre typer tjenester omfatter avlastning, støttekontakt, omsorgslønn etc. (SSB i Prop. 1S, 2012-2013)

I løpet av ett år er det en gjennomstrømning av brukere på ca. 25 % (SSB i Prop. 1S, 2012-2013). Dette vil si at i 2011 var det reelle antall brukere på ca. 335 000 personer. Om det tar til sammen 30 minutter å innhente opplysninger og fatte ett vedtak på en bruker, blir det 167 500 timer. I tillegg skal disse vedtakene oppdateres og revurderes.

Antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester har de siste årene vært økende. De siste 20 årene har det vært en tredobling av antall brukere under 67 år (SSB i Prop. 1S, 2012-2013)

Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47, (2008-2009) forespeiler ett større antall brukere av kommunal pleie- og omsorgstjeneste, da ferdig behandlede pasienter på ett tidligere tidspunkt skal tilbakeføres til hjemstedskommunen.

2.2 IPLOS

IPLOS ble obligatorisk i alle norske kommuner 1. Mars 2006 (Helsedirektoratet, 2009).

Formålet med IPLOS-registeret er:

«å samle inn og behandle data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt pleie- og omsorgstjenester for å:

- gi grunnlag for overvåking, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring av sosial- og helsetjenesten og sosial- og helseforvaltningen
- gi grunnlag for forskning»

(Forskriften om IPLOS-registeret, 2006)

I saksbehandlingen skal IPLOS skår ligge til grunn for vedtak, da disse er skåringer gjort av personer kvalifisert til oppgaven med å skåre IPLOS (Helsepersonelloven, 2001). Førstegangs skåring gjøres ofte av saksbehandler på hjemmebesøk hos ny bruker i forbindelse med søknad om kommunale omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2006). Endringer i pleiebehov og oppdateringer i IPLOS-skåringene dokumenteres av helsepersonell i kommunal omsorgstjeneste når brukeren er tildelt omsorgstjenester (Helsepersonelloven, 2001). Det er ikke nedfelt hvor ofte vedtak bør revurderes eller oppdateres. IPLOS-forskriften sier IPLOS-registreringer skal sendes Statistisk Sentralbyrå en gang pr. år. I tiltaksplaner skal

helsepersonell fortløpende beskrive brukerens hjelpebehov (Helsepersonelloven, 2001). IPLOS-veilederen (2006) beskriver hvordan IPLOS variablene skal skåres, og at variablene 1 og 2 tilsier ikke hjelpebehov, og at variablene 3, 4 og 5 tilsier at brukeren har ett hjelpebehov. I en undersøkelse fra 2012 viste det seg at tjenesteytere ikke mestrer IPLOS skåringer, og føler seg usikre på denne oppgaven (Torheim, Abood, 2012). Dette beskrives også i en undersøkelse fra Verdal (Hallem, Bjerkan, Brataas, 2012), Konklusjonen er at IPLOS skåringene som tjenesteytere skårer i omsorgstjenesten ikke er kvalitetsmessig gode nok til å kunne brukes til statistikk og planlegging.

Regjeringen beskriver i Statsbudsjettet for 2013 (Prop. 1S 2012-2013) hva de ser på som viktige oppgaver i forhold til IPLOS for 2013:

- Fortsette gjennomføring av tiltak som bedrer datakvaliteten i registeret
- Utarbeide en årlig rapport som dokumenterer kvaliteten på opplysningene i registeret
- Følge opp kommunene, i samarbeid med fylkesmennene, og bidra til økt kompetanse, med særskilt vekt på lederforankring
- Legge til rette for økt bruk av registerdata til statistikk, analyse og forskning.

Regjeringen ønsker å overføre 2,4 mill i 2013 til styrking av IPLOS (Prop. 1S, 2012-2013). Dette betyr i gjennomsnitt ca. kr 5608 til hver kommune. Til sammenlikning nevnes at gjennomsnittlig månedsinntekt til en kommuneansatt med 1-4 års høyskole/universitetsutdannelse er kr 40300,- (Statistisk sentralbyrå, 2013). Det fremkommer ikke av Prop. 1S (2012-2013) hvorvidt disse pengene skal brukes sentralt eller lokalt i kommunene.

2.3 Saksbehandling

I følge Haug og Paulsen (2007) består saksbehandling i pleie- og omsorg av 9 ledd:

1. Klargjøring av søknad
 - avklaring av oppholdskommune
 - veiledningsplikt
 - samordningsansvar
 - avklaring av hvem som er part i saken
 - rett til å la seg bistå av advokat eller annen representant
 - foreløpig svar/forvaltningsmelding
 - forhåndsvarsel

- avklaring av saksbehandlers habilitet
2. Innhenting av opplysninger – kartlegging
 - utredningsplikten
 - rett til brukermedvirkning
 - samtykke for innhenting av opplysninger
 - taushetsplikt
 - nye opplysninger forelegges søkeren til uttalelse
 - innsynsretten
 3. Opplysningene analyseres og vurderes
 - vilkår for hjelp
 4. Tiltak og tjenester utredes (hjelpeform og omfang)
 - sosiale tjenester
 - helsetjenester
 5. Tjenester og tiltak vurderes
 6. Valg av tjenester og tiltak – konklusjon og forslag til vedtak
 - ved vurdering av punkt 5 og 6 må det tas hensyn til en rekke punkter
 7. Saksframlegg med forslag til vedtak
 8. Vedtak – enkeltvedtak
 9. Underretning om vedtak, protokollering og arkivering.

Boken til Haug og Paulsen kom ut i 2007. Den er nyere enn helsedirektoratets veileder «Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester» som kom i 2006. Dette vil si at ingen av dem er oppdatert på lovendringene som er kommet etter denne tid. Både Sosialtjenesteloven og Kommunehelsetjenesteloven ble opphevet 1.1.12. Etterfølgerne etter disse er Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (2010) og Helse- og omsorgstjenesteloven (2012). Ordlyden i disse lovene er uansett ganske lik.

Til sammen er saksbehandling en lang og tidkrevende prosess. Det skal tas hensyn til Forvaltningsloven, Helsepersonelloven, Helse og omsorgstjenesteloven, Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, Pasient og brukerrettighetsloven og Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgssektoren. Elektronisk saksbehandling inkluderer disse punktene.

I følge Arild Sæle i Acos har CosDoc ferdig mal for vedtak i sin elektroniske saksbehandlingsmodul. Denne har i tillegg mulighet for å importere notater fra IPLOS'

notatdel, som dokumenterer brukernes pleiebehov. CosDoc har pr. i dag ingen type varslings til saksbehandlere når IPLOS-skåringer endres på den enkelte bruker. I følge Arild Sæle, er dette mulig å utvikle.

2.4 Nødvendig helsehjelp

Kommunen er i henhold til Helse- og Omsorgstjenesteloven (2012) § 3-2 punkt 6 a, c og d pliktig til å gi de av sine innbyggere som har behov for det, helsetjenester enten i hjemmet, i institusjon eller som avlastningstiltak. I følge Kirchoff (2010) defineres helsehjelp i hjemmetjenesten som rettet mot innehaveren av hjemmet, dvs. brukeren, og målet er å dekke brukerens behov og yte medisinsk pleie. Kirchoff (2010) definerer både omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere og sykepleiere som yrkesgrupper innen hjemmesykepleien. Hjemmetjenesten deles i to hoveddeler «stell og pleie» og «medisinsk-faglige». I følge undersøkelsen til Kirchoff (2010) utføres medisinsk-faglige oppgaver som administrasjon av medikamenter og behandling av sår av sykepleiere, men alle yrkesgruppene utførte generell «stell og pleie». For alle gruppene i denne undersøkelsen kommer det frem at det forekommer større eller mindre grad av merarbeid, dvs. arbeid som ikke brukeren har fått vedtak om. Det utføres arbeid helsearbeidere ser det er behov for, og som det ikke meldes tilbake til brukerkontor om, for revurdering av vedtak. Dette til tross for at en slik vurdering kan meldes enkelt til brukerkontor ved å sende en vedtaksendring (Kirchoff, 2010).

2.5 Praktisk bistand og hjemmesykepleie

Praktisk bistand er en rettighet kommunen er lovpålagt å bidra med til de av sine innbyggere som måtte ha behov (Helse og omsorgstjenesteloven (2012) § 3-2, punkt 6 b). Kirchoff (2010) beskriver i sin avhandling hva hjemmehjelpene opplever som sine oppgaver. Dette er ivaretagelse av brukerens hjem, dvs. rengjøring av hus, og dusj av brukerne, i all hovedsak renhold og personlig hygiene. Rundt år 2000 gjennomførte de fleste kommuner en organisatorisk sammenslåing mellom hjemmehjelpstjenesten og hjemmesykepleien (Kirchoff, 2010). Dette førte til en forskyvning av fokus, der pleie- og omsorgsoppgavene på bekostning av hjemmehjelpsoppgavene (Andreassen og Jagmann, 1992 og Vabø 2007 i Kirchoff, 2010). Grunnen til at færre nå får kun praktisk bistand mener Kirchoff (2010) skyldes den store etterspørselen og at tjenesten i dag er blitt behovsprøvd.

I følge Gabrielsen et.al (2012) var det i 2011 64 515 brukere av både praktisk bistand og hjemmesykepleie og 68 891 brukere av kun hjemmesykepleie. Dersom halvparten disse brukene får vasket opp hver dag av hjemmesykepleiere som er innom, og en oppvask tar 5 minutter, tilsvarer dette 5 559 timer pr dag. I følge Gabrielsen et.al (2012) er det 79 % av brukerne med vedtak om praktisk bistand som har vedtak på under 2 timer i uken, Kirchoff (2010) definerer praktisk bistand som renhold og hygiene, dusj, klesvask, oppvask og husvask, kan man undres om 2 timer er underrapportering på tid til praktisk bistand, og om resterende praktiske oppgaver utføres av hjemmesykepleie. Praktisk bistand krever en egenbetaling fra brukere.

I perioden 2007 til 2011 er antall brukere av kun praktisk bistand redusert fra 45 888 til 43 346 (Statistisk Sentralbyrå, 2012). I samme periode er antall brukere av bare hjemmesykepleie økt fra 58 439 til 70 166. Antall helsearbeider, uavhengig av utdanning er økt i perioden 2007 – 2011 fra 118 188,64 årsverk, til 128 901,90 årsverk (Statistisk Sentralbyrå, 2012). Samtidig har antall vedtakstimer økt fra gjennomsnittlig 6,8 timer i uken i 2008, til 7,9 timer i uken i 2011 (Statistisk Sentralbyrå, 2012).

2.6 Økonomiske tildelinger

Hver høst fremlegger regjeringen neste års statsbudsjett. Høsten 2012 kom Proposisjon 1 S 2012-2013. I denne fremkommer det at antall mottakere av kommunale omsorgstjenester har hatt en økning på 6 % fra 2007 til 2011, til 268 000 personer pr 31.12.11. Regjeringen peker på tendensen til at andelen mottakere med avgrenset bistandsbehov er synkende, og at fire av fem mottakere av langtidsopphold i institusjon har omfattende bistandsbehov. Dette tolkes som at mange eldre med omfattende bistandsbehov får plass i institusjon, mens yngre brukere med omfattende bistandsbehov får tildelt flere timer hjemmesykepleie og praktisk bistand (Prop 1 S 2012-2013). Mange eldre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, noe som forklarer endringene i tjenestetilbudet med økt vekt på tjenester utenfor institusjon. Regjeringen ønsker å prioritere målene i Samhandlingsreformen og Omsorgsplan 2015 som legger vekt på forebyggende tiltak, praktisk bistand og sosiale tjenester, tidlig intervensjon, forebygging og habilitering/rehabilitering fremfor kurative og medisinske tiltak (Prop 1S 2012-2013). Finansieringen av omsorgstilbudet i kommunene skal i vesentlighet komme fra kommunenes egne frie inntekter. I følge St.meld. nr. 25, 2005-2006 omfatter kommunenes frie inntekter skatteinntekter og statlige rammetilskudd som ikke er øremerket bestemte

tjenester og tiltak. Kommunene mottar også inntekter fra brukerbetaling både i institusjon og praktisk bistand. I tillegg kommer øremerkede tilskudd til omsorgsformål (Prop 1S 2012-2013). Kommunal og regionaldepartementet foreslo en bevilgning på 5,3 mrd. i 2012 for ressurskrevende tjenester. Det er også etablert øremerkede investeringstilskudd til kommunene for heldøgns omsorgsplasser i sykehjem (Prop 1S 2012-2013). Målgruppen for denne ordningen er personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. Tilskuddet er ment å legge til rette for langsiktig planlegging og investering i den kommunale omsorgstjenesten, ved at kommunene vil styrke sitt tilbud om korttids plasser i sykehjem og utbygging av omsorgsboliger (St.meld. nr. 25, 2005-2006). I Proposisjon 1 S 2012-2012 nevnes IPLOS registeret som noe usikkert tallmateriale, da 8 % av mottakerne av omsorgstjenester har uoppgitt bistandsbehov.

2.6.1 Øremerkede tilskudd

I følge Helsedirektoratets Rundskriv IS-4/2012 ytes det tilskudd til kommuner med ressurskrevende brukere som utløste en årlig lønnskostnad på over 935 000 i 2011. Tilskuddet som gis er 80 % av lønnskostnaden som overstiger 935 000. Personer over 67 år, regnes ikke under denne regelen. Borge, Pettersen og Tovmo (2011)'s rapport definerer innsatsfaktorer og produkter i ulike kommunale sektorer. I pleie og omsorgssektoren defineres årsverk med og uten fagutdanning, samt andre driftsutgifter enn lønnskostnader som innsatsfaktorer. Som produkt regnes: liggedøgn i institusjon, korttid og langtid, enerom i institusjon, timer i hjemmesykepleie og timer til praktisk bistand. Det er ett skille mellom institusjon og hjemmebaserte tjenester, og timer i vedtak skilles i hjemmesykepleie og praktisk bistand. Det pekes på usikkerheten knyttet til datakvaliteten i IPLOS, pga. ny versjon i 2009, noe som resulterer i dårlig kvalitet på sammenlikninger over tid (Borge, Pettersen, Tovmo, 2011)

2.6.2 Rammetilskudd:

Rammetilskudd til kommunene er summen av innbyggertilskudd, distriktstilskudd, småkommunetilskudd, skjønnstilskudd, veksttilskudd og storbytilskudd (Prop 1S, 2012). Av disse utgjør innbyggertilskuddet den største summen, forslag for 2013 er på til sammen 109 678 586 000 (Prop 1S, 2012). Rammetilskuddet blir videre justert slik at kommunene i prinsippet skal få kompensasjon for aldersfordeling og strukturelle og sosiale forhold. Utgiftsbehovet til kommunene i Prop 1S (2012), er netto driftsutgifter i kommunene, basert på KOSTRA-tall fra 2011, fremskrevet med veksten i frie inntekter i perioden 2011-2013. Utgiftsbehovet pr innbygger i 2013 er beregnet til gjennomsnittlig kr 45 452 pr innbygger (Prop 1S, 2012). NOU 2005 18 beskriver at dagens kostnadsnøkkel for helsetjenester i

kommunene først og fremst består av alderskriterier, men at det også er andre forhold som påvirker kommunenes utgifter til pleie og omsorgstjenester; andel innbyggere etter tre aldersinndelinger over 16 år, andel døde, andel ikke gifte over 67 år og andel psykisk utviklingshemmede over og under 16 år. NOU 2005 18 refererer til Rattsø utvalgets rapport som igjen brukte GERIX og antall timer som her var innrapportert som timer i vedtak som en indikator på hvor ressurskrevende en bruker var. IPLOS nevnes i samme rapport som en så ny type statistikk at denne type data enda ikke er tilgjengelig for analyser. Det antas imidlertid at innføring av IPLOS vil gjøre data om brukernes alderssammensetning og pleietyngde tilgjengelig «om noen år» (NOU 2005 18)

I følge SSB i NOU 2005 18 vil en innbygger i aldersgruppen 67-79 år øke utgiftene til pleie og omsorg med ca. kr 14 000, en innbygger mellom 80 og 89 med ca. kr 50 000 og en innbygger over 90 år vil øke utgiftene med ca. kr 160 000. I tillegg vil utgiftene øke i større kommuner, da hjemmetjenesten vil ha større utgifter for å nå sine brukere. Det kalkuleres med at økt reiselengde på 10 km, øker kommunens utgifter med kr 300 (NOU 2005 18). Alle tall er i 2005 verdier, og ikke oppjustert. Dette fører til ett nytt forslag til kostnadsnøkkel for pleie og omsorgstjenester:

Kriterium	Ny kriterievekt
Innbyggere 67-79 år	0,2032
Innbyggere 80-89 år	0,3360
Innbyggere 90 år og over	0,1582
Andel psykisk utviklings-	
hemmede 16 år og over	0,1091
Ikke-gifte 67 år og over	0,1648
Avstand til sonesenter	0,0134
Basis	0,0153
Sum	1,0000

I følge Prop 1S (2012) er dette kriterier som er tatt med som fordelingsnøkkel for forslag til innbyggertilskudd for 2013.

2.7 Undersøkelse av problemet

På bakgrunn av disse antakelser, ble det foretatt en undersøkelse i tre kommuner for å se om antakelsene stemte.

2.7.1 Undersøkelse i tre kommuner

Ved å sammenlikne datoer for siste IPLOS skåring og siste vedtak hos 60 brukere av hjemmetjeneste, omsorgsbolig og sykehjem i disse tre ulike kommuner ble følgende funn gjort: Kun i tre tilfeller var det lik dato for IPLOS og vedtak. Hos 80 % av brukerne var IPLOS skåringene nyere enn vedtakene, og lå dermed ikke til grunn for siste saksbehandling. Informantene i disse tre kommunene befant seg på mellomledernivå, og var saksbehandlere uten pasientkontakt. De uttrykte alle en frustrasjon over tidkrevende arbeid med oppdatering av vedtak. De hadde alle tilganger på IPLOS skåringer til kommunens brukere, men opplevde det som tidkrevende å finne endringer. Endringer ble gjort på forespørsel fra avdelingsledere. Bykommunen opererte med begrepet «estimert tidsbruk» hos sine brukere i hjemmetjenesten og omsorgsbolig. Variasjonen mellom estimert tidsbruk og innvilgede timer i vedtak var stor.

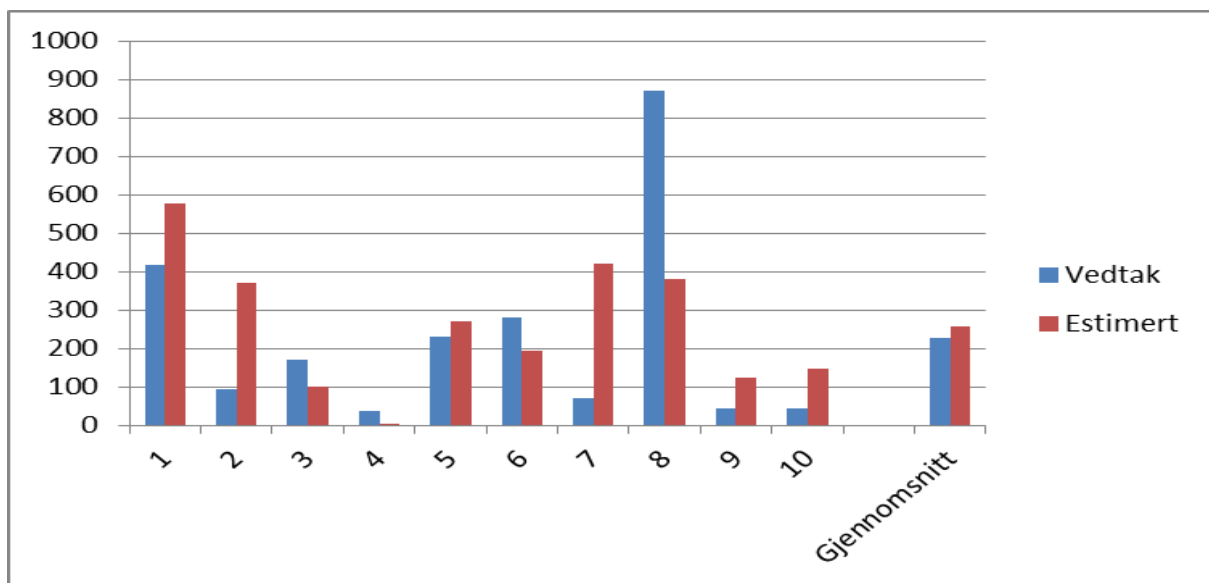


Fig 1: Sammenlikning vedtakstimer og estimert tidsbruk i omsorgsbolig

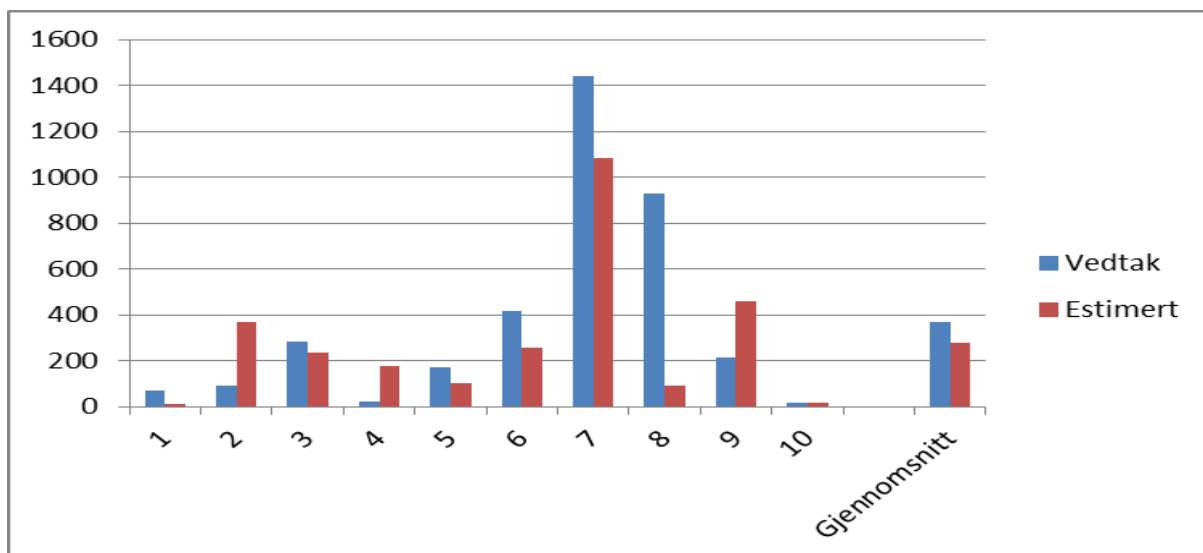
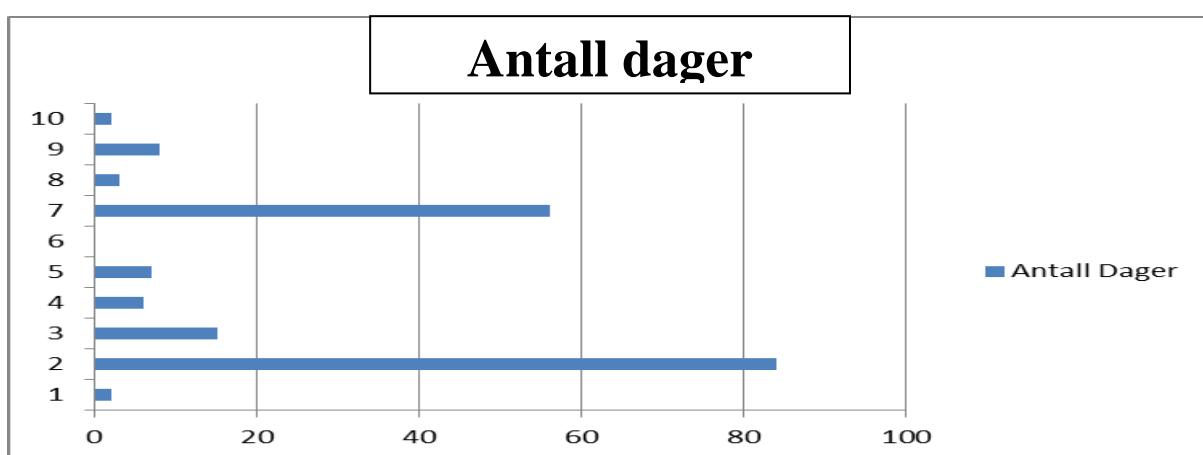


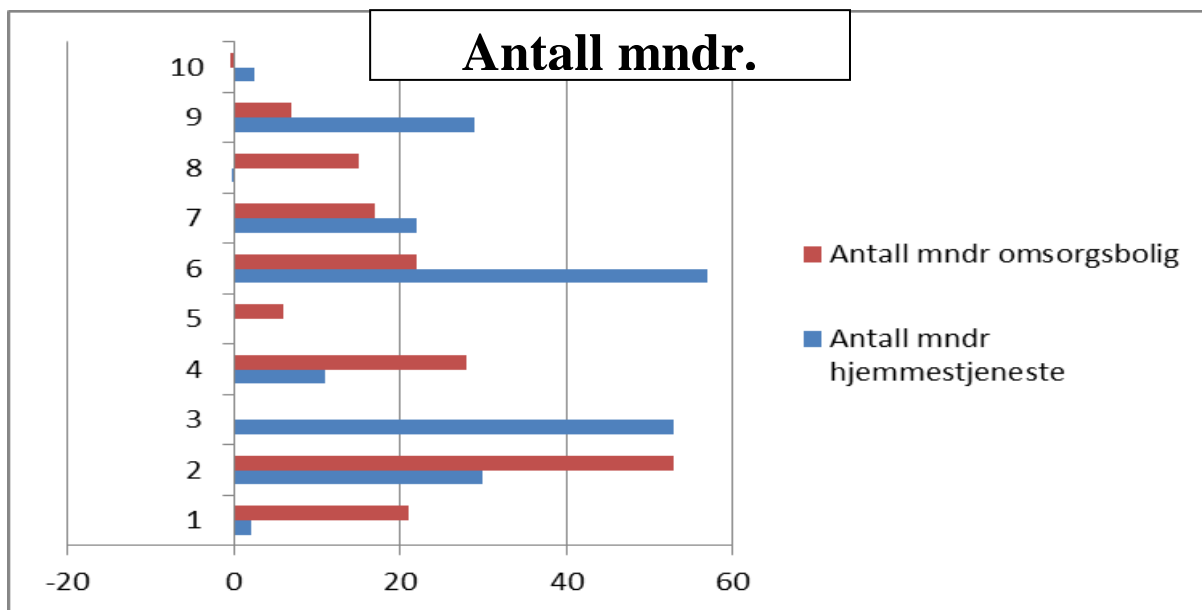
Fig 2: Sammenlikning vedtakstimer og estimert tidsbruk i hjemmetjeneste

Av disse 20 brukerne kan vi se at det kun er en bruker som har timer i vedtak lik estimert tidsbruk. Det er ingen sammenheng å finne mellom alder på vedtak og differanse mellom timer i vedtak og estimert tidsbruk.

Alle de tre kommunene i undersøkelsen leverte datoer for siste IPLOS skår og dato for siste vedtak for sykehjem. Vedtak om sykehjem, langtidsplass, er livslangt og oppdateres naturlig nok ikke. Både bykommunen og landkommunen leverte inn datoer for siste IPLOS skåring og dato for siste vedtak i hjemmetjenesten. Landkommunen har ikke omsorgsbolig. Likevel kan datoene sammenliknes:



Figur 3: Antall dager fra siste IPLOS skåring til siste vedtak, hjemmetjeneste landkommune



Figur 4: Antall mndr fra siste IPLOS skåring til siste vedtak i bykommune

Landkommunen oppdaterte sine vedtak fortløpende, men de ble likevel ikke oppdatert som følge av endring i IPLOS. Det var ingen vedtak som var gjort som følge av IPLOS endring, men på en bruker (bruker 6) er vedtak fattet samme dag som IPLOS er skåret. I snitt brukes det 18,3 dager fra vedtak gjøres til IPLOS oppdateres, noe som kan tolkes som et negativt avvik på 18,3 dager.

I bykommunen ble det vanskelig å telle dager mellom vedtak og IPLOS skåring. Det gav ett bedre inntrykk å sammenlikne antall måneder. I to tilfeller er det endret vedtak etter IPLOS skåring, bruker 8 i hjemmetjenesten, og bruker 10 i omsorgsbolig. Likevel ble det ett gjennomsnittlig negativt avvik på 20,63 måneder i hjemmetjenesten og 16,85 måneder i omsorgsbolig.

Tenker man så at det er 30 dager i hver måned, blir det 619 dager i hjemmetjenesten og 505 dager i omsorgsbolig.

Dette kan tolkes til at oppdatering i landkommunen går hurtigere enn i bykommunen. Grunnene til dette kan være flere. Det kan være mer oversiktlig i en mindre kommune, eller ledelsens fokus på oppdatering kan være forskjellig. Å tolke dette uten videre vil være spekulasjoner.

3.0 Litteratur

I dette kapittelet redegjøres det for aktuell litteratur i form av rapporter og artikler som ligger til grunn for saksbehandling og ressursfordeling.

3.1 Behovsvurdering

Gabrielsen et.al (2012) og Gabrielsen, Otnes, Sundby, Kalcic, Strand (2011) beskriver i sin rapport Statistisk Sentralbyrå (SSB)'s variabelsammensetning og utregning av gjennomsnittsskår i IPLOS-variablene slik:

A. Sosial fungering 1. Sosial deltakelse 2. Beslutninger i dagliglivet 3. Styre atferd	B. Kognitiv svikt 4. Hukommelse 5. Kommunikasjon	C. Ivareta egen helsetilstand 6. Ivareta egen helse
D. Husholdsfunksjoner 7. Skaffe seg varer og tjenester 8. Alminnelig husarbeid 9. Lage mat	E. Egenomsorg 10. Personlig hygiene 11. På- og avkledning 12. Spise 13. Toalett (14. Bevege seg innendørs) (15. Bevege seg utendørs)	syn hørsel

Figur5: Behovsvurdering. Fra Gabrielsen et.al (2012)

Hver bistandsvariabel har en skår fra 1 til 5. Bistandsvariabel 16 og 17 (syn og hørsel) regnes ikke inn i denne modellen. Videre regnes gjennomsnittsverdier i disse gruppene slik:

- Mindre eller lik 2,0 tilordnes verdien 1,5 = lite/avgrenset bistandsbehov
- Større enn 2,0, og mindre eller lik 3,0 tilordnes verdien 3,0 = middels til stort bistandsbehov
- Større enn 3,0 tilordnes verdien 4,5 = omfattende bistandsbehov

Til slutt regnes ett gjennomsnitt av disse 5 gruppene. Av dette kan det leses om brukeren har «lite/avgrenset hjelpebehov», «middels til stort hjelpebehov» eller «omfattende hjelpebehov»

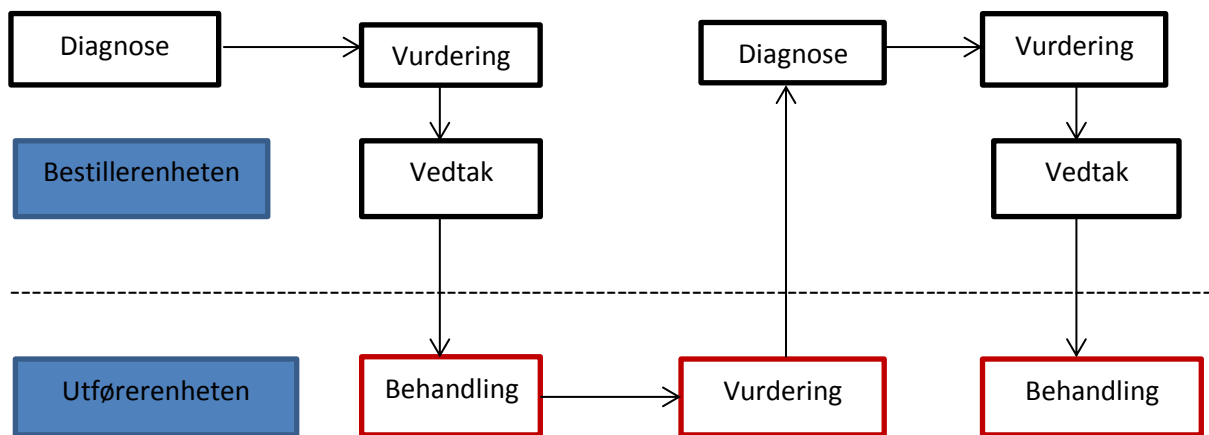
Denne samlemålsberegningen ble gjennomgått av en arbeidsgruppe nedsatt av helsedirektoratet i 2008-2010 (Strand, 2010). Hovedhensikten med disse samlemålene er å forenkle analyse. I tillegg vil det forbedre validiteten ved at flere variabler vurderes samlet, noe som gjør det mer riktig å omfavne komplekse fenomener. Det vil også forbedre reliabiliteten av dataene, da samlemål gir mer sikker informasjon enn enkeltobservasjoner av variabler (Strand, 2010). I rapporten fra helsedirektoratet (Strand, 2010) kommer det frem at kun 13 av de 17 variablene i IPLOS skal regnes med i gruppene. De fire som holdes utenfor

er syn, hørsel og å bevege seg utendørs og innendørs. Arbeidsgruppen anbefalte å inkludere av- og påkledning under egenomsorg. Syn og hørsel holdes fremdeles utenom. I den samme rapporten understrekes det at samlemål er en indikator for de store trekkene i behovsfordelingen, de er ikke ment som grunnlag for å gjøre slutninger om enkeltmottakeres tjenester, ei heller på mindre grupper av tjenestemottakere, da tilfeldigheter kan ha stor innvirkning på resultatet.

3.2 Bestiller/utfører modellen

De fleste ansatte i omsorgstjenesten opplevde at administrative oppgaver hadde økt etter innføringen av bestiller-/utfører modellen (Kirchoff, 2010). Arbeidsprosessen starter i bestillerenheten, saksbehandler vurderer hjelpebehovet og fatter vedtak. Vedtak følges opp av utførerenheten ved å iverksette helsehjelp og vurdere effekt. Endringer innebærer kontakt mellom utfører og bestillerenheten for revurdering av vedtak (Kirchoff, 2010)

Bestiller/utfører- modell:

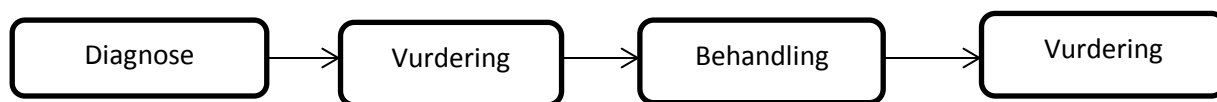


Figur 6: Bestiller/utføremodellen. Fra Kirchoff (2010)

Bestiller- /utførermodellen har sitt utspring i New Public Management (NPM), der organisasjonen skal anses som markedsorientert. Ideen er å legge til rette for konkurranseutsetting av utførerenheten (Kirkhoff, 2010). Det skilles mellom hard og myk operasjonalisering. «Hard» operasjonalisering av modellen, kjennetegnes av klarer regler og lite fortløpende kontakt, og styres av en gjensidig mistillitt. «Myk» operasjonalisering

kjennetegnes av desentralisering av ansvar, dialog mellom enhetene og mindre formelle regler.

Tidligere modell:



Figur 7: Tidligere modell. Fra Kirchoff (2010)

Deloitte (2012) utgav en utredning av kostnader og gevinster ved bestiller/utførermodellen innenfor helse- og omsorgstjenester gjort på initiativ fra kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS), Program for storbyforskning. Kommunene som har deltatt i undersøkelsen er Oslo, Bergen, Trondheim, Drammen, Kristiansand og Sandnes. Ingen av disse kommunene praktiserer modellen likt. Tre kommuner og to bydeler i Oslo har innført innsatsstyrt, eller aktivitetsbasert, finansiering der pengene følger vedtaket. To kommuner og tre bydeler har skilt forvaltning og tjenesteproduksjon i separate virksomheter for alle helse- og omsorgstjenester, mens bare en kommune har profesjonalisert saksbehandling og behovsvurdering. Deloitte (2012) har ikke funnet klare sammenhenger mellom type bestiller/utførermodell og utvikling i utgiftsnivå, verken på individ eller organisasjonsnivå. Imidlertid har Deloitte (2012) funnet en rekke effektivitetsfremmende elementer:

- Riktig dimensjonering av nivåene i tjenestekjeden.
- Tydelighet i prioriteringen av søkere og en profesjonalisering av vurdering av bistandsbehov.
- Tydeliggjøring av bestillers ansvar for å forvalte kommunens/bydelens ressurser (plassering av økonomisk ansvar hos bestiller).
- Utforming av vedtak som tar hensyn til kompleksiteten på tjenesten
- Betaling til utfører basert på utført tid.
- Rutiner for vurdering/revurdering som sikrer at tjenestemottaker er plassert i riktig nivå i tjenestekjeden i forhold til eget funksjonsnivå.

De kostnadsdrivende elementene som ble funnet var:

- Bestiller som kun har myndighet til å tildele tjenester i deler av tjenestekjeden, og har ikke anledning til å ta hele tjenestespekteret inn i vurderingen.
- En større del av forvaltningsansvaret overlates til utførerne.
- En «ventelistepolitikk» som gjenspeiler hva innbyggerne søker om, ikke hva behovet faktisk er.
- Tidfestede vedtak i komplekse tjenester.
- Betaling til utfører basert på vedtakstid, hvor det ikke kontrolleres tilstrekkelig for utført tid.
- Svake incentiver til å arbeide forebyggende.
- Sterkere fokus på søkerens rettigheter enn det helsemessige behovet.
- Økt byråkratisering og mer ressurser til administrative oppgaver.
-

Videre har Deloitte (2012) sett på faktorer som har hatt påvirkning på om de effektivitetsfremmende elementene har hatt effekt eller ikke:

- Organisatorisk plassering av bestillerenheten som samsvarer med styringsstrukturen i kommunen for øvrig og som samsvarer med den myndighet som er lag til bestiller.
- Praktisering av skillet mellom bestiller og utfører i daglig drift som samsvarer med prinsippene i bestiller/utføremodellen og kommunens organisasjonsstruktur (ingen sammenblanding av roller, klar kobling til administrativ og politisk ledelse).
- Finansieringsmodell som harmonerer med de resultatkrav som bestiller og utfører møtes med.
- Finansieringsmodell fundert på reelle kostnadsdrivere som synliggjør effektiv drift.

Som ett resultat av disse funn konkluderer Deloitte (2012) med følgende råd for effektiv ressursutnyttelse ved bestiller/utførermodellen:

- Klar kobling mellom politiske prioriteringer på overordnet nivå og tildeling av tjenester.
- Samsvar mellom økonomiske rammer, kriterier for tildeling og kvaliteten på tjenestene.
 - Plassering av økonomisk ansvar hos bestillerenheten.
 - Utbygging av tilbud og tjenester som reflekterer LEON-prinsippet.

- Sikre at bestillerenheten har oversikt over helheten i kommunenes tjenestekjede og myndighet til å sette sammen pakker av tjenester tilpasset den enkeltes behov.
- Utforming av bestiller/utføremodell og tilhørende finansieringsmodell tilpasset kompleksiteten innenfor den enkelte deltjeneste.
 - Der det er lett å måle produksjonen, bør hele behovsvurderingen legges til bestillerenheten, og innsatsstyrt og aktivitetsbasert finansieringsmodell baseres på timefestede vedtak og betaling til utfører på utført tid.
 - Der det er vanskelig å måle produksjonen, bør en større del av behovsvurderingen overlates til utfører, innsatsstyrt og aktivitetsbasert finansieringsmodell baseres på tjenestebeskrivende vedtak og betaling til utfører kontrolleres for utført tid.
- Samsvar mellom valgte finansieringsmodell og styringsprinsipper utførende enhet er underlagt.
- Bruk av bestillerenhetens kompetanse i dialogen med spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter.
- Arenaer som legger til rette for god dialog mellom bestiller og utfører (både kommunale og private).
- (Videre)utvikling av teknologi (fagprogram), styringssystemer og rutiner legger til rette for effektiv ressursbruk.

Ingen av kommunene i rapporten til Deloitte (2012) ønsket seg tilbake til driftssituasjonen da det ikke eksisterte skille mellom bestiller og utfører. I årene etter at modellen ble innført i 1990 har modellen tilpasset seg norske forhold, og anses nå å ha gevinster som oppveier svakhetene. Tallene i undersøkelsen viste at utførerne fremhever gevinstene i modellen, mens det var bestiller som fremhevet svakhetene.

Modellen har økonomiske forlede ved at den økonomiske styringen i kommunen blir mer oversiktlig og prioriteringene mer rettferdig. Dette gjør også at korrigeringer kan settes inn på tidligere tidspunkt

Blant svakhetene i bestiller/utfører modellen nevnes:

- Større avstand til brukeren/pasienten og tjenesten/utførerne.
- Rigid system – mindre fleksibelt i forhold til endringer i brukernes behov.
- Fagpersonene hos utfører fratras myndighet – det er ikke de som kjenner brukeren best som avgjør hva brukeren skal få.

- Fokus på økonomi kan overstyre brukerens behov og hensynet til kvaliteten på tjenesten.
- Bestiller er avhengig av utførers observasjoner og vurderinger for å gjøre jobben sin – dette får utførerne i liten grad «betalt for».
- Mer byråkrati og dobbeltarbeid.

I tillegg pekes det på at manglende sammenheng mellom økonomiske rammer og vedtak. Innsatsstyrt og aktivitetsbasert finansieringsmodeller er komplekse og stiller store krav til dokumentasjon og fagsystem/økonomisystem.

3.5 Hensikten med IPLOS

I følge forskriften om IPLOS-registeret (2006), er formålet med IPLOS registeret å samle inn og behandle data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt pleie- og omsorgstjenester for å:

1. Gi grunnlag for overvåking, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring av sosial- og helsetjenesten og sosial og helseforvaltningen.
2. Gi grunnlag for forskning.

Opplysningene i IPLOS-registeret kan foruten til dette formålet, behandles og brukes til utarbeiding av nasjonal, regional og lokal pleie og omsorgsstatistikk (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

I følge Sosial- og helsedirektoratet (2006) er målet med IPLOS:

- Systematisert kunnskap og statistikk til kommunene og sentrale myndigheter.
- Kvalitetsutvikling av tjenesten.
- God ressursutnyttelse, samt likeverdige og virkningsfulle tjenester.

Videre sier Sosial- og helsedirektoratet (2006) at IPLOS er en del av den relevante og nødvendige dokumentasjon for saksbehandling og utøvelse av tjenestene.

I oktober 2005, før IPLOS ble lovpålagt, gav Sosial- og Helsedirektoratet ut veilederen Felles forståelse – individuell registrering, Registrering av IPLOS-opplysninger. I denne brosjyren forklares IPLOS prosessen slik:

Søknad/henvendelse mottas. Det foretas deretter en IPLOS-kartlegging. Sammen med annen relevant dokumentasjon av søker/tjenestemottakers situasjon, funksjon og behov fører dette til vedtak om tjenester, evt. avslag. Alle endringer skal fortløpende registreres i tjenesten. Når endringene i tjenestemottakers totalsituasjon blir så omfattende at det eksisterende vedtak/beslutning ikke lenger er dekkende, må nytt vedtak/beslutning fattes. IPLOS-data skal danne grunnlag for avpersonifisert statistikk som kan benyttes av ledere, politikere og statlige myndigheter

(Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s 9)

Det beskrives videre i veilederen Felles forståelse – individuell registrering: «ny registrering foretas ved informasjon om endring i tjenestemottakers situasjon, ressurser og bistands-/assistansebehov» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, Helsedirektoratet, 2009). Siste gyldige registrering i tjenesten skal vise tjenestemottakers situasjon og behov, og er ett av grunnlagene for nytt vedtaksbeslutning (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Sosial og helsedirektoratet utarbeidet i 2006 veilederen Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester. Denne beskriver bl.a. hvordan hjelpebehovet kartlegges. IPLOS beskrives som ett verktøy for saksbehandling, rapportering og statistikk for kommunene. Videre beskrives IPLOS som ett verktøy som nødvendig for at velferdspolitiske beslutninger skal kunne tas på grunnlag om viten om utvikling med hensyn til behov, tjenesteyting og ressursinnsats (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Opplysningene som fremkommer i IPLOS-registeret omhandler faktiske opplysninger om søkerens/brukerens sosiale forhold, slik som nettverk, boligforhold, sosiale forhold, pårørende og evt andre hjelpetiltak. I tillegg til disse, består IPLOS av de 17 variablene som omhandler bistandsbehov (Sosial- og helsedirektoratet, 2006)

I følge statistisk sentralbyrå, rapporteres IPLOS-registreringene en gang pr. år. I februar skal alle skåringer registrert på kommunens brukere i løpet av foregående år før være innsendt. Disse data offentliggjøres i midten av juni (Helsedirektoratet, 2012).

For helsepersonell i kommunene som skal IPLOS-skåre sine brukere, var det i 2011 268 813 brukere ved utgangen av året. Dette er tall som brukes i tverrsnittsundersøkelser. I tillegg har vi gjennomstrømningen av brukere som er innom pleie og omsorgstjenesten i løpet av ett år. I følge Strand (2012) var antallet tjenestemottakere i 2010 som ikke vises ved årets slutt 70 000

personer. Dette betyr ifølge Strand (2012) i snitt tre til fire nye tjenestemottakere pr uke pr kommune som det skal utformes enkeltvedtak på. I tillegg skal vedtak holdes oppdatert på brukere kommunene allerede har i pleie og omsorgstjenesten. I 2010 utgjorde gjennomstrømmingen på landsbasis 25 % av tjenestemottakerne. Disse gjennomstrømmene opptrer enten som erstatning, dvs. at brukere avslutter tjenester før nye brukere kommer til. Alternativet er at brukerne/tjenestemottakerne utgjør en midlertidig opphopning ved at nye brukere kommer til før andre er avsluttet (Strand, 2012). Ved å bruke Strands (2012) tall kan vi se at det i 2011 var 336 016 vedtak å holde oppdatert.

Strand (2012) peker i sin rapport på hvilken utvikling Samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2008-2009) vil ha for gjennomstrømmingen i pleie- og omsorgstjenesten. Etersom samhandlingsreformen kommunene i større grad vil overta ansvaret for rehabilitering og opplæring i egenmestring, og samtidig har en aldersprofil med stor vekt på personer over 50 år, er Strands (2012) hypotese at gjennomstrømmingen av tjenestemottakere i kommunenes pleie og omsorgstjeneste vil øke, og da mest for gruppene over 50 år. Også i en annen artikkel påpeker Strand (2012) at kommunale helse- og omsorgstjenester vil bli tildelt nye og økte oppgaver med samhandlingsreformen, ved at kommunene overtar ansvaret for ferdig behandlede pasienter.

I Veileder Saksbehandling og dokumentasjon (Sosial- og helsedirektoratet 2006) beskrives det hvordan IPLOS er ett verktøy for saksbehandling og planlegging. I Felles forståelse – individuell registrering forklares det at siste gyldige registrering i tjenesten skal vise tjenestemottakers situasjon og behov, og er ett av grunnlagene for nytt vedtaksbeslutning (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

3.4 Tilnærming til elektronisk saksbehandling

Fornebu Consulting (2013) er ett av firmaene som utvikler elektronisk saksbehandlingssystemer i privat næringsliv og offentlig sektor. De peker på oppmerksomheten elektronisk saksbehandling har hatt med tanke på effektivisering, økt kvalitet og service. Imidlertid opplever de at det denne gevinsten har tatt fokus fra de praktiske utfordringene ved implementering av elektronisk saksbehandling, noe som viser seg i form av uklare visjoner, ensidig fokus på teknologi, mangelfull implementering og uoppfylte forventninger.

Fornebu Consulting (2013) mener at elektronisk saksbehandling har ett stort potensiale, men for å oppnå dette må tre grunnleggende prinsipper følges:

1. Mål og rammer for innføringen må utledes og presiseres i forkant.
 - Hva ønsker at ett saksbehandlingssystem
 - Hva er målet for innføringen
 - Forankring hos ledelsen
 - Forankring hos saksbehandlerne
2. Motstand må forventes
 - Nye saksbehandlingsprosesser
 - Identifiserbare og målbare effekter
3. Innføring må omsettes i en gjennomarbeidet implementeringsstrategi
 - Tilrettelegging, innføring og tatt i bruk effektivt

(Forebu Consulting, 2013)

Organisatorisk kan man skaffe effektivitet i vedtaksendring ved å begrense søking av informasjon (Jacobsen og Thorsvik, 2011)

4.0 Plandokumenter

Dette kapittelet er i sin helhet en tolkning og beskrivelse av Samhandlingsreformen (St.meld.nr 47, 2008-2009).

4.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformens (St.meld.nr. 47, 2008-2009) hovedmål å redusere behovet for sykehus tjenester også dempe veksten av tjenestemottakere i pleie og omsorgssektoren gjennom økt forebygging. Det som preger, og fortsatt skal prege, den norske velferdsmodellen er prinsippet med lik tilgang på gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted. Samhandlingsreformen peker på tre hovedutfordringer:

1. Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok i dagens samfunn. Dvs. det mangler samhandling og oppfølging mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Økt kommunal innsats, som forebygging og rehabilitering, vil være en kostnad for kommunen, men samtidig en gevinst for spesialisthelsetjenesten i form av sparte sykehusinnleggelse. Samtidig kan kommunene nyttiggjøre seg befolkningsnærhet, og oppgavene rettet mot brukeren fokuseres på den enkelte brukers behov og mestringsevne.
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å forebygge og begrense sykdom. Som nevnt er forebygging og rehabilitering en kostnad for kommunen, derfor er disse også ofte tapere i kampen mot de mer spesialiserte helsetjenestene. Dette er dårlig økonomi, både overfor den enkelte bruker, men også for samfunnet. Forventet økt antall eldre og kronisk syke forsterker dette argumentet.
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Flere forhold ligger til rette for å øke etterspørselen etter helsetjenester. Endring i sosiale mønstre, forventninger blant brukerne og økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester er noen av disse. I tillegg er Norge allerede ett av de landene som bruker flest offentlige helsekroner pr person. Det er derfor viktig å sette inn tiltak for å hindre at helse- og omsorgstjenestene
 - Blir en trussel mot samfunnets bæreevne, både med hensyn til tilgang på arbeidskraft og samfunnsøkonomi.
 - Over tid gjør det nødvendig med prioriteringer som vil bryte med de grunnleggende verdier i velferdsmodellen.

Alle disse tre utfordringene krever tiltak for å gi helhet i helse- og omsorgstjenestene, men gir i seg selv ikke sikkerhet for at gode og rettferdige tjenester blir levert.

Det legges derfor opp til fem hovedprioriteringer for å møte hovedutfordringene:

1. Klarere pasientrolle.
2. Ny framtidig kommunerolle.
3. Etablering av økonomiske insentiver.
4. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse.
5. Tilrettelegge for tydelige prioriteringer.

Noen av de prioriterte tiltakene for å nå målene i samhandlingsreformen er utvikling av IKT systemer, utvikling av forsknings og utdanningspolitikk og personalpolitikk.

For å sette i verk tiltak for å møte fremtidens utfordringer må det skje endringer i den organisatoriske oppbyggingen. Det må settes inn ressurser som belyser hvordan den offentlige innsatsen mest mulig rasjonelt kan fordeles innad og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Ett virkemiddel vil være å bruke Nasjonal Helseplan (St.prop.nr.1 (2006) til et bedre utnyttet redskap til utvikling av hovedlinjene i helse- og omsorgstjenestene. For kommunens del vil det være naturlig å se på hvilke oppgaver som er knyttet til administrasjons og systemarbeid. Slike oppgaver vil være helseovervåkning, folkehelsearbeid, arbeid med kommunale planer og arbeid med samarbeidsavtaler. Ansvar for disse tiltakene legges på den enkelte kommune.

Ett av begrepene som brukes i Samhandlingsreformen er BEON, beste effektive omsorgsnivå. Dette etterfølger det tidligere begrepet LEON, lavest effektive omsorgsnivå. Ideen er å sette inn ressursene på det nivået som er nærmest pasienten/brukeren, som her vil si brukerens hjemstedskommune. Dette setter krav til kommunene til å identifisere behov, og sette inn tjenester på ett tidlig tidspunkt for tenke mer helhetlig, med forebygging, behandling og oppfølging av brukeren. Dette vil kunne hindre eller snu sykdomsutvikling og øke den enkeltes mestringsevne, samtidig som det bidrar til god samfunnsøkonomi.

Dagens finansieringsordning i helse- og omsorgssektoren inviterer ikke til utvikling av samhandling og helhetlige tjenester fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det er derfor viktig å komme frem til nye og kostnadseffektive løsninger. Departementet mener dette kan gjøres gjennom organisatoriske tiltak, enten ved at en går over til ett samlet forvaltningsnivå,

eller ved at alle midler til helsetjenesten kanaliseres gjennom den enkelte kommune. For små kommuner vil dette kunne gi store variasjoner i kostnader, grunnet stor variasjon i innbyggernes behov for spesialisthelsetjenester.

Som strategiske tiltak for å nå sine mål i samhandlingsreformen vil regjeringen:

- Bidra til utvikling av IKT system, som virkemiddel for samhandling mellom ulike aktører. Innføringen må kombineres med organisasjonsutvikling, endring av rutiner og nye måter å samarbeide på. IKT skal være den naturlige kommunikasjonsformen og skal bidra til effektivisering og kvalitetsforbedring.
- Bidra til kompetent helsepersonell - i alle deler av tjenesten. Helsetjenesten skal være en attraktiv arbeidsplass med muligheter for utvikling og gode arbeidsvilkår. Uten denne plattformen er det ikke mulig å gjennomføre helsepolitikken. Det er viktig å analysere behovet for helsepersonell i fremtiden og iverksette tiltak for å unngå mangel på disse ressursene i fremtiden. For å lykkes med dette kreves:
 - Krav til at riktig antall helsepersonell utdannes og at de får den riktige kompetansen.
 - At det settes i verk tiltak som gjør at søkningen og rekrutteringen til de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten blir likest mulig, for å fordele kompetanse og ressurser.
 - Helsearbeidere skal ha holdninger og verdier som samsvarer med helsepolitiske verdigrunnlag og mål.
- Bidra til god samhandling mellom andre sektorer. Det må satses på utvikling av IKT som verktøy for å understøtte koordinering av omsorg og behandling. Det må gi informasjon til bruk i forskning og utvikling, samt gi dokumentasjon for behandlingsopplegg.

Det er og hans behov og integritet som er utgangspunktet for helse- og omsorgstjenestenes eksistens. Samhandlingsreformen setter nye krav til pasienten ved at den setter krav til deltakelse ved å:

- Delta i eget forebyggings-, behandlings-, rehabiliterings og omsorgsopplegg.
- Sammen med organisasjoner delta på utforming av hvordan tjenestene skal ytes til den enkelte.

Dette er ikke ensbetydende med at det er det den enkelte mener å ha behov for som skal dekkes av tjenesten, det skal også påvirkes av prioriteringer, faglige og etiske normer. Brukerperspektivet tar utgangspunkt i at det er den enkelte tjenestemottakers behov for hjelp som settes i sentrum. Helsetjenestens verdigrunnlag ligger til grunn for hvordan tjenestene skal utvikles, og baserer seg på normen om at hele befolkningen skal ha ett likeverdig tjenestetilbud, uavhengig av alder, kjønn, økonomi og etnisk bakgrunn.

1. September 2009 trådte det nye pasient- og brukerombudet i kraft. Dette er en videreutvikling av det gamle pasientombudet, og favner nå ikke bare pasienter i spesialisthelsetjenesten, men også brukere av omsorgstjenesten. Dette er en instans opprettet for å hjelpe brukere gjennom hele systemet.

Samhandlingsreformen har som mål å løse flere pasientrettede oppgaver nærmest mulig brukeren (NEON). Med dette følger flere utfordringer for kommunehelsetjenesten, ved at de blir pålagt nye oppgaver. Den tradisjonelle hjemmetjenesten stagnerer og reduseres, mens det er vekst i hjemmesykepleien og andre tjenester utført av helse- og omsorgspersonell med høgskole- og universitetsutdanning. Dette medfører at det fremover bør presiseres hva som er innholdet i sykepleiefunksjonen, og hvordan den skal integreres i helse- og omsorgstjenesten. Også fastlegeordningen må utvikles. Det har vist seg at pasienter som selv ikke etterspør helsetjenester, eller som har vanskelig for å oppsøke lege selv, sjelden oppsøker lege på eget initiativ. Det har skjedd en vekst i omsorgstilbudet for eldre over 67 år i form av økt bemanning i sykehjem, men ikke i hjemmetjenestene. De nye kommunale oppgavene må ikke få plass på bekostning av eksisterende og grunnleggende omsorgsoppgaver. Regjeringen har ett mål om å sikre tilbud og god kvalitet i kommunal omsorgstjeneste. Omsorgsplan 2015 har derfor blant annet et mål om 12000 nye heldøgns omsorgsplasser og 10000 nye årsverk i omsorgstjenesten.

Samhandlingsreformen forespeiler kommunale palliative enheter med kompetent fagmiljø i helse- og omsorgstjenesten. Dette vil også komme hjemmeboende pasienter til gode.

Som nevnt vil en følge av samhandlingsreformen være at en større andel pasienter utskrives tidligere fra sykehus og overføres til kommunen. Dette er pasienter som kan ha behov for både rehabilitering og pleie. Samhandlingsreformen forespeiler at rehabilitering skal være en del av treningsopplegget rundt pasienten, og det skal legges til rette for målrettet trening. Dose, intensitet og varighet skal ta utgangspunkt i pasientens mål.

Samhandlingsreformen foreslår en modell som innebærer at pengene skal følge pasienten. Kommunen vil da få midler etter hva brukerne i kommunen har av behov for spesialist- eller kommunehelsetjeneste. Det meldes da behov fra brukeren, og krever ett velutviklet regelverk for å fatte vedtak. Disse vedtakene utløser statlig finansiering, uavhengig av forvaltningsnivå. Dette er en aktivitetsbasert finansiering der det vil si at jo flere pasienter eller brukere en kommune har, desto mer utbetalinger fra staten. En forutsetning for denne modellen er at kommunen benytter et velutviklet pasientklassifiseringssystem. Samhandlingsreformen foreslår IPLOS som ett slikt system i pleie- og omsorgssektoren. Dette systemet setter krav til tjenesteyterne i form av dokumentasjon og omfang av tjenester. «Full aktivitetsbasert finansiering vil trekke i retning av høyt omfang på tjenestene»

Helsepersonell utgjør to tredjedeler av den samlede ressursinnsats i helse- og omsorgstjenesten. Det er av stor betydning for kvaliteten på kommunenes pleie og omsorgstjeneste at det rekrutteres og beholdes personell. Faktorer som kan ha innvirkning på dette er gode faglige arbeidsmiljøer, god grunnbemanning, en helsemessig bemanningssammensetning, god ledelse og muligheter for fag- og kompetanseutvikling, god organisering av arbeidet. Helsetjenesten må ha ett tilstrekkelig antall personell i alle deler av tjenesten, og det må fokuseres på fordeling av helsepersonell innad i tjenesten. Videre må det sees på nye og/eller utvidede roller for helsepersonell for å få en bærekraftig utvikling av tjenesten (St.meld.nr. 47, 2008-2009).

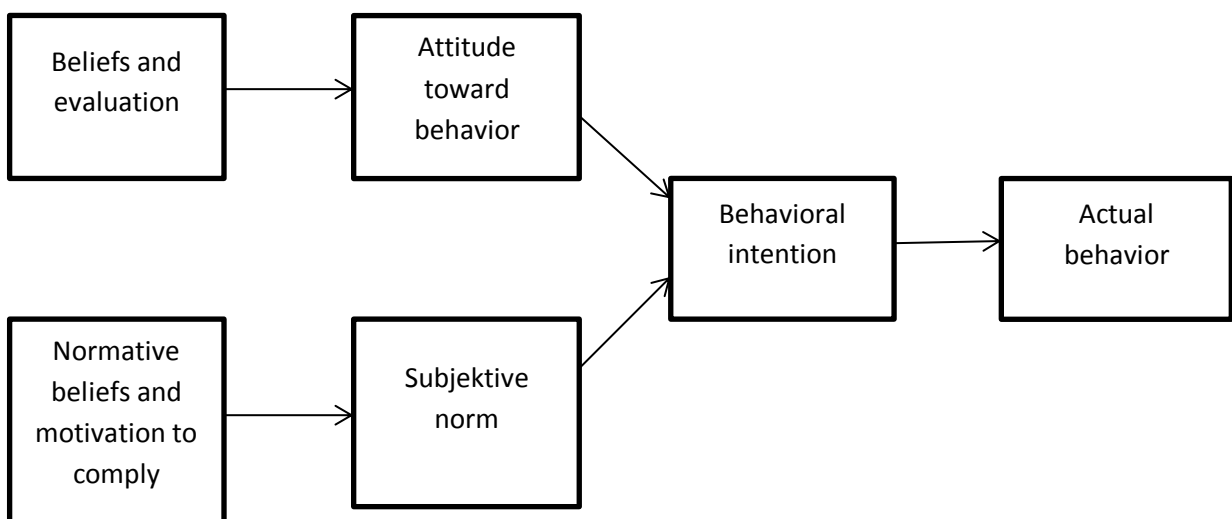
5.0. Teori

Unified Theory of Acceptance and Use of Technology, UTAUT, er utviklet på bakgrunn av åtte tidligere teorier (Venkatesh, Morris, Davis, Davis, 2003)

5.1 Tidligere teorier

Theory of Reasoned Action (TRA)

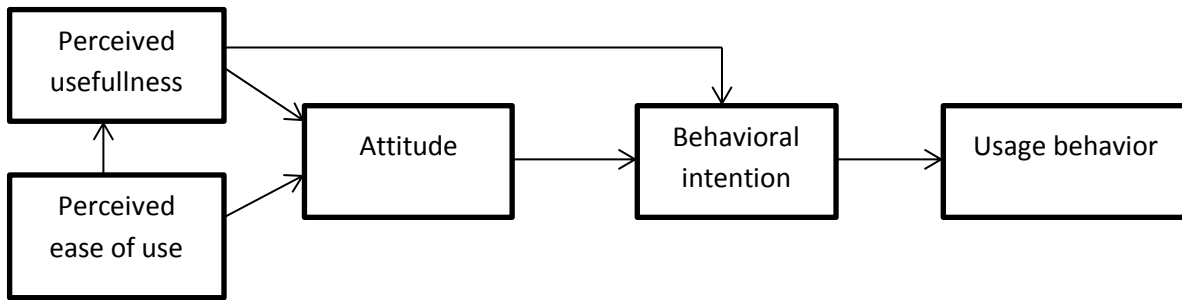
Dette er en generell teori utviklet fra sosialpsykologi og forklarer menneskelig adferd. I følge denne teorien er adferd avhengig av intensjon. Teorien er utviklet av Taylor og Todd (1995) og forklarer menneskets intensjoner for adferd (Behavioral Intention). Behavioral Intentions påvirkes av personens holdninger og subjektive normer og er ett mål for hvor sterk hans eller hennes intensjon for en spesiell adferd er.



Figur 8: Theory of Reasoned Action (TRA)

Technology Acceptance Model (TAM)

Mindre generell enn TRA, og er ment for å kunne forutsi intensjonen og bruk av informasjonssystemer. Utviklet av Davis (1986). Utfyller TRA med at adferdsintensjon er en faktor i forhold til bruk og nytteverdi. TAM 2 er en videreutvikling av TAM, og tar høyde for å se intensjonen bedre der bruk ikke er frivillig.



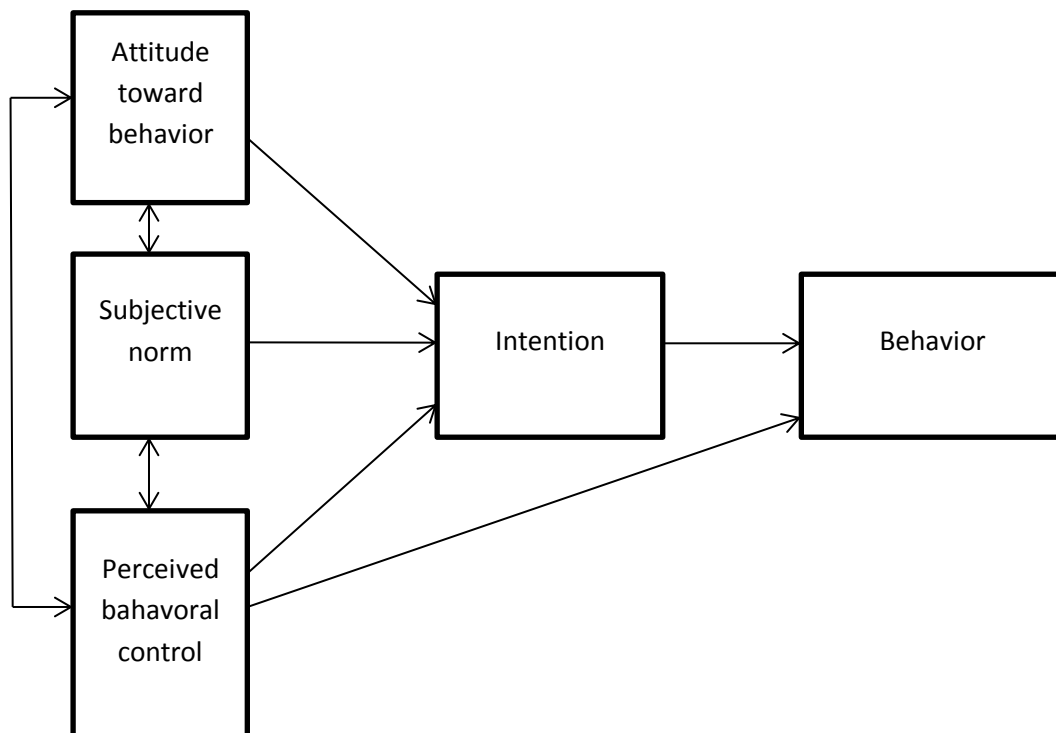
Figur 9: The Technology Acceptance Model

Motivation Model (MM)

Forklarer hvordan motivasjonsteorier kan brukes for å forklare adferd. Utviklet av Davis et.al (1992). Indre motivasjon forklarer at det er aktiviteten i seg selv som er verdifull, mens ytre motivasjon peker på resultatet av aktiviteten som mest verdifull. En ytre motivasjon kan være lønn eller jobbforfremmelse (Davis et.al, 1992)

Theory of Planned Behavior (TPB)

Utviklet av Ajzen (1985). Forklarer hvilke begrensninger som ligger begrensninger på adferd. Modellen slår fast at intensjonen til bruk er avhenging av holdninger, subjektive normer og interne og eksterne begrensninger på adferd. Disse begrensningene er fysisk, økonomiske og tidsmessige.



Figur 10: Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991).

Combined TAM-TPB (C-TAM-TPB)

En modell utviklet i 1995 der Taylor og Todd kombinerte theory of planned behavior (TPB) med TAMs begrep Percieved usefulness (Venkatesh et.al, 2003)

Model of PC Utilization (MPCU)

En videreutvikling av Trandis Theory of Human Behavior gjort av Thompson i 1991. fokuserer på brukeradferd og egner seg til å forutse aksept og bruk av IT blant brukere. Innfører begrepene «job-fit» «complexity», «social factors» og «facilitating conditions»

Innovation Diffusion Theory (IDT)

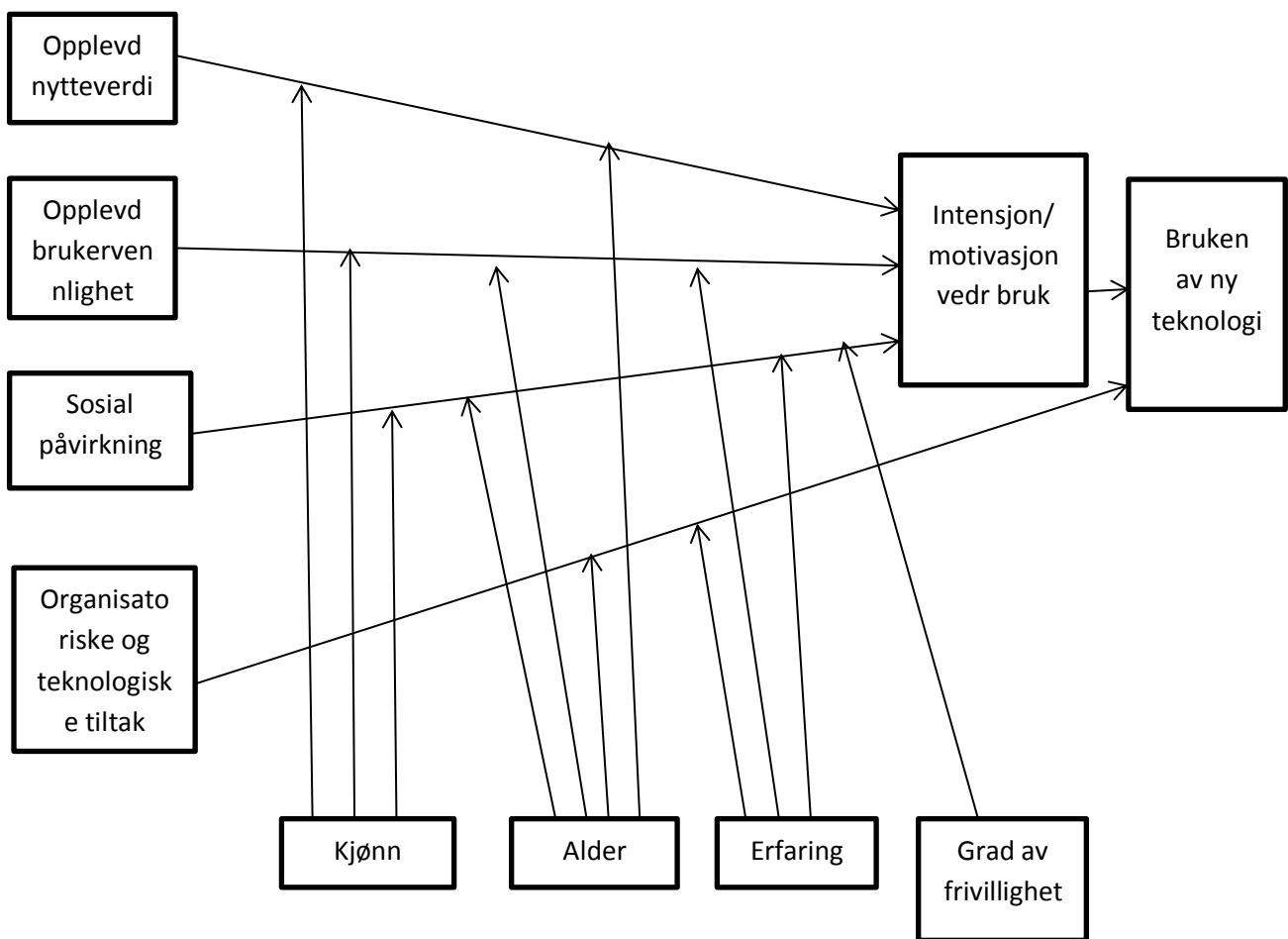
Utviklet av Rogers og videreutviklet av Moore og Benbasat. Har sin opprinnelse fra sosiologien der den skulle forklare aksept av innovasjon. Bidrar med begrepene «visability», «image» og «voluntariness of use»

Social Cognitive Theory (SCT).

Utviklet av Compeu og Higgins og brukes i forhold til brukeraksept og bruk av IT systemer. Nye begreper er «outcom expectation performance», «outcome expectation», «self-efficacy», og de følelsesladede begrepene «affect» og «anxiety».

5.2 UTAUT

Unified Theory og Acceptance and Use og Technology, UTAUT, er en modell utviklet av Venkatesh et al. (2003). Denne modellen baserer seg på åtte tidligere presenterte modeller for brukeraksept. Hensikten med UTAUT er å fremme intensjoner for bruk og aksept av ny teknologi. Fire elementer må ligge til rette for å oppnå det Venkatesh et al (2003) kaller «Behavioral Intention», her oversatt til «intensjon/motivasjon vedrørende bruk av ny teknologi». Intensjoner for bruk (Behavioral Intention) påvirkes igjen av fire faktorer: kjønn, alder, erfaring og grad av frivillighet.



Figur 11: Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (Venkatesh et.al, 2003, s448)

I denne modellen kan vi se at alder og kjønn har innflytelse på flere områder angående intensjoner for bruk. Venkatesh et.al (2003) advarer mot å se på alder, kjønn og erfaring som isolerte grunner for intensjon og motivasjon for bruk, dette er faktorer som må sees på som en sammenheng.

Som vi kan lese av modellen over, er det sosial påvirkning som i størst grad lar seg influere av andre faktorer. Både kjønn, alder, erfaring og graden av frivillighet påvirker den sosiale påvirkningen og intensjon og motivasjon for bruk av ett system. Deretter er det opplevd brukervennlighet som har flest påvirkningsfaktorer, der både kjønn, alder og erfaring har innflytelse på intensjon/motivasjon for bruk. Opplevd nytteverdi påvirkes bare av kjønn og alder i forhold til intensjon/motivasjon for bruk. Alder og erfaring har direkte påvirkning på organisatoriske og teknologiske tiltak vedrørende bruken av ny teknologi, uten at brukeren trenger å ha intensjon eller motivasjon til å ta i bruk ny teknologi. Dette betyr at eldre brukere med liten eller dårlig erfaring finner bruk av ny teknologi mest utfordrende. Videre kan vi lese

at graden av frivillighet kun har innvirkning på sosial påvirkning for intensjon/motivasjon for bruk av ny teknologi.

5.2.1 Opplevd nytteverdi

UTAUTs Performance Expectancy. I hvilken grad vil systemet ha nytte for brukeren. Dette gjelder enklere og raskere arbeidsprosesser, innflytelse på produktivitet og kvalitet samt sjansje for forfremmelse og lønnsøkning. Nyttieverdien påvirkes av kjønn og alder. Menn er mer resultat- og oppgaveorientert enn kvinner, og yngre brukere mer enn eldre. Kjønn og alder må sees som en sammenheng (Venkatesh et al., 2003)

Venkatesh et al. (2003) definerer opplevd nytteverdi som graden nytte, fordeler og gevinst en person opplever i jobbsammenheng ved å bruke ett system. Fem begreper fra de tidligere modellene gjenkjennes under begrepet «opplevd nytteverdi»:

- Fra TAM og TAM2 og C-TAM-TPB kommer opplevd brukbarhet (received usefulness), som beskriver i hvilken grad en person opplever at bruk av ett system påvirker hans eller hennes yteevne positivt.
- Fra MM ytre motivasjon (extrinsic motivation), brukeren vil bruke systemet fordi resultatet vil gi han eller henne noen fordeler, som økt lønn eller høyere stilling.
- Fra MPCU bedre jobbutførelse (job-fit), hvordan ett system vil gjøre jobben enklere.
- Fra IDT relative fordeler (relative advantage) hvordan vil det nye systemet være en forbedring fra det gamle.
- Fra SCT personlige konsekvenser (outcome expectations). Hvilken nytte har systemet for meg.

5.2.2 Opplevd brukervennlighet

UTAUTs Effort Expectancy. Hvor enkelt opplever brukeren at systemet er? Brukervennlighet er mest signifikant like etter endt opplæring, når systemet er nytt. Denne signifikansen jevner seg ut etter at brukeren oppnår erfaring med systemet. Brukervennlighet er viktigere for kvinner enn for menn, og mer viktig for eldre enn yngre brukere (Venkatesh et al, 2003).

Tre begreper fra tidligere modeller gjenkjennes i opplevd brukervennlighet:

- Fra TAM/TAM2 opplevd brukervennlighet (perceived ease of use). I hvilken grad vil en person oppleve at systemet vil være problemfritt.
- fra MPCU kompleksitet (complexity). I hvilken grad systemet vil oppleves som forståelig og enkelt å bruke.

- fra IDT enkelt å lære og komme i gang med (ease of use). I hvilken grad oppleves ett nytt system som enkelt å bruke.

5.2.3 Sosial påvirkning

UTAUTs Social Influence. Hvorvidt opplever brukerne at kolleger og overordnede mener systemet er viktig. Påvirkes av hva andres opplevelse og erfaring av systemet er. Dette er spesielt viktig når systemet er nytt, og påvirkes av om bruken er frivillig eller ikke. Ettersom graden av erfaring øker, minker graden av sosial påvirkning. Om bruken er frivillig, vil viktigheten av sosial påvirkning være større. Er bruken pålagt er det overordnedes erfaring og opplevelse av systemet som har størst påvirkning. I tillegg er kvinner mer mottakelig for sosial påvirkning, og dette gjelder også med økende alder (Venkatesh et al, 2003).

Tre begreper i tidligere modeller gjenkjennes:

- fra TRA, TAM2, TPB/DTBP og C-TAM-TPB subjektive norm. Hva mener de viktigste personene rundt brukeren at han eller hun skal gjøre (eller ikke gjøre) den aktuelle oppgaven.
- fra MPCU sosiale faktorer (social factors). Personer bruker systemet fordi andre (kolleger) bruker det, og fordi det er en mellommenneskelig enighet om at det skal brukes.
- fra IDT image. I hvilken grad vil bruk av systemet gjøre at personen opplever økt status på arbeidsplassen.

5.2.4 Organisatoriske og teknologiske tiltak

UTAUTs Facilitating Conditions. I hvilken grad opplever brukeren at det er organisatorisk og teknisk tilrettelagt for å støtte bruken av systemet? Dette gjelder fysiske begrensninger som mangel på datamaskiner, manglende opplæring, økonomiske og tidsmessige begrensninger. Dette gjelder også sammenhengen mellom flere systemer, om disse kan kommunisere og er kompatibelt. Organisatoriske og teknologiske tiltak har ingen direkte innvirkning på intensjonen og motivasjonen for bruk, men går direkte på bruk av ny teknologi.

Tre begreper fra tidligere modeller gjenkjennes:

- fra TPB/DTPB, C-TAM-TPB opplevd adferdskontroll (perceived behavioral control). Bruker opplever at han eller hun mestrer bruken av systemet.
- fra MPCU, kontroll på bruk av utstyr (facilitation condition). Tilgang på hjelp og veiledning.

- fra IDT, kompatibilitet (compatibility). I hvilken grad systemet passer til arbeidsoppgavene han eller hun har.

5.3 Brukbarhet

Middelton et al. (2013) beskriver i sin artikkel hva som har betydning for brukbarheten av et informasjonssystem. De peker på at et vellykket system er tidsbesparende, mens ett mindre vellykket system stjeler tid. Faktorer som brukbarhet, fart på programmet, support, opplæring, forståelse av programmet, motivasjon og initiativ fra brukeren, brukermedvirkning på utviklingen av programmet og rutiner har betydning for hvordan intensjonen er for bruk av programmet. Videre foreslås det at hensyn til hva som motiverer helsearbeidere til å bruke et informasjonssystem påvirker deres bruk av programmet.

Helsearbeidere bruker ofte mer enn ett program i EPJ. Disse bruker ikke samme terminologi, og dette mener Middelton et al (2013) er en grunn til at det ikke ses samsvar mellom opplysningene som kommer frem om brukeren. Middelton et al (2013) beskriver at bruken av ulik terminologi i ulike programmer fører til at data uteblir, blir lagt inn feil eller oversett. Dette betyr at det trengs tverrfaglig kompetanse for å få lage ett komplett program, helsearbeiderens rutiner og mål med dataene som legges inn, teknisk ekspertise politisk innsikt og forståelse av og sosio-teknisk sammenheng må sees på i en helhet for å oppnå ett brukbart EPJ system.

Middelton et al (2013) refererer til hva Healthcare Information Management and System Society (HIMSS) definerer som kjennetegn brukers oppfattelse av brukbarhet på EPJ:

- Enkelt
- Naturlig
- Stabilt
- Forståelse og tilbakemelding
- God språkbruk
- God varsling
- God presentasjon av informasjon
- Forklaring av bakenforliggende årsaker
- Minst mulig kognitive belastninger

Noen mener i følge Middleton et al (2013) at jobben med å forbedre EPJ vil gå bekostning av implementasjonen av teknologi generelt, likevel mener Middleton et al (2013) at fokus må rettes mot brukbarhet i helse-IKT for å forbedre pasientsikkerhet og kvalitet på pleie.

6.0 Metode

Dette kapittelet er en kronologisk redegjørelse for valg av design, metode og prosedyrer for gjennomføring av undersøkelsene.

På bakgrunn av antakelsene og problemanalyse ble tre kommuners rutiner angående IPLOS betydning i vedtak undersøkt. Det ble gjort en kvalitativ undersøkelse av saksbehandlere i kommunene angående deres opplevelser og utfordringer med hensyn til IPLOS, elektronisk saksbehandling og EPJ. Målet med denne undersøkelsen var å følge opp og belyse forskningsspørsmålene. Disse forskningsspørsmålene har til hensikt å beskrive sammenhengen mellom IPLOS, behovsvurdering og elektronisk saksbehandling.

Før undersøkelsene startet, ble det søkt Fakultetets Etikkomite (FEK) for godkjenning av prosjekt. Godkjenning fra regional etisk komite (REK) ble ikke søkt, da undersøkelsen ikke omfattet pasientopplysninger. Intervjuguiden som var vedlegg i søknaden til FEK (Vedlegg 1), utviklet seg underveis i prosjektet. Den endelige intervjuguiden fremkommer i vedlegg 3.

6.1 Utvalg

De tre kommunene som ble valgt, har det til felles at de benytter Acos' EPJ program CosDoc. Ut fra dette ble det valgt en bykommune, en kommune med kombinert tettbebyggelse, by og land, samt en liten landkommune. Ved å undersøke disse tre forskjellige kommunene var ønsket også vurdere eventuelle forskjeller på små og større kommuners rutiner ved saksbehandling. Det har under hele prosessen vært løpende kontakt med Acos, som har besvart små og store spørsmål.

I de tre kommunene som ble valgt, ble overordnet ansvarlig person for brukers behovsvurdering og saksbehandling kontaktet. Disse formidlet videre kontakt med aktuell saksbehandler til å kunne besvare spørsmål. Saksbehandlerne som til slutt ble informanter, valgte ut ti tilfeldige brukere fra hver av avdelingene sykehjem, omsorgsbolig og hjemmetjeneste til undersøkelse av problemstillingen. Landkommunen har ikke omsorgsboliger, derfor kun tall fra sykehjem og hjemmetjeneste

6.2 Etiske overveielser

Alle data som samles inn hos aktuelle kommuner mottas anonymisert. Det er i denne undersøkelsen uinteressant hvem brukerne er, også hvilke kommuner som er undersøkt. Når

det gjelder selve undersøkelsen, intervju med saksbehandlere, er det heller ikke relevant med navn på kommunene i undersøkelsen, og saksbehandlere vil dermed ikke kunne gjenkjennes i denne avhandlingen. Intervjuene var åpne og enkelte faste spørsmål. Underveis i intervjuene ble det gjort notater, i tillegg til to stk. taleopptakere. Når intervjuene var transkribert, ble de sendt tilbake til informant for gjennomlesing og godkjenning av tolkning og transkribering. Når dette var gjort, makulertes skriftlig materiale, og lydfilene på taleopptaker ble slettet. Informantene gjort kjent med sine rettigheter, med skjemaet «forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet» (vedlegg 2), der det ble informert om studien og dens hensikt, samt informantens mulighet til å trekke seg fra undersøkelsen.

6.3 Litteratur og teori

Ved oppstart av oppgaven var det naturlig å ta utgangspunkt i Samhandlingsreformen og Norske offentlige utredninger (NOU) der IPLOS, behovsvurdering, saksbehandling og vedtak var tema. I tillegg ble det samlet inn litteratur fra Bibsys' databaser på området saksbehandling og IPLOS. Det ble søkt på saksbehandling i kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Resultatet ble en studie av Samhandlingsreformen og utfordringene denne forespeiler for nåtiden og for den nærmeste fremtid. I tillegg ble en rekke tidligere masteravhandlinger lest. Det ble også naturlig å bruke statistikk fra Statistisk Sentralbyrå. I følge Malterud (2005) kan plandokumenter anses som en kilde for forskning på helsetjenester. Samhandlingsreformen (St. meld. 47, 2008-2009) er brukt som plandokument.

En teori uttrykker noe som er typisk for mange personer i en sammenheng. Den kan oppleves som en generell påstand om, eller forenkling av, virkeligheten (Johannessen, Tufte, Christoffersen, 2010). Teorien til DeLone og McLean (2003) ble vurdert, det samme ble TAM, da disse forklarer sammenhengen mellom ulike påvirkningsfaktorer og bruk av informasjonssystemer. Da teorien til Venkatesh et al (2003) om UTAUT ble funnet, viste det seg som en svært dekkende teori i denne sammenheng. UTAUT ble utgangspunkt for den kvalitative undersøkelsen av saksbehandleres opplevelse og holdninger til IPLOS og elektronisk saksbehandling.

Spørsmålene i intervjuguiden ble laget på bakgrunn av UTAUTs variabler om opplevd nytteverdi, opplevd brukervennlighet, sosial påvirkning og organisatoriske og teknologiske tiltak vedrørende innføring av ny teknologi.

6.4 Undersøkelsen

Undersøkelsen er kvalitativ, og foretatt i de samme tre kommunene som ble undersøkt i problemanalysen. Intervjuguiden ble laget på bakgrunn av funnene gjort i litteratur, i problemanalysen og i UTAUT teorien. Denne undersøkelsen fant sted i slutten av februar/begynnelsen av mars 2013.

6.4.1 Forskningsdesign

Undersøkelsen var kvalitativ, med individuelle semistrukturerte intervju med saksbehandlere. Ønsket var å gjøre en undersøkelse, der det ble sett på saksbehandlerens arbeidsmetoder, deres opplevelser av systemenes nytteverdi og brukervennlighet, samt sosial påvirkning og organisatoriske og teknologiske tiltak vedrørende bruk av teknologi. Fordi det var saksbehandlerens opplevelser og holdninger som skulle undersøkes, ble det valgt kvalitativ undersøkelse. Dette fordi denne designen gir mulighet for å gå i dybden, se sammenhenger og gi en helhetsforståelse (Johannessen et al., 2010).

6.4.2 Kvalitativ undersøkelse

Undersøkelsen ble utført over tre dager, en dag for hver kommune. Det ble avtalt tidspunkt da det passet saksbehandler å bli intervjuet i ca. 30 minutter. Disse intervjuene ble tatt opp på to ulike taleopptakere. Fortløpende etter samtalene ble intervjuene transkribert. Dette for å gjøre ferdig og analysere ett intervju om gangen. Når alle tre intervjuene var gjennomført og transkribert ble de sendt tilbake til informant for godkjenning.

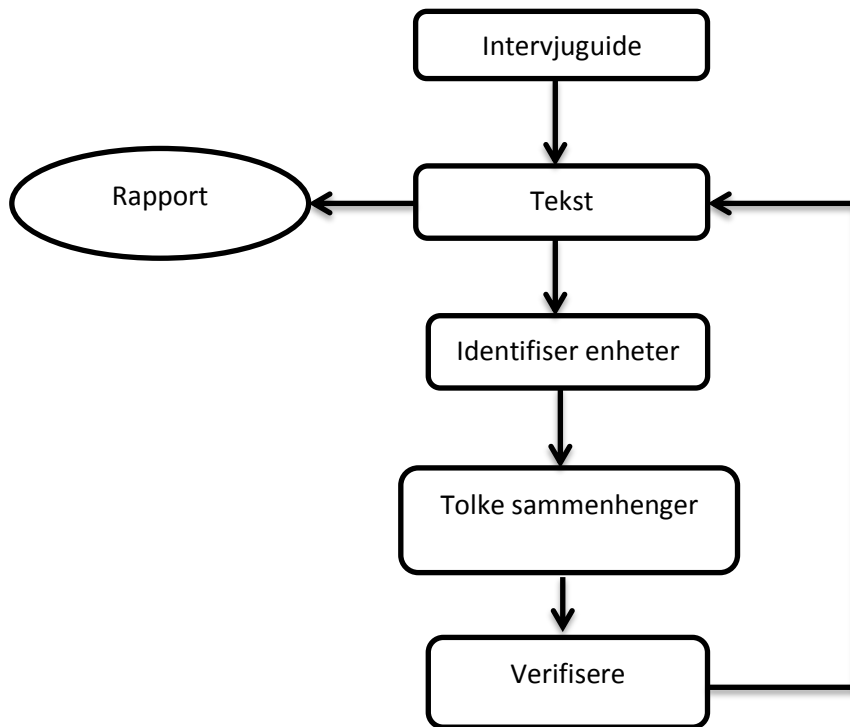
Kodingen av materialet var begrepsstyrt, da den var utviklet i forkant, med utgangspunkt i litteratur og UTAUT teorien (Kvale, Brinkman, 2010). Kodingen ble gjort ved kategorisering av svarene de tre saksbehandlerne gav ut fra en likelydende intervjuguide. Lange intervjuutsagn ble forkortet til korte, konkrete svar (Kvale et.al 2010)

Tilnærmingen av undersøkelsen var deduktiv ved at den er dannet på ett teoretisk grunnlag og viser ett lite antall saksbehandlerens opplevelser og holdninger i forhold til saksbehandling og IPLOS (Kvale et al, 2010). Målet var å redusere tekst, kategorisere og konkretisere saksbehandlerens erfaringer, holdninger og opplevelser med elektroniske saksbehandling ble brukt i forhold til IPLOS.

6.4.3 Fra tale til analyse

I denne oppgaven ble det fulgt Malteruds (1996) beskrivelse av strategien for deskriptiv analyse.

Template Analysis style:



Figur 13: Template Analysis style. Miller og Crabtree (1992) i Malterud (1996 s 91)

I teoristyrte analyse sorteres teksten etter kategorier fra foreliggende teorier. Etter at intervjuene var gjort ble de transkribert fortløpende. Deretter ble det foretatt en tekstkondensering, ved at beskrivelser fra intervjuene ble kortet ned og gruppert innenfor temaene fra intervjuguiden. Første del av intervjuguiden er gruppert etter elementer fra forskningsspørsmålene i oppgaven. Andre del av intervjuguiden er gruppert etter teorien UTAUT. Når beskrivelsene var identifisert og sortert, ble de satt sammen igjen og sammenhengene tolket og sammenliknet mellom de tre kommunene. Dette førte til ny tekst og videre til rapporten som ledet til kapittel 7, analyse og resultat.

6.4.4 Reliabilitet, validitet og bekreftbarhet

Det kan være vanskelig å vurdere intern reliabilitet i en kvalitativ studie da disse ikke kan kvantifiseres og måles i tall (Johannessen et al, 2010). Reliabiliteten er ivarettatt ved at intervjuene etter transkribering er gjennomlest og godkjent av informantene.

I en kvalitativ undersøkelse er det alltid en mulighet for feiltolkninger både i selve intervjuet, i transkriberingen og i tolkningen (Kvale et al, 2010). Denne muligheten minskes dersom arbeidet gjøres av flere personer. Intervjuguiden var etter utarbeidelsen godkjent av veileder før intervjuene ble gjennomført.

Ved at tre saksbehandlere i tre ulike kommuner er intervjuet med de samme spørsmålene, og på den samme måten, styrker den eksterne reliabiliteten. Dette ved at det kan sammenliknes opplevelsene til tre ulike saksbehandlere som alle brukte det samme systemet

Ved å undersøke saksbehandlers opplevelse at ett system og en prosess undersøkeren ikke selv har kjennskap til, minsker faren for subjektive holdninger og tolkninger. Også at det ble foretatt undersøkelser på tre ulike steder og sammenliknet deres opplevelser gjør at bekreftbarheten styrkes.

6.5 Kritisk refleksjon

En kvalitativ undersøkelse vil alltid i en viss grad preges av forskeren selv. Prosessen fra ide til utvalg av informanter vil ha en undertone av forskerens erfaring, hypotese, faglige perspektiv og teoretiske grunnlag. Samtidig vil utvalg, materiale og analyse preges av forskerens teoretiske referanseramme, modellen, begrepene i den og tolkningen av den (Malterud, 1993). Samarbeid mellom flere forskere vil føre til refleksjoner og diskusjoner over funn som er gjort.

7.0 Analyse og resultat

For å undersøke om problemet med å holde vedtak ajour ved hjelp av IPLOS skåringer var reelt, ble det kontaktet tre kommuner. Kommune A, som er en mindre landkommune, kommune B, med delvis by og delvis landsbygd, og kommune C som er en større bykommune.

7.1 Undersøkelsen

Alle tre kommunene hadde tjenestekontor. Likevel gav de ulike svar på hvorvidt de benyttet bestiller/utførermodellen. Landkommunen svarte klart nei og bykommunen klart ja. Kombinasjonskommunen var usikker, men konkluderte med delvis, ettersom de hadde tjenestekontor. Bykommunen pekte på at de benyttet en generalistmodell, der saksbehandlere hadde sine særrområder som barn og unge, avlastning etc. Ingen av kommunene praktiserte at pengene fulgte vedtakene.

Første kontakt med pleie og omsorgssektoren:

I alle kommunene var det en fagleder eller virksomhetsleder som tok første vurdering av ny bruker. Den som melder ny bruker er brukeren selv, pårørende, helsearbeidere eller sykehus. Disse første vurderingene skjedde i hovedsak hjemme hos brukeren, ofte med representant fra brukerens pårørende, eller helsearbeidere som kjente brukeren. Bykommunen forteller at enkelte vurderinger gjøres i samarbeid med helsearbeidere som kjenner brukeren og hans eller hennes situasjon heller enn hjemmebesøk. I tilfeller der pasienten var utskrivningsklar fra sykehus, foregikk samtalen mellom virksomhetsleder på sitt kontor og avdeling i sykehus. I alle tilfeller der samtalen foregår hjemme er brukeren involvert, men ikke nødvendigvis andre personer. Samtaler fra sykehuset foregår ofte uten brukeren. Opplysninger til alle tre kommuner fremkommer både som skriftlige og muntlige henvendelser

Tidsbegrensning

Alle kommunene forteller om varierende praksis på tidsbegrensninger i vedtak. Alle langtidsopphold i institusjon er ikke tidsbegrensede, mens alle korttidsopphold i institusjon er tidsbegrensede. I hjemmetjenesten er det ikke vanlig med tidsbegrensning i vedtakene. Ingen av kommunene får varsling når tidsbegrensede vedtak går ut, det foreligger egne rutiner for hvordan disse skal fanges opp. Når tidsbegrensede vedtak går ut er det soneleder, eller

avdelingsleders ansvar å fange disse opp. Det må følges med på vedtaksdatoer manuelt, det forekommer ingen varsling.

IPLOS

Det berettes om ulik praksis når det gjelder betydningen IPLOS har når ny bruker skal vurderes og nytt vedtak skal fattes. Alle kommunene forteller at det skåres IPLOS. Bykommunen skårer IPLOS parallelt med vurdering av brukeren. I landkommunen skåres IPLOS konsekvent ved nytt vedtak dersom ikke siste IPLOS skåring er av ny dato. I kombinasjonskommunen går det gjennom IPLOS når nytt vedtak skal fattes.

Det fremkommer ingen varsling til elektronisk saksbehandling via EPJ når det gjøres endringer i IPLOS.

Saksbehandlerne hadde noe ulik oppfatning av IPLOS. Kombinasjonskommunen ser ikke alltid samsvar mellom behovene de kartlegger og IPLOS-skåringene. De finner opplysninger om brukeren andre steder enn i IPLOS. Imidlertid ser de ikke bedre rapporteringssystemer.

Kombinasjonskommunen mener IPLOS er nyttig til bruk ved vurdering av tildeling av ressurser i kommunen. Det er individuelt hvem i kommunen som skårer IPLOS. Fagleder har ansvar for at skåringene blir gjort. Saksbehandleren opplever at kommunen har en tydelig og dyktig IPLOS- ansvarlig. Denne personen har ansvar for innrapportering av data en gang pr år, i tillegg til opplæring og veiledning. Saksbehandler er svært godt fornøyd med denne. Saksbehandleren opplever at det er variasjon i rutiner og kunnskaper blant helsearbeidere når det gjelder skåring av IPLOS. Dette avhenger av hva brukerens problem er. Hun opplever at helsearbeidere lettere klarer å se graden av hjelpebehov i konkrete problemstillinger

Landkommunen oppfatter IPLOS som nyttig og interessant. Denne kommunen ser mange muligheter ved riktig bruk av IPLOS. Hun finner mange opplysninger om pleiebehov og hvor tiltak skal settes inn. Dette krever at IPLOS brukes systematisk. I landkommunen er det kun administrative ledere som skårer. I landkommunen er det leder for pleie- og omsorgsavdelingen som er ansvarlig for innrapportering av IPLOS-data en gang pr år. Hun deltar også på årlige seminar med helsedirektoratet.

Bykommunen opplever at IPLOS tar for seg sentrale områder i brukerens pleiebehov. Denne kommunen mener IPLOS er ett relevant verktøy for å få oversikt over brukerens funksjonsnivå. Det er saksbehandlere som skårer IPLOS ved første vurdering og ved

hjemmebesøk. Etter dette er det helsearbeiderne som skårer. I bykommunen er det en egen person i helse- og sosialtjenestens stab som innrapporterer IPLOS-data årlig. I tillegg har kommunen superbrukere i alle avdelinger, inkludert saksbehandlingsavdelingen. Disse superbrukerne har ansvar for opplæring og veiledning. Saksbehandleren opplever at helsearbeidere har gode rutiner og kunnskaper om IPLOS. Dersom det forekommer avvik fra egen oppfatning av hjelpebehov, opprettes enkelt dialog med helsearbeideren som har skåret

Saksbehandlingsprosessen

Alle kommunene påpeker at de tilstreber å følge forvaltningsloven som sier fire uker behandlingstid. Å samle inn opplysninger pekes på som en tidkrevende prosess. Alle kommunene forteller at de setter i verk tiltak før vedtak foreligger.

Kombinasjonskommunen anser dagens ordning som grei. De ser en fordel i å være en liten kommune og nærhet til brukeren. Denne kommunen sier de klarer å holde vedtak ajour og oppdatert. Kommunen mottar ikke klager eller anker på vedtak.

Oppdatering av vedtak i kombinasjonskommunen gjøres etter varslinger fra den som står nærmest brukeren, helsearbeideren, som oppfatter endringer og meldes soneleder eller avdelingsleder. Endring i hjelpebehov kan også komme som melding fra brukeren selv eller pårørende.

Landkommunen forteller om saksbehandlingstid på to til fire uker i åpen omsorg. Også denne kommunen opplever dagens saksbehandlingsprosess som grei. Saksbehandleren forteller at hun ikke klarer å holde vedtak ajour og oppdatert, og ønsker mer kapasitet. Kommunen har mottatt klager eller anker, men det er lenge siden sist.

Endringer i hjelpebehov i landkommunen varsles av helsearbeidere som melder videre til avdelingsleder som deretter melder fra til saksbehandler.

Bykommunen forteller om utfordringer ved å samle opplysninger i saker som involverer flere instanser, som barn og unge og omsorgslønn, men at de prøver å skrive vedtak fortløpende etter vurderingsbesøk. Denne kommunen peker på dokumentasjon fra helsearbeidere som en viktig faktor. Saksbehandler poengterer at «God dokumentasjon gir enklere saksbehandling». Denne kommunen mener de ikke klarer å holde vedtak ajour og oppdatert. De har utarbeidet egne revurderingsrutiner. For å utløse endring i timer i vedtak skal endringen i hjelpebehovet

være av varig karakter. Kommunen opplever få klager eller anker i forhold til antall vedtak som fattes.

Endringer i hjelpebehov hos brukere i bykommunen foregår ved meldinger fra helsearbeidere og avdelingsledere til saksbehandlere

Elektronisk saksbehandling

Alle de tre kommunene brukte elektronisk saksbehandling. Programmet ligger i EPJ programmet CosDoc og alle saksbehandlerne oppfatter programmet som spesielt tilpasset saksbehandlingen i kommunal pleie- og omsorgstjeneste.

Opplevd nytteverdi av elektronisk saksbehandling

Alle kommunene opplevde pasientjournalen i CosDoc som nyttige. De brukte jevnlig muligheten til å lese i journalen for å holde seg oppdatert og orientert om brukerne.

Også modulen for elektronisk saksbehandling opplevdes svært nyttig hos alle tre saksbehandlere.

Alle tre kommunene bruker EPJ for å fatte vedtak i dag, og mener dette både kvalitetssikrer og er svært tidsbesparende i forhold til manuelle vedtak.

Landkommunen forteller om muligheten som ligger i IPLOS' notatdel, der notater for hver variabel automatisk kopieres inn i saksbehandlingen. Dette oppleves som svært nyttig og tidsbesparende.

Bykommunen bruker manuell kopiering og henvisninger til notater som ligger i EPJ i sin saksbehandling.

Opplevd brukervennlighet i elektronisk saksbehandling

Alle kommunene opplevde saksbehandlingen i CosDoc som brukervennlige i større eller mindre grad.

Kombinasjonskommunen påpekte at det til tider kunne oppleves som tungvint. Saksbehandler forteller om noen tidstyver, i form av tilganger og skrivefeil. Hun opplever det som tungvint å

rette opp eventuelle skrivefeil og feilføringer. Kombinasjonskommunen er fornøyd med at saksbehandlingen ligger i CosDoc, og vedtakene kan skrives ut direkte derfra. Opplysningene i pasientjournalene er forståelige, og det er enkelt å gå inn i og vurdere eller revurdere tidligere eller nåværende tiltak.

Landkommunen var svært fornøyd med brukervennligheten. EPJ er i stor grad integrert i saksbehandlingen. Saksbehandleren i landkommunen er daglig inne i pasientjournalen og oppdaterer seg. I tillegg finner saksbehandleren det svært brukervennlig at notater i IPLOS automatisk kopieres til saksbehandlingsmodulen.

Bykommunen opplevde at det var litt mye klikking frem og tilbake. EPJ er i stor grad integrert i saksbehandlingen. Saksbehandleren i bykommunen etterlyser logisk dokumentasjon i kommunen. Helsearbeiderne dokumenterer fortløpende journalnotater, ikke i tiltaksplaner. Dette opplever saksbehandleren fører til unødvendig leting, da notatene ikke har overskrifter som beskriver problem eller hjelpetiltak.

Sosial påvirkning

Alle saksbehandlerne opplevde at kommunene hadde fokus på bruk av informasjonssystemer, med generell interesse fra overordnede, økende mengde elektroniske tjenester i kommunen og hyppig opplæring og veiledning.

Kombinasjonskommunen opplever at tidsbruken i blant er ett fokus, men påpeker at tidsbruken var større tidligere, ved leting i papirjournaler.

Bykommunen påpeker viktigheten av god dokumentasjon i saksbehandling

Organisatorisk og teknologisk

Alle saksbehandlerne mener de har god kontroll på hvor de finner aktuelle og utfyllende opplysninger i EPJ når vedtak skal fattes.

Kombinasjonskommunen opplever til tider treghet i systemet, men mener dette ikke trenger vært systemfeil, det kan like gjerne ligge i «linjene»

Bykommunen peker på dokumentasjonen i journalene er fortløpende notater. Ønsker andre rutiner på dokumentasjon fra helsearbeiderne.

Alle tre kommunene har brukerstøtte lokalt i kommunen. Denne personen er bindeleddet mellom kommunen og Acos. Ingen av saksbehandlerne har direkte kontakt med Acos. Alle saksbehandlerne opplever dette som en tilfredsstillende løsning.

8.0 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres forskningsspørsmålene i avhandlingen opp mot funnene som er gjort i litteratur, teori, plandokumenter og undersøkelser,

8.1 I hvilken grad ligger siste IPLOS skår til grunn for vurdering av hjelpebehov i siste vedtak?

I problemanalysen ble det sammenliknet datoer for siste IPLOS skåring og siste vedtak i de tre undersøkelseskommunene. Denne undersøkelsen viste at siste IPLOS skår i liten grad har utløst endringer i vedtak, da IPLOS skåringene i de aller fleste tilfeller var av nyere dato enn siste oppdaterte vedtak.

Ut fra undersøkelse i problemanalysen kan det se ut som mindre kommuner i større grad har sammenheng mellom IPLOS og vedtak. Antall dager i landkommunen var i snitt 18,3 dager, mens det i bykommunen over 20 mndr. Grunnen til dette kan være at en liten kommune er mer oversiktlig. En annen grunn kan være saksbehandlernes, og kommunens, holdning til IPLOS og betydningen av IPLOS i saksbehandling.

Som beskrevet i problemanalysen, er IPLOS av vesentlig betydning når vedtak skal fattes. Det er også vesentlig at vedtak holdes oppdatert. Dersom ett vedtak ikke er gyldig pr 31.12 har de heller ingen gyldighet i SSB (Gabrielsen et.al., 2012). Det kan derfor se ut som Arendal kommune hadde en underrapportering på 509 brukere av helse- og sosialtjenester i 2012, enn det som fremkommer i SSB. Dette viser igjen viktigheten av å ha alle vedtak på brukere av kommunal omsorgstjeneste ajour.

IPLOS skal skåres i samarbeid med bruker (Sosial- og Helsedirektoratet, 2009). Brukeren skal selv definere hva de har behov for av hjelp, evt ved hjelp av pårørende eller andre som kjenner brukeren. Med dette får brukerne selv være med å definere hvilket hjelpebehov de opplever å ha. Samhandlingsreformen peker på brukermedvirkning, og at brukene skal ha innflytelse og medbestemmelsesrett i plan for behandling og oppfølging.

Av de kommunene som deltok i undersøkelsen var det varierende fokus på nytten av IPLOS i vedtaksprosessen. Landkommunen brukte IPLOS aktivt i utarbeidelse av vedtak, og utnyttet også muligheten som lå i fagprogrammet til å legge inn kommentarer i IPLOS modulen som kopierte seg automatisk over til saksbehandlingsprogrammet.

8.2 Hvilken betydning har IPLOS, pleiebehov og vedtak i plandokumenter?

Kommunene er i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 punkt 6 a, c og d pliktig til å yte nødvendig helsehjelp til de av sine innbyggere som har behov for dette.

Samhandlingsreformen (St. meld.nr. 47, 2008-2009) foreslår en modell der pengene skal følge pasienten «full aktivitetsbasert finansiering», også i pleie- og omsorgssektoren. Det meldes da behov fra bruker som utløser en statlig finansiering. Dette krever ett velutviklet regelverk og ett godt klassifiseringssystem. Samhandlingsreformen foreslår IPLOS som ett slikt klassifiseringssystem.

Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47, 2008-2009) har som mål å redusere behovet for sykehus tjenester og tilbakeføre pasienter til hjemstedskommunen når de er ferdig behandlet. Dette fører til økt belastning på den enkelte kommune ved at brukeren skal ha ett oppdatert vedtak som til enhver tid skal kunne vise kommunenes brukere og deres faktiske hjelpebehov. Pr 31.desember 2011 mottok i overkant av 268 000 personer kommunale omsorgstjenester, av disse var ca. 177 000 mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem (SSB i Prop 1S, 2012-2013). I tillegg regnes en gjennomstrømning på 25 % (SSB, 2012). Med det økende antall tilbakeført fra spesialisthelsetjenesten med pleie- og omsorgsbehov, vil antall brukere av kommunale tjenester øke ytterligere.

Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47, 2008-2009) peker på tre hovedutfordringer:

1. Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok i dagens samfunn
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å forebygge og begrense sykdom
3. Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Kommunale pleie- og omsorgstjenester setter inn ressurser først når brukeren har ett behov, dvs. når IPLOS skåres til over 3.

Derfor legges det opp til fem hovedprioriteringer for å møte disse utfordringene:

1. Klarere pasientrolle
2. Ny fremtidig kommunerolle
3. Etablering av økonomiske insentiver. Ett forespeilet økonomisk insentiv er full aktivitetsbasert finansiering.

4. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
5. Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

St. meld 47, 2008-2009 peker på at ett viktig tiltak for å nå disse målene er utvikling av IKT systemer og utvikling av forsknings og utdanningspolitikk samt personalpolitikk. Videre må det skje endringer i den organisatoriske oppbygningen, bl.a. ved å se på hvilke oppgaver som er knyttet til administrasjons og systemarbeid. Hver enkelt kommune har ett eget ansvar med dette. Kommunene i undersøkelsen viste seg alle å benytte bestiller/utførermodellen dersom denne defineres med at kommunene hadde eget bestillerkontor. Alle kommunene benyttet EPJ systemet CosDoc og elektronisk saksbehandlingsprogram som ligger i denne. Det vil være vanskelig å oppnå en effektiv bestiller/utførermodell uten ett EPJ-program og elektronisk saksbehandlingsprogram som saksbehandlere opplever som nyttig. Dette påpeker også Fornebu Consulting (2013), med at mål og rammer for innføringen må utledes og presiseres i forkant. Acos' EPJ-system, CosDoc, inneholder i følge undersøkelsen moduler og elementer som gjorde at saksbehandlere opplevde saksbehandlingen som nyttig. Spesielt nyttig opplevde landkommunen EPJ-systemet. Denne kommunen innehar også en annen erfaring med systemet enn de andre kommunene. Dette viser at kommunen som har erfaring med å bruke EPJ og elektronisk saksbehandling sammen, og fokus på god bruk av IPLOS, sparer tid på innhenting av pasientopplysninger. Denne kommunen hadde betydelig kortere tid mellom dato for IPLOS-skåring og dato for nytt vedtak, og dermed størst forutsetninger for å på en enkel måte kunne nytte IPLOS for å synliggjøre det faktiske pleiebehovet til kommunens brukere av kommunale tjenester. Ved bruk av IPLOS skåringene som beskrevet i kapittel 3.1, kan muligheten for å synliggjøre ulike pleiebehov synliggjøres slik at Samhandlingsreformens hovedutfordring 1, behov for koordinerte tjenester, kan imøtekommes. Dette ved at det skilles ut hva som trengs av praktisk bistand, av sykepleie, av logoped/tolk, av vernepleier etc.

Økt antall brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester, demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet er faktorer som vil utfordre den økonomiske bæreevnen (St.meld.nr. 47, 2008-2009). Nye brukere med andre behov, økte forventninger og økt etterspørsel vil sette nye krav til innholdet i kommunale hjemmetjenester. Antall yngre brukere vil øke, og det samme gjelder antall brukere som er innom tjenesten for en kortere periode (gjennomstrømming) (St. meld. 47, 2008-2009). Alle de tre kommunene som deltok i

undersøkelsen, forteller om en normal saksbehandlingstid på opp til fire uker. Dette fører til ett spørsmål om hva som skjer med brukere som er innom tjenesten for en kortere periode.

Hjemmetjenesten preges i dag av for liten innsats på forebygging, rehabilitering og begrensnig av sykdom. Dette er en utgift for kommunen, som det følger lite penger med. En av hovedutfordringene St.mld.nr. 47 (2008-2009) peker på er liten satsning på forebygging. Slik dagens ordning er, utløses hjelpebehov ved IPLOS-skåringer på 3 eller høyere. En skåring på 1 eller 2 utløser ikke hjelpetiltak. Forebygging tolkes som at tiltak settes i verk for at hjelpebehov ikke skal utløses. Dermed er forebygging vanskelig å fange opp hos innbyggere i en kommune. Imidlertid er det også her mulig å bruke kommentarfeltet i IPLOS-modulen til CosDoc for å påpeke behov for forebygging. Det forventes et økt antall kronisk syke og eldre, det kan bli en utfordring å overlate dette ansvaret til kommunen, uten at det følger økonomiske midler med. Med dagens ordning for tildelinger av økonomiske midler, har det liten betydning å synliggjøre kommunens samlede pleietyngde annet enn for å innrapportere tall til KOSTRA og SSB. Økonomiske tildelinger til kommunene baserer seg i dag på antall innbyggere og alderssammensetningen på disse. Lite hensyn blir tatt til pleie- og omsorgsbelastningen den enkelte kommune har. Heller ikke timevedtak spiller vesentlig rolle (Prop 1S, 2012). Ved det økte antall brukere som forventes i kommunene i tiden som kommer, virker det naturlig med en ny fordelingsnøkkel for tildelinger, basert på vedtak og pleiebehov i den enkelte kommune. Også innad i kommunen vil det ha betydning med oppdaterte og korrekte vedtak, slik at ressurser kan fordeles riktig. Samhandlingsreformen (St.meld.nr 47, 2008-2009) forespeiler en løsning der pengene skal følge pasienten, også i kommunen. Dette åpner for privatisering,

Regjeringen beskriver i Statsbudsjettet for 2013 (Prop. 1S, 2012-2013) hvilke oppgaver knyttet til IPLOS regjeringen ønsker å satse på i 2013 som:

- Fortsette gjennomføring av tiltak som bedrer datakvaliteten i registeret
- Utarbeide en årlig rapport som dokumenterer kvaliteten på opplysningene i registeret
- Følge opp kommunene, i samarbeid med fylkesmennene, og bidra til økt kompetanse, med særskilt vekt på lederforankring
- Legge til rette for økt bruk av registerdata til statistikk, analyse og forskning.

Dette gir signaler om at det ønskes økt fokus på IPLOS, og kvaliteten på dataene som blir innrapportert. Regjeringen har i Statsbudsjettet for 2013 (Prop. 1S 2012-2013) satset på økt fokus på forbedring av kvaliteten på IPLOS tallene. Hensikten, slik det kan leses ut av Prop 1S (2012-2013) er at tallene skal kunne være kvalitetsmessig gode nok til å kunne brukes til forskning. Regjeringen ønsker å overføre 2,4 millioner i statsbudsjettet til styrking av IPLOS. Dette er over 126 000 kr pr fylke, eller ca. kr 5608 pr kommune. I følge SSB (2013) er gjennomsnittlig månedslønn for en kommunalt ansatt med 1-4 års høyskole/universitetsutdannelse kr 40 300. Av dette kan vi regne at det satses en ansatt ca. 2-3 dager pr år pr kommune til styrking av IPLOS.

8.3 Hvordan fanger saksbehandlere opp endringer i brukernes pleiebehov og utgående vedtak?

I følge Gabrielsen (2012) er det kun gyldige vedtak pr 31.12 som telles med i statistikken til SSB. Dette vil si at kommuner som Arendal i 2012 hadde en underrapportering på 509 personer. Dette er en stor andel av brukere av helse- og omsorgstjenester i Arendal kommune. I de kommunene som ble undersøkt i denne oppgaven, vistes det en tendens til at vedtak i sykehjem var vedtakene som i størst grad ble holdt gyldige. Dette ved at langtidsopphold i institusjon er livsvarig, og korttidsopphold er tidsbegrenset og opphører når brukerens opphold er over. Dette kan tyde på at det i Arendal i størst grad var brukere av hjemmetjenester som ikke hadde gyldige vedtak ved årets slutt. Mange kommuner har store underskudd i pleie- og omsorgssektoren. Utenforstående konsulenter hyres inn for å analysere kommunens bruk av ressurser opp mot behov (Devold, 2010). Disse konsulentene nytter tall og statistikk fra SSB, og de konkluderer med at det er mange årsverk i pleie- og omsorgssektoren i forhold til antall brukere, og deres vedtak om timer. Dette fører til nedskjæringer i pleie- og omsorgssektoren, basert på feilaktige tall fra SSB. Ett av insentivene til IPLOS er å produsere tall til planlegging, utvikling og overordnet styring (Forskriften om IPLOS-registeret § 3-1).

Undersøkelsen i denne oppgaven viste at saksbehandlere ikke automatisk fanger opp endringer i brukernes pleiebehov, og heller ikke blir varslet ved utgåtte eller utgående vedtak. Hver kommune hadde sine egne rutiner for å fange opp ugyldige vedtak. CosDoc hadde ingen automatisk varsling liggende i programmet. Kun saksbehandleren i landkommunen etterlyste dette.

8.4 Hvordan oppfatter saksbehandlere nytten av IPLOS og elektronisk saksbehandling.

Saksbehandling i pleie- og omsorgssektoren er en lang og ressurskrevende prosess. Tidligere ble denne foretatt manuelt, i de fleste fagprogrammer foregår den nå gjennom elektronisk saksbehandling. CosDoc har en egen modul for saksbehandling i EPJ. Denne modulen inkluderer de ni leddene omtalt i kapittel 2.3. Saksbehandleres oppgaver blir dermed forenklet til å vurdere hjelpebehov. I CosDoc er det mulighet for å skrive kommentarer til hver av de 17 bistandsvariablene i IPLOS. I de to største kommunene i undersøkelsen var det helsearbeidere som skåret IPLOS. Disse har med dette mulighet for å legge inn kommentar om hva brukeren trenger av tjenester, og tiden dette antas å ta, til de variablene som skåres til tre eller mer og dermed beskriver ett hjelpebehov. Det er også mulighet for å legge inn forslag eller kommentarer angående forebygging.

Mange kommuner har innført bestiller/utførermodellen, selv om denne defineres ulikt. Med bestiller/utførermodellen menes at det ikke er helsearbeideren som lokalt utarbeider vedtak, men at kommunene i en eller annen form har ett bestillerkontor der vedtak fattes. Dette gjør at avstanden mellom bestiller og bruker blir lenger, da bestiller ofte ikke har kontakt med bruker, men må gå gjennom utfører. Dette er ikke nødvendigvis negativt, da bestiller vil kunne ha en objektiv rolle, og bidra til lik fordeling av ressurser i sitt område. Bestiller må da ha tilgang på opplysninger om bruker som er relevante. Disse opplysningene ligger delvis i IPLOS i kommunens eget EPJ system. Problemet er hvilken rutine saksbehandlerne har på å innhente disse opplysningene, og i hvilken grad det blir lagt vekt på skåringene helsearbeiderne har gjort.

Deloitte (2012) peker på en rekke effektivitetsfremmende og kostnadsdrivende elementer ved bruk av bestiller/utførermodellen som beskrevet i kapittel 3.2. Her beskrives nye oppgaver for utførere som at en større del av forvaltningsansvaret overlates til utførerne, der disse også overlates det økonomiske ansvaret. Ved en full aktivitetsbasert finansiering åpner dette for andre utførere enn kommunale, men det setter krav til profesjonell vurdering av bistandsbehov, der saksbehandling tar hensyn til kompleksitet i enkeltsaker og tidfester disse. Det kreves også en form for internkontroll, der det kontrolleres for hjelpebehov, vedtakstimer og utført tid. Rutinene ved vurdering og revurdering skal sikre at tjenestemottaker plasseres i riktig nivå i tjenestekjeden i forhold til eget funksjonsnivå. Dette vil gi ett tydeligere skille mellom bestiller og utfører, der bestiller har ansvar for saksbehandling og vedtak, mens utførere vil få ett tydeligere ansvar for økonomi og ressursbruk (Deloitte, 2012). Denne

modellen gir svake insentiver for å jobbe forebyggende, da hjelpebehov først fremkommer når brukeren har ett reelt behov, dvs. når IPLOS skåres til 3, 4 eller 5. Deloitte (2012) påpeker at denne modellen fører til økt byråkratisering og administrative oppgaver. Modellen setter krav til (videre)utvikling av teknologi i form av EPJ, og rutiner som legger til rette for effektiv ressursbruk.

Deloitte (2012) konkluderer med at det må finnes en klar kobling mellom politiske prioriteringer og tildeling av tjenester. Ansvar i de ulike ledd må tydeliggjøres, men bestillerenheten har det overordnede ansvaret for helheten i kommunens tjenestekjede og har myndighet til å sette sammen pakker av tjenester tilpasset den enkeltes behov. Det forespeiles at bestillerenheten har det overordnede ansvar for eksisterende brukere, men også for utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Modellen har også sine svakheter ved at veien mellom bestiller og utfører blir lenger, systemet kan oppleves som rigid, økonomi stjeler fokus fra kvalitet og bestiller er avhengig av utførers vurderinger (Deloitte, 2012). Landkommunen i undersøkelsen sier de ikke benytter bestiller/utførermodellen, men beskriver også hvordan IPLOS bevisst brukes i utarbeiding av vedtak og dokumentasjon av behovsutvikling hos bruker.

Venkatesh et.al (2003) modell UTAUT beskriver tre forhold som må ligge til rette for intensjon/motivasjon for bruk av teknologi. For at saksbehandlere skal oppleve nytte av elektronisk saksbehandling generelt, og IPLOS i saksbehandling spesielt, må de oppleve nytteverdi og brukervennlighet. Det må være sosialt akseptert både blant overordnede, kolleger og andre saksbehandlere føler tilhørighet med å bruke informasjonssystemer. I tillegg må saksbehandlere ha tilgang på maskiner og EPJ, og hjelp både til fagsystemet CosDoc og IPLOS. Opplevd nytteverdi påvirkes av kjønn og alder, to faktorer som Venkatesh (2003) advarer mot å bruke hver for seg. Saksbehandlerne i undersøkelsen var alle kvinner, og alle i samme aldersgruppe. Opplevd brukervennlighet påvirkes i tillegg til kjønn og alder også av erfaring. Alle tre kommunene beskrev opplevelse av god brukervennlighet, men det var bare landkommunen som konsekvent brukte integrerte muligheter for import av IPLOS-kommentarer til saksbehandlingsmodulen. Det var også denne kommunen som hadde lengst erfaring med bruk av systemet. Erfaring trenger ikke bare komme av hvor lenge systemet har vært brukt, det kan også være positive erfaringer saksbehandleren har gjort ved bruk av IPLOS-kommentarfeltene. Sosial påvirkning påvirkes av kjønn, alder og grad av frivillighet. Alle de tre saksbehandlerne var pålagt å bruke elektronisk saksbehandling. Ingen av dem var pålagt å bruke IPLOS i elektronisk saksbehandling. IPLOS er obligatorisk i alle kommuner og

skal bl.a. brukes ved saksbehandling. Det var varierende i de tre kommunene hvor mye IPLOS ble brukt i saksbehandlingen. Kombinasjonskommunen hadde minst grad av fokus på IPLOS, saksbehandleren her var ikke informert om rutinene helsearbeiderne hadde rundt skåringene. Dette kan være en indikator på at den sosiale påvirkningen bærer preg av IPLOS som ett nødvendig onde. En påstand som også understøttes av kommentaren om at saksbehandler la større vekt på det hun så selv, enn det som var skåret i IPLOS. Organisatoriske og teknologiske tiltak har ikke påvirkning på intensjon/motivasjon for bruk, kun direkte på bruken av ny teknologi. Organisatoriske og teknologiske tiltak påvirkes av alder og erfaring. Som Venkatesh (2003) advarte mot, skal ikke alder sees på uten i sammenheng med kjønn.. Erfaring er her ett moment som har påvirkning direkte på bruk, men ikke for intensjon/motivasjon for bruk. Hele landkommunen har erfaring med EPJ fra tidlig 90-tall, og disse erfaringene var ifølge saksbehandleren gode. Det var ikke ett tema i intervjuet hva som var bakgrunn og arbeidsoppgaver til personen som fungerte som bindeledd mellom kommunene og Acos. Dette kunne vært ett interessant tema i denne undersøkelsen. Kombinasjonskommunen påpekte tidvis treghet i systemet, uten at dette ble kartlagt eller rettet opp i. Dette påvirket imidlertid ikke bruken av teknologi.

Ut fra svarene i intervjuene har saksbehandleren i kommunen oppdaget en bedre jobbutførelse jfr. MPC1, og personlige konsekvenser jfr. SCT i UTAUT ved at hun bruker IPLOS-kommentarfeltet for å gjøre jobben enklere. Alle kommunene påpekte relative fordeler jfr. IDT, ved at elektronisk saksbehandling og EPJ var en forbedring fra det tidligere system med penn og papir

Flere kommuner bruker bestiller/utførermodellen bevisst slik rapporten til Deloitte (2012) beskriver, og ingen av disse kommunene ønsket seg tilbake til gammel modell. Kun en av kommunene i undersøkelsen svarte ett klart ja på hvorvidt de benyttet bestiller/utførermodellen. Denne modellen beskriver Deloitte (2012) og Kirchoff (2010) som bruk av en form for tjenestekontor i kommunen. Det kan derfor diskuteres videre hvorfor det kun var denne ene kommunen som svarte klart ja på om de brukte bestiller/utførermodellen, mens alle tre kommunene hadde en form for tjenestekontor.

Ved at helsearbeidere som skårer IPLOS også kommenterer variablene, blir det en kortere kommunikasjonslinje mellom bestiller og utfører. Dette vil imidlertid sette krav til at helsearbeiderne ikke overrapporterer brukernes behov. Helsearbeiderne vil med dette få ett større ansvar for korrekte og oppdatert IPLOS-skåring, og samtidig ha ansvar for at timene

brukerne har i vedtak stemmer overens med den faktiske tiden som blir brukt hos brukeren, samt hva tjenesten omfatter. En annen side av dette er at helsearbeiderne selv vil få større innflytelse på egen arbeidsdag, da de selv er ansvarlig for å synliggjøre og dokumentere endrede pleiebehov. Det vil oppleves at oppdatert skåring av IPLOS med påfølgende kommentarer får konsekvenser i form av økte/endrede vedtak.

Saksbehandlerne i denne undersøkelsen oppfattet nytten av IPLOS i elektronisk saksbehandling ulikt. Det var kun i landkommunen IPLOS skåringene systematisk ble brukt i saksbehandlingen. Dette kan henge sammen med at dette var en liten kommune, der det ikke var helsearbeiderne som skåret IPLOS, men administrative ledere i enhetene. Denne kommunen hadde bare to enheter, sykehjem og åpen omsorg, og dermed bare to IPLOS-skårere. Disse igjen var nært knyttet til leder av helse- og omsorgsavdelingen, som igjen var svært opptatt av nytten av IPLOS i elektronisk saksbehandling. Denne kommunen var også den som hadde lengst erfaring med CosDoc, som ble innført i kommunen på midten av 90-tallet. Den kommunen som hadde kortest erfaring med CosDoc, var kombinasjonskommunen med to år. Det var også denne kommunen som i minst grad opplevde nytte av IPLOS i forbindelse med vedtak. Her ble ikke muligheten for kommentarer i IPLOS-modulen utnyttet. Allikevel opplevde saksbehandleren god nytte av elektronisk saksbehandling. Bykommunen hadde syv års erfaring med CosDoc, og IPLOS ble nyttet i saksbehandlingen, men heller ikke her ble kommentarfeltene utnyttet slik muligheten er. Det var mange helsearbeidere i denne kommunen som skåret, og alle avdelingene i kommunen hadde tilgang på en superbruker i IPLOS. Alle kommunene hadde en kontaktperson i kommunen som var bindeleddet mellom kommunen og Acos. Min undersøkelse innbefattet ikke denne personen og hans eller hennes erfaringer og holdninger, men det kan tyde på at denne personen ikke har kunnskaper eller ser nytten av bedre utnyttelse av mulighetene som ligger i CosDoc's IPLOS modul. En annen forklaring kan være manglende informasjon og opplæring fra Acos' side. Saksbehandlerne som ble intervjuet, uttalte seg om nytten og opplevelsene med CosDoc slik de opplevde det nå, og hadde ikke mulighet til å uttale seg om muligheter som for dem var ukjente.

I tillegg fremkommer ikke endringer i pleiebehov, i form av endret IPLOS skåringer, automatisk for saksbehandlerne, disse må letes opp. Dette resulterer i at saksbehandler ikke til enhver tid kan holde vedtak oppdatert. Saksbehandleren i landkommunen opplyste at en type varslingssystem som meldte om vedtak som var i ferd med å gå ut var ønskelig. Alle tre kommunene i undersøkelsen hadde selv utarbeidet rutiner for å oppdatere tidsbegrensede vedtak. Alle kommunene mente disse fungerte tilfredsstillende, men de krevde ressurser i

form av tid, da saksbehandlere, evt avdelingsledere, manuelt måtte inn i vedtak og holde seg oppdatert på datoer.

For at saksbehandlere skal ha nytte av elektronisk saksbehandling regner Fornebu Consulting (2013) opp en rekke prinsipper som må ligge til rette. I min undersøkelse har kommunene innført elektronisk saksbehandling, men hvilken nytte de har av IPLOS i denne saksbehandlingen varierer noe. Nytt av IPLOS i saksbehandlingsprosessen bør være ett mål i innføringsprosessen, med forankring hos ledelsen og saksbehandlere slik det er i landkommunen i undersøkelsen. Denne kommunen har identifisert IPLOS som en målbar effekt, da innhenting av behovsvurdering ligger i kommentarfeltene som importerer til saksbehandlingen, noe de anser som tidsbesparende.

8.5 Hvilke muligheter ligger i IPLOS til god og bærekraftig ressursutnyttelse

Organisasjonsmessig kan man skape effektivitet i vedtaksendring ved begrense søking etter informasjon slik Jacobsen og Thorsvik (2011) beskriver det.

IPLOS ble obligatorisk i alle norske kommuner fra 2006. Alle brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester skal registreres i IPLOS registeret med opplysninger om pleiebehov. IPLOS er en del av kommunens EPJ (Sosial- og Helsedirektoratet, 2009, Forskriften om IPLOS-registeret § 3-1). Dette vil si at alle opplysninger om brukernes pleiebehov ligger i EPJ, og skal jevnlig oppdateres. I følge Forskriften om IPLOS registrering § 3-1 punkt 1 skal IPLOS skåringene gi grunnlag for overvåking, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring.

Helsearbeidere i kommunehelsetjenesten opplever at det ikke er samsvar mellom tiden det tar å gi brukerne i kommunens omsorgstjeneste den hjelp de trenger, og den tiden de er tildelt i vedtak (Marki, 2006, Gautung, Hermansen, 2011). Min undersøkelse viste at brukerens vedtak kan være flere år gammelt, men saksbehandlere i kommunal omsorgstjeneste får ikke automatisk informasjon om at brukerens hjelpebehov endres. IPLOS-skåringene som endres til en lavere skår vil utløse redusert behov for hjelp, og skåringene som endres til høyere skår, utløser økt hjelpebehov. Dette gjenspeiler at ikke oppdaterte vedtak er ett problem for:

- Brukeren som ikke mottar den hjelpen de har krav på.
- Helsearbeidere med for knapp tid hos brukeren.
- Kommunen ved at det settes inn for store eller for små ressurser hos brukeren.

- Feil tall brukes til statistikk og ressursstyring

Dette er utfordringer som kan løses ved at vedtak og IPLOS holdes oppdatert. Opplysningene saksbehandlere trenger til oppdatering av vedtak ligger allerede i kommunens EPJ i form av IPLOS og tiltaksplaner, utfordringen er å synliggjøre behovsendringene for saksbehandlere.

Kommunene har brukerbetaling på praktisk bistand, men ikke for helsetjenester. Likevel opplever vi at det forekommer en ressursbruk der «den som er der gjør det som må gjøres», slik at sykepleiere til tider utfører hjemmehjelpsoppgaver (Kirchoff, 2010). Dette er dårlig økonomi for kommunen, og lite utfordrende for sykepleiere. Det kan likevel forsvares med geografi. Det er dårlig økonomi å sende en sykepleier og en omsorgsarbeider flere mil ut i kommunen der de side om side tar ett tilsyn og en oppvask.

St. meld. 47 (2008-2009) peker på strategiske tiltak for å nå sine mål:

1. Bidra til utvikling av IKT system som virkemiddel for samhandling mellom ulike aktører. En innføring som må kombineres med organisasjonsutvikling, endring i rutiner og nye måter å samarbeide på.
2. Bidra til kompetent helsepersonell i alle deler av tjenesten
3. Bidra til god samhandling mellom andre aktører. Satsning på utvikling av IKT som verktøy for koordinering av omsorg og behandling

Kirchoff (2010) beskriver hvordan praktisk bistand dreier seg om hygiene og bolig, mens hjemmesykepleie dreier seg mer om pasienten. Slik det ser ut i dag bør det vurderes om det er en underrapportering i kategorien praktisk bistand i forhold til hjemmesykepleie. Som Kirchoff (2010) beskriver, tar også sykepleierne «ett tak der det trengs». Slike tak i form av en oppvask eller en handleliste hos hver bruker resulterer i mange minutter praktisk bistand på kommunens regning. I følge Gabrielsen (2012) var det i 2011 64 515 brukere av både praktisk bistand og hjemmesykepleie og 68 891 brukere av kun hjemmesykepleie. Dersom halvparten disse brukene får vasket opp hver dag av hjemmesykepleien som er innom, og en oppvask tar 5 minutter, tilsvarer dette 5 559 timer pr dag! I følge Gabrielsen et.al (2012) er det 79 % av brukerne med vedtak om praktisk bistand som har vedtak på under 2 timer i uken i 2011.. Gjennomsnittlig hadde brukere med vedtak på praktisk bistand, vedtak tilsvarende 3,1 t pr uke i 2011. Det defineres ikke fra sentralt hold hva som er praktisk bistand, og hva som er hjemmesykepleie. Kirchoff (2010) definerer ett skille mellom person og bolig. I følge Kirchoffs definisjon vil variablene under husholdsfunksjoner være praktisk bistand. Dette vil

si at anskaffelse av varer og tjenester, alminnelig husarbeid og matlaging er praktisk bistand, og bør være av interesse for kommunene å definere i vedtak med tanke på egenbetaling og bruk av helsepersonell.

Gabrielsen et.al (2012) beskriver utregningen av gjennomsnittsskår av IPLOS variablene som beskrevet i kapittel 3.1. I denne modellen beskrives også hvordan de ulike variablene deles inn i sosial fungering, kognitiv svikt, ivareta egen helsetilstand, husholdningsfunksjoner og egenomsorg. Dette er en modell som forbedrer validiteten av skåringene ved at flere variabler vurderes samlet. Kirchoff (2010) beskriver praktisk bistand som tjenester til brukerens bolig og hygiene. I inndelingene til Gabrielsen et.al (2012) finner vi disse tjenestene igjen som husholdningsfunksjoner og egenomsorg. Det er grunn til vurdering av hvilke ressurs som skal settes inn på tiltak under sosial fungering og kognitiv svikt, mens variabelen ivareta egen helse kan oppfattes som sykepleieroppgave. Slik mange helsearbeidere erfarer i dag, og som også Kirchoff (2010) påpeker, forekommer det ofte at sykepleiere og andre helsearbeidere utfører praktisk bistand. Ved å bruke IPLOS-variablene fremkommer brukernes behov for helsehjelp adskilt fra praktisk bistand. Det er grunn til å anta at antall timer til praktisk bistand i mange tilfeller er sterkt underrapportert. Dersom praktisk bistand skal defineres som hygiene og renhold av hjem, bør det vurderes nærmere hvilken tid som faktisk brukes til dette, på bekostning av timer til helsehjelp. Borge et.al (2011) utarbeidet en rapport der innsatsfaktorer og produkter i ulike kommunale sektorer ble definert. Som innsatsfaktor deles årsverk etter utdanning, altså lønnskostnad. Som produkt regnes de ulike tjenestene i kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Det skilles mellom sykehjem og hjemmebaserte tjenester. I hjemmebaserte tjenester skilles det mellom timer hjemmesykepleie og timer til praktisk bistand.

Som Kirchoff (2010) skriver i sin rapport er det ikke alltid riktig ressurs som settes inn på riktig sted. Det er også et økonomisk aspekt ved at det settes inn for kostbare ressurser i enkelte tjenester. Samtidig peker St.meld.nr. 47 (2008-2009) på at det skal være kompetent helsepersonell i alle deler av tjenesten. Samhandlingsreformen har ett mål om god samhandling og koordinering via IKT mellom alle aktører i helse- og omsorg. Her er det mulighet for å tenke nytt (St. meld 47, 2008-2009), og sette inn andre aktører som tolk (kommunikasjon) eller vernepleiere der det kreves tiltak i forhold til sosial fungering.

Alle kommuner mottar ett innbyggertilskudd. Dette innbyggertilskuddet justeres slik at kommunene får kompensasjon for bl.a. alderssammensetning. Dagens ordning med økonomiske tildelinger til kommunene baserer seg på en ordning der kommunen får tildelt

rammetilskudd bl.a. justert etter aldersinndelinger og sosial status på innbyggerne (SSB i NOU 2005 18). Dette betyr at en kommune med svært spreke pensjonister og lite ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene får de samme tildelingene som kommuner med samme antall pensjonister men der disse er betydelig mer pleietrengende. Dette kan oppleves som en dårlig måte å fordele rammetilskudd på, da pengene ikke følger pasienten. På en annen side, kan det tolkes som en premiering av kommuner som satser på forebygging, og dermed har pensjonister med god fysisk og psykisk helse. NOU 2005 18 refererer til Rattstø-utvalgets forslag om å bruke GERIX og vedtakstimer som indikator på pleietyngden i en kommune. GERIX var forløperen til IPLOS. Rattstø-utvalgets rapport er nå ti år gammel, og IPLOS har vært obligatorisk siden 2006, men den nye modellen for rammetilskudd ligger fortsatt på is. Så sent som i 2012 beskrives det i Statsbudsjettets «Grønt hefte» den samme fordelingsnøkkel. Verdt å merke seg her er at ellers friske innbyggere under 67 år ikke kvalifiserer til rammetilskudd. Ellers friske mennesker under 67 år, kan for eksempel være pasienter som er ferdigbehandlet i sykehus og tilbakeført til kommunen for rehabilitering og omsorg fra kommunal hjemmetjeneste.

Ved full aktivitetsbasert finansiering vil pengene følge pasienten. En slik finansiering vil gi mindre uheldige utslag dersom en kommune har unormalt antall pleietrengende brukere enn dagen fordelingsnøkkel. Dette vil i første omgang ha en positiv effekt for kommuner som mottar ferdighandlede pasienter fra sykehus, da dagens ordning ikke automatisk utløser økonomiske midler fra sentralt hold dersom pasienten er under 67 år.

9.0 Konklusjon

Gode IPLOS-data, med systematisk bruk av kommentarfeltene der behov for tid hos brukeren fremkommer vil forenkle saksbehandlingen. IPLOS-variablene gir mulighet til å skille ut hvilket tidsbehov brukeren har for praktisk bistand, sykepleie og behov for annen helsehjelp. Dette vil kunne gi den enkelte kommune nye muligheter for ressursfordeling og oppfølging av Samhandlingsreformen. Samtidig vil helsearbeidere kunne se konsekvenser av god skåring. For saksbehandlere bør det utvikles en form for varsling i elektronisk saksbehandling, der saksbehandlere får en påminnelse om at et vedtak er i ferd med å løpe ut, samt at det har skjedd en endring i IPLOS-skåring som kvalifiserer til endring i vedtak.

Det er i denne sammenheng erfaring som kan påvirke intensjon og motivasjon for bruk av teknologi. Erfaring kan saksbehandlerne oppnå ved å få tilgang på opplæring i mulighetene som ligger i IPLOS, Elektronisk Saksbehandling og EPJ. For at opplysningene skal kunne nyttes fordrer det god kvalitet på IPLOS-skåringene, noe også Samhandlingsreformen setter fokus på. Helsearbeideres bruk av EPJ og IPLOS påvirkes også av erfaring i form av opplæring.

Økonomiske tildelinger til kommunene skjer i dag med en fordelingsnøkkel som ikke tar hensyn til kommunenes faktiske pleietyngde. Med kvalitetsmessig gode IPLOS tall, og dertil oppdaterte vedtak, vil dette kunne gi en mer korrekt utregning av tilskudd til kommunene. Kommunene vil også med dette ha mulighet for riktigere budsjettering innen pleie- og omsorgssektoren.

Helsearbeidere opplever pr i dag lite systematisk opplæring og veiledning i IPLOS-skåring. Dette forsvarer regjeringen og departementenes tvil om IPLOS-data er kvalitetsmessig gode. Samhandlingsreformen og Prop. 1S (2012) peker på at kvaliteten på IPLOS-data må styrkes. Ansvar legges på ledelsen i kommunen og fylkeskommunen. Videre må det satses på samarbeid mellom IPLOS ansvarlig i kommunen og kommunens leverandør av EPJ. Sammen har disse mulighet for å skaffe ansatte i helse- og omsorgssektoren, tjenesteytere og bestillere, en god mulighet til å hold vedtak på kommunens brukere av pleie- og omsorgstjenester oppdatert og mest mulig korrekte på en ressursbesparende måte. Slik vil kommunen stå bedre rustet til å motta den økning i brukere som forventes å komme.

10.0 Avslutning

Ut fra Venkatesh (2003) kunne det være interessant å kartlegge kommunenes erfaring på opplæring og veiledning av saksbehandlere og mulighetene som ligger i CosDoc. Personen som er bindeleddet mellom kommunen og Acos har en svært viktig posisjon, og fokus på utnyttelse av IPLOS kan være preget av hans eller hennes bakgrunn. Det samme gjelder kommunens IPLOS ansvarlig og hans eller hennes fokus på saksbehandling. Fra undersøkelsen, ser vi at en liten kommune som har IPLOS-ansvarlig og saksbehandler i samme person, har en bedre utnyttelse av IPLOS i saksbehandling.

Videre vil det bli spennende å se om Acos utvikler ett varslingssystem for utgående vedtak og endringer i IPLOS-skåringer, og hvilken effekt dette eventuelt vil ha på saksbehandlingstiden og saksbehandlerens rutiner rundt vedtak. Acos utfordres til å utvikle dette varslingssystemet, samt øke fokus på opplæring i kommunene av hvilke muligheter for import av IPLOS-kommentarer fra EPJ til elektronisk saksbehandling som ligger i systemet.

Det sendes også en utfordring til sentrale myndigheter om å utarbeide med en handlingsplan for (videre)utvikling av IPLOS og dertil hørende økonomiske rammer. Målet med denne bør være at IPLOS-skåringer skal bli kvalitetsmessig gode nok til å kunne brukes til ressursfordeling både lokalt, men ikke minst sentralt. Det etterlyses også ett forslag til budsjett for hvordan IPLOS skal kunne styrkes i 2013 ved hjelp av gjennomsnittlig kr 5608 pr kommune.

Litteraturliste

Borge L-E, Pettersen I, Tovmo P (2011), *Effektivitet I kommunale tjenester, SØF-rapport nr. 02/11.* regjeringen. Hentet 14.11.12 fra http://www.regjeringen.no/upload/KRD/SOF_R_02_11.pdf

Deloitte (2012). *Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utførermodellen.* Oslo. Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon. Hentet fra http://public.deloitte.no/dokumenter/Deloitte_KS_rapport_080812.pdf

DeLone W, McLean E (2003), The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A Ten-Year Update, *Journal of Management Information Systems*, Vol 19, No 4, s 9-30.

Devold, R (2010). *Drifts og ressursanalyse for pleie- og omsorgssektoren. Sammendrag – konklusjoner og anbefalinger.* Trondheim/Oslo: Rune Devold AS

Eckholt, P. (2012.01.10.). 12 millioner i budsjettsprekk. KV. Hentet 12.10.12 fra <http://kv.no/nyheter/12-millioner-i-budsjettsprekk-1.7564901>

Ekeberg, L (2012.11.10.) Kunne spart 16 mill i omsorg. *Agderposten*. Hentet 12.10.12 fra <http://www.agderposten.no/nyheter/kunne-spart-16-mill-i-omsorg-1.7578641>

Fløde, V. (2013, 11.01). 509 i kø for vedtak om omsorgstjenester. *Agderposten*, s 9

Fornebu Consulting. (2013). *Elektronisk saksbehandling – feil tilnærming?* Hentet fra <http://fornebu.coretrek.no/hva-vi-mener/elektronisk-saksbehandling-feil-tilnaerming-article158-110.html>

Gabrielsen B, Otnes B, Sundby B, Kalcic M, Strand P (2011), Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten I kommunene (IPLOS) Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2010. *SSB-rapport*. Hentet 30.10.12 fra: http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_201133/rapp_201133.pdf

Gabrielsen B, Otnes B, Sundby B (2012), Pleie- og omsorgstjenesten 2011 Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. *SSB-rapport*. Hentet 5.3.2013 fra: http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201243/rapp_201243.pdf

Hallem U, Bjerkan J, Brataas H. (2012). *IPLOS som sykepleiefaglig vurderingsverktøy, Behov for og nytte av kompetansehevende utviklingsarbeid*. Steinkjer. Høgskolen i Nord-Trøndelag.

Haug, E, Paulsen, K. (2007). *Mellom fag, forvaltning og politikk i helse- og sosialtjenesten: en problembasert introduksjon for studenter*. Oslo. Universitetsforlaget.

Helse- og Omsorgstjenesteloven (2012). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-20110624-030.html>

Helsedirektoratet (2009), *IPLOS veileder for helsepersonell i kommunale helse- og sosialtjenester*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2012), *Veiledning for innsending av IPLOS-data for 2011*, Oslo. Helsedirektoratet. Hentet 11.12.12 fra: <http://www.ssb.no/a/innrapportering/iplos/informasjon.pdf>

Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell mv. Hentet fra http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLOV*&

Forskriften om IPLOS-registeret (2006). Forskrift om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/to-20060217-0204-001.html>

Forvaltningsloven. (1970). Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19670210-000.html>

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer – Innføring i organisasjon og ledelse*, 2. utgave, Bergen, Fagbokforlaget

Johannessen, A, Tufte, P A, Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo. Abstrakt Forlag AS.

Kirchoff J W. (2010). *De skjulte tjenestene – om uønsket atferd i offentlige organisasjoner*. Karlstad University. Karlstad. Universitetstrykkeriet.

Kvale, S, Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Lov om sosiale tjenester i NAV (2010). Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-20091218-131.html>

Malterud K (1996), *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*, Oslo, Tano Aschehoug.

Malterud K. (2005). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og utfordringer, *Ugeskriftet Læger*. (22). 2377-2379

Marki, G. K. (2006), *Tid til omsorg*. NTNU

Middelton B, Bloomrosen M, Dente M, Hashmat B, Koppel R, Overhage M, Payne T, Rosenbloom T, Weaver C, Zhang J, (2013) Enhancing patient safety and quality of care by improving the usability of electronic health record systems: recommendations from AMIA. *J Am Inform Assoc*. 2013, 1-7

NOU 2005:18 (2005) *Fordeling, forenkling, forbedring Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner*. Oslo. Kommunal- og regionaldepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20052005/018/PDFS/NOU200520050018000DDDPD FS.pdf>

Prop. 1S (2011-2012). (2011). *Inntektssystemet for kommuner for fylkeskommuner 2012*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Vedlegg/KOMM/inntektssystemet/gront_hefte2012/Gront_hefte_2012_publicisering.pdf

Prop. 1S (2012-2013). (2012). *Proposisjon til stortinget*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nn/dep/md/dokument/proposisjonar-og-meldingar/proposisjonar-til-stortinget/2012-2013/prop-1-s-20122013.html?id=702917>

Sosial- og helsedirektoratet (2005), *Felles forståelse – individuell registrering*. Oslo. Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet (2006), *Veileder Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester*. Oslo. Sosial- og helsedirektoratet. Hentet 12.10.12 fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester/Publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester.pdf>

Statistisk Sentralbyrå. (2012). Brukere av pleie- og omsorgstjenester, etter alder og type tjeneste. Hentet fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp>

Statistisk Sentralbyrå. (2012). Gjennomsnittlig timer i uken til hjemmesykepleie og praktisk bistand i henhold til vedtak og omsorgsbehov. Hentet fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp>

Statistisk Sentralbyrå (2012). Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene, etter region, utdanning, tid og statistikkvariabel. Hentet fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp>

Statistisk Sentralbyrå (2013). Gjennomsnittlig månedslønn for heltidsansatte i kommunal og fylkeskommunal virksomhet, etter kjønn og utdanningsnivå. Hentet fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/saveselections.asp>

St.meld.nr. 25, (2006) *Mestring, muligheter og mening. Fremtidas omsorgsutfordringer*. Oslo. Helse og omsorgsdepartementet Hentet 6.11.12 fra: <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPD FS.pdf>

St.meld.nr 47, 2008-2009. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 23.5.11 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

St.prp.nr.1 (2006). *Nasjonal helseplan(2006-2010)*. Oslo. Helse og omsorgsdepartementet.
Hentet fra
[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Nasjonal_helseplan_Sartrykk\[1\].pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Nasjonal_helseplan_Sartrykk[1].pdf)

Strand P. (2010). *Anbefaling fra arbeidsgruppe revidering av IPLOS samlemål*. Oslo
Helsedirektoratet. Hentet 12.12.12 fra
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefaling-fra-arbeidsgruppe-revidering-av-iplos-samlemal/Publikasjoner/anbefaling-fra-arbeidsgruppe-revidering-av-iplos-samlemal.pdf>

Torheim, K, Abood, J. (2012). IPLOS-registrering. *Offentlig statistikk basert på tilfeldige tall?* Grimstad. Universitetet i Agder.

Venkatesh, V, Morris, M, Davis, G, Davis, F. (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quaterly*. 27(3), 425-478.

Vedlegg

1. Skjema for vurdering i Fakultetets etikkomité (FEK)

Skjema for vurdering i Fakultetets etikkomité (FEK)

Tittel på prosjektet:

Effektivisering av saksbehandling i kommunal omsorgstjeneste ved bedre utnyttelse av IPLOS og EPJ

Navn på masterstudiet som studenten er tilknyttet:

Helse og Sosialinformatikk, Universitetet i Agder, Grimstad

Navn på masterstudent:

Karin Bjørkkjær Torheim

Navn på veileder:

Jan Gunnar Dale

Kort presentasjon av prosjektet ca ½ side (inkludert bakgrunn, problemstilling / forskningsspørsmål, metode: datainnsamling, analyse) i tillegg vedlegges intervjuguide /spørreskjema og informasjonsskriv)

I saksbehandlingen er det IPLOS skår som ligger til grunn for vedtak. Min antakelse er ett resultat av min erfaring som sykepleier i kommunehelsetjenesten. Stadig oppleves det at det ikke er samsvar mellom tiden det tar å gi brukerne i kommunens omsorgstjeneste den hjelp de trenger, og den tiden de er tildelt i vedtak. Ved nærmere undersøkelse viser det seg at brukerens vedtak kan være flere år gammelt. Side forrige vedtak har brukerens tiltaksplan blitt endret en rekke ganger. I tillegg oppdateres gjerne IPLOS en til to ganger i året. Disse oppdateringene (IPLOS og tiltaksplaner) gjøres uavhengig av hverandre. Ett hjelpetiltak i tiltaksplanen skal gjenspeile en skår fra 3 til 5 i den IPLOS variabelen som omhandler det aktuelle problemet. Motsatt vil det si at IPLOS skår under 3 ikke skal utløse hjelpebehov

Min problemformulering er todelt:

1: I hvilken grad oppdaterer saksbehandlere vedtak ved endringer i IPLOS? Her ønsker jeg å sammenlikne frekvensen av endring i tiltaksplaner og endringer i IPLOS mot endringer i vedtak til brukere i tre til fire kommuner. Disse kan enkelt trekkes ut av kommunenes EPJ. Navn på brukere kommer ikke frem, og jeg velger kommuner jeg ikke kjenner, slik at det også for meg ikke er gjenkjennelig.

2: hva skal til for at saksbehandlere ved hjelp av EPJ kan endre vedtak fortløpende? I de samme tre til fire kommuner ønsker jeg ett semistrukturert intervju med saksbehandler (Vedlegg 1)

Etisk vurdering hvor studenten svarer på følgende spørsmål (mellom 3-5 sider):

- Ivaretagelse av hensyn til forsøkspersonen

Helseforskningsloven § 4 d tolker helseopplysninger taushetsbelagte opplysninger i henhold til Helsepersonelloven § 21. dette vil si at, i denne undersøkelsen saksbehandlere, skal hindre andre i å få adgang til eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold. Helsepersonelloven § 23-2 og § 23-3 gir begrensninger i taushetsplikten. §23-2 når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighold, og § 23-3 når behovet for beskyttelse ses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt.

Forsøkspersonene i denne undersøkelsen er saksbehandlere i kommunehelsetjenesten, ikke pasienter. Navn på saksbehandler og den aktuelle kommune vil ikke være relevant, og trenger heller ikke fremkomme i undersøkelsen eller rapporten. Opplysninger om pasienter i kommunens omsorgstjeneste vil heller ikke være gjenkjennbart i den endelige rapporten, da både kommunen og saksbehandler anonymiseres.

- Frivillig informert samtykke (utkast til informasjonsskriv og samtykkeerklæring skal vedlegges) Bruk mal fra REK:
<http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/frister/malforinformasjonsskriv>
(Vedlegg 2)
- Sensitive opplysninger (spørreskjema, intervjuguide skal vedlegges)
(Vedlegg 1)
- Nytte av prosjektet: nytte for forsøkspersonen, nytte for vitenskapen, nytte for samfunnet

Nytte for forsøkspersonen: målet om en enklere tilgang på opplysningene som trengs for å kunne holde vedtak oppdatert. Informasjonen saksbehandlere bruker til sin vurdering av hjelpebehov ligger i kommunens EPJ system, men mye tid brukes til å leite disse opplysningene frem. Nyttan vil være å kunne spare tid og ressurser for saksbehandlere ved at de får en varslings når IPLOS på den enkelte bruker endres, slik at endringer i vedtak kan gjøres fortløpende.

For vitenskapen: Jeg ønsker å undersøke hvorvidt det er en sammenheng mellom endringer i tiltaksplaner og IPLOS i forhold til hvor ofte vedtak endres i omsorgstjenesten i kommunene. Deretter ønsker jeg å finne ut ett enklere system for saksbehandlerne, hva trenger saksbehandlere av informasjon og hvordan skal de forholde seg til innhenting av informasjon. Jeg ønsker med denne oppgaven at informasjon som legges inn i EPJ automatisk skal komme til syne for saksbehandlere, ved at de varsles når endringer skjer.

For samfunnet: Bedre ressursutnyttelse ved at

- brukere får den tid og den hjelp de har behov for
 - kommunen setter inn riktige ressurser hos den aktuelle brukeren, og justerer ressursbruken fortløpende etter hjelpebehov.
 - Saksbehandlere sparer ressurser ved å få varslings via EPJ ved endringer i hjelpebehov og kan endre vedtak fortløpende
 - Til enhver tid oppdaterte vedtak og IPLOS til bruk for statistikk og ressursstyring
- Risikofaktorer ved gjennomføring av prosjektet spesielt med tanke på forsøkspersonene

Forsøkspersonene i denne oppgaven er ikke pasienter, men saksbehandlere. De kan, i henhold til helseforskningsloven § 16, første ledd når som helst trekke sitt samtykke til å delta i forskningsprosjektet. I tillegg kan de i utgangspunktet selv velge om de ønsker å delta i prosjektet. De skal også få tilgang på transkribert intervju for godkjenning før jeg bruker opplysningene i undersøkelsen. Mens undersøkelsen pågår er det kun forsøkspersonen og undersøkeren (jeg), og evt min veileder som har tilgang på informasjonen. Etter at rapporten er ferdigskrevet vil informasjonen forsøkspersonene har bidratt med tilintetgjøres etter Forvaltningsloven § 13 d, andre ledd.

Forvaltningsloven § 13 a punkt 2 ivaretas i rapporten ved at forsøkspersonene (saksbehandlere) individualiserende kjennetegn utelates, og at opplysningene gis i statistisk form.

Fordi forskningen ikke går på pasienter, men på saksbehandlere har jeg som forsker i tillegg forholdt meg til Forskningsetiske Retningslinje for Samfunnsvitenskap, Humanoria, Juss og Teologi (Forskningsetiske komiteer, 2006).

- Forsøkspersonens rettigheter: frivillighet; trekke seg uten begrunnelse og uten sanksjoner

Forsøkspersonen kan velge å delta eller ikke. Dersom vedkommende mener min transkribering av intervjuet ikke er riktig, føres en dialog til begge parter er enige. Dette som ett ledd i ivaretagelse av helseforskningsloven §§ 39 og 40. Om forsøkspersonen ønsker å trekke seg underveis (jfr. helseforskningsloven § 16), brukes heller ikke andre data fra den aktuelle kommunen.

- Informasjon om hvordan data lagres / oppbevares og eventuelt brukes / slettes etter at masterprosjektet er ferdig

Jeg vil under intervju ta notater i tillegg til at samtaler tas opp på bånd, dersom ikke informanten motsetter seg dette. Etter at masterprosjektet er ferdig vil alle data slettes, jfr. Forskningsetiske Retningslinjer for Samfunnsvitenskap, Humanoria, Juss og Teologi punkt 14, og Forvaltningsloven § 13 d, andre ledd

- Andre etiske problemstillinger i tilknytning til gjennomføring av masterprosjektet.

Denne undersøkelsen kommer under Helseforskningsloven § 35 «Adgang til bruk av helseopplysninger som er innsamlet i helse- og omsorgstjenesten til forskning». I tillegg har jeg tatt hensyn til Helsepersonelloven §§ 29 og 29 b, som omhandler henholdsvis opplysninger til forskning og opplysninger til kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av helse og omsorgstjenesten. Jeg mener disse er ivare tatt. Dette berører min forskning på tall hentet fra kommunens EPJ og behandling av disse. Når det gjelder opplysninger saksbehandlere gir meg om sine prosedyrer rundt saksbehandling, mener jeg å ha ivare tatt det etiske gjennom Helsepersonelloven samt helseforskningsloven § 16, ved at persondata også til saksbehandlere blir tilstrekkelig anonymisert.

Jeg anser det som en selvfølge at arbeidsgivere eller andre i de aktuelle kommunene ikke får innsyn i identifiserbare data som omhandler saksbehandler. Dette som en ivaretagelse av Forskningsetiske Retningslinjer for Samfunnsvitenskap, Humanoria, Juss og Teologi punkt 7: Krav om å unngå skade og alvorlige belastninger.

Skjemaet er utarbeidet i samråd med veileder ...X.....(må krysses av)

Vedlegg 1 Intervjuguide

SAKSBEHANDLERE:

1. Har du pasientkontakt/ kun gjennom vedtak?
2. Bruker du IPLOS når vedtak fattes?
3. Etter at du (evt) har skåret første IPLOS, og brukeren er videreført til omsorgstjenesten, undersøker du om denne endres etter at helsearbeidere har kartlagt brukeren?

- I så fall, hvordan?
4. Har du tilgang på tiltaksplaner på brukerne du utarbeider vedtak på?
5. I gjennomsnitt, ca. hvor ofte endrer du vedtaket på en bruker?
6. kan du si litt om hvordan og hvorfor det gjøres?

- er det noen som etterlyser endring? I så fall hvem?
7. Får du melding fra helsearbeidere om at ett vedtak ikke stemmer?
8. Hvem mener du IPLOS er ett verktøy for?
9. Som saksbehandler i omsorgstjenesten (X), trenger jeg(Y) for å kunne holde vedtak oppdatert (Z).

Uttrekk av EPJ med opplysninger om:

Kommune/avdeling/bruker/endringer i vedtak siste år/ endringer i IPLOS siste år/antall endringer i tiltaksplan siste år.

f.eks.:

Kommune A, avdeling A,

Bruker	Når siste vedtak	Endringer i IPLOS siste år	Dato siste IPLOS	Tiltak slettet /tilføyd siste år	Dato siste endring tiltaksplan
001	3.7.2010	2	2.6.2012	7	2.7.2012
002	4.4.2012	4	2.6.2012	10	5.3.2012
003	1.1.2006	3	2.6.2012	0	4.9.2012
004	5.5.2009	1	2.6.2012	5	2.8.2010

Med denne sammenlikningen ønsker jeg å se om det er ett mønster i hvordan saksbehandler endrer vedtak i sammenheng med endringer i IPLOS, og om disse igjen har sammenheng med endringer helsepersonell gjør i tiltaksplaner.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

- Kriterier for deltakelse: Du må være saksbehandler i kommunal omsorgstjeneste, dvs ha som oppgave å revurdere vedtak i tjenestetilbud gitt mottakere av kommunale tjenester
- Bakgrunnsinformasjon om studien: Det kan oppleves som tungvint og ressurskrevende å oppdatere vedtak i kommunal omsorgstjeneste. Opplysningene som trengs bør ligge i EPJ, men saksbehandlere bruker unødige ressurser på å finne dem og å oppdatere vedtak.
- Tidsskjema – hva skjer og når skjer det? I første undersøkelse ønsker jeg bare uttrekk av data som ligger i kommunens EPJ. Deretter vil du bli intervjuet en gang, og intervjuet vil ta ca. 2 timer. I ettertid vil du motta en skriftlig versjon av intervjuet, som jeg vil du skal godkjenne før jeg bruker det videre i min undersøkelse
- Mulige fordeler: Målet mitt for denne undersøkelsen er å lette saksbehandleres innsamling av data om hjelpebehovet til kommunens mottakere av omsorgstjenester.
- Mulige /ulemper - Jeg vil trenge noe av din tid, to timer til intervju, deretter til gjennomlesning av intervju samt godkjenning
- At studiedeltakeren vil bli orientert så raskt som mulig dersom ny informasjon blir tilgjengelig som kan påvirke deltakerens villighet til å delta i studien

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

2. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Effektivisering av saksbehandling i kommunal omsorgssektor ved hjelp av individbasert pleie og omsorgsstatistikk og elektronisk pasientjournal»

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke saksbehandlers utfordringer i saksbehandling i kommunal omsorgssektor. I din rolle som saksbehandler i omsorgstjenesten ønsker jeg å høre din mening om hvor utfordringen ligger i å innhente opplysninger om brukere som er relevante i saksbehandling.

I tillegg ønsker jeg ett uttrekk av anonymiserte data som viser frekvensen av endringer på tiltaksplaner/IPLOS/vedtak

Hva innebærer studien?

I første omgang ønsker jeg anonymiserte data fra kommunens EPJ, angående frekvens av endringer i tiltaksplaner, IPLOS-skåringer og endringer i vedtak.

I neste del av undersøkelsen vil jeg stille deg noen ferdig oppsatte spørsmål angående din innsamling av opplysninger om brukere av kommunens omsorgstjeneste, hvordan du innhenter opplysninger og hvordan du bruker dem. Hovedfokus er hvordan du bruker IPLOS i denne innsamlingen, men jeg ønsker også å kartlegge dine utfordringer i datainnsamlingen, og tiden du bruker til dette.

Jeg ønsker å ta notater gjennom samtalen, men den vil også bli tatt opp på bånd.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg og din kommune skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene er anonymisert og ikke identifiserbare.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Heller ikke kommunen din vil navngis i resultatene.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Karin Bjørkkjær Torheim tlf 994 62 271

3. Intervjuguide

Bruker din kommune bestiller/utførermodellen?

Først vil jeg høre litt om prosessen fra første gang ett behov for hjelp blir meldt, vil vedtak foreligger.

- Hvor foregår det?
- Er bruker/pårørende involvert
- Hvem melder behov
- Hvordan fremkommer opplysningene
- Er vedtakene tidsbegrenset?
- Hvilken betydning har IPLOS skåringene og hvem har skåret?
- Hvor lang tid omtrent tar det å fatte ett slikt vedtak?

Vil du fortelle litt om utfordringene du opplever med saksbehandling i pleie og omsorg?

- Er det noe du ser kan gjøres enklere?
- Klarer din kommune å holde vedtakene ajour og oppdatert?

Benytter dere elektronisk saksbehandling?

- Hvilket?
- Ligger dette i EPJ/ kommuniserer det med EPJ?
- Er dette ett program som er tilpasset saksbehandling i omsorg?
- Opplever du det som enkelt å bruke i forhold til papir

Når vedtak oppdateres, vil du fortelle kort om denne prosessen?

- Hvordan fremkommer endrede behov?
- Meldes det fra via EPJ når tiden er inne for nytt vedtak (tidsbegrensede vedtak)?
- Hvem melder om dem?
- Får du automatisk melding via EPJ når IPLOS endres?
- Hvor lang tid tar denne prosessen?

Hvor ofte ankes ett vedtak?

- Hvorfor ankes det, eller hvorfor ikke?

IPLOS:

- Hva er din oppfatning av IPLOS?
- Hvem skårer IPLOS i din kommune og hvordan er rutiner og krav for dette (spl/alle, to og to, kun en??)
- Er det en tydelig IPLOS ansvarlig i kommunen, og hva er hans/hennes oppgave? (sende inn tall, eller opplæring/veiledning?)
- Foregår det systematisk opplæring/oppfriskning av IPLOS i din kommune?

La oss tenke at det ligger ett forenklet saksbehandlingsprogram i EPJ. Dette importerer opplysninger om IPLOS som helsearbeiderne har lagt inn, og helsearbeidere kan kommentere og anbefale tidsbruk hos bruker. Din jobb vil være å kvalitetssikre vedtaket, samt behandle klager/anke på vedtak.

Opplevd nytteverdi

1. Opplever du nytteverdi av EPJ
2. og saksbehandlingsprogrammet
3. Bruker du EPJ for å fatte vedtak i dag?
4. Tror du ett saksbehandlingsprogram i EPJ ville hatt innvirkning på tiden det tar å lage og oppdatere ett vedtak?
5. Hva tror du kom kvaliteten på ett slikt vedtak?
6. Er det noe du ville være positiv til?

Opplevd brukervennlighet

1. Hvordan opplever du
2. i hvilken grad er EPJ integrert i dagens saksbehandling?
3. Er opplysningene i EPJ forståelig for deg som saksbehandler?

4. Er det enkelt å bruke. Må du inn og ut av programmer for å finne opplysningene du trenger?
5. I hvilken grad opplever du at helsearbeiderne har gode rutiner og kunnskaper på IPLOS skåring?

Sosial påvirkning

1. Hvordan opplever du kommunens fokus på bruk av informasjonssystemer?
2. Opplever du ledelsen positiv eller negativ til informasjonssystemer? Og kolleger? Og helsearbeidere nær brukerne?

Organisatorisk og teknologisk

1. I hvilken grad mener du å ha kontroll på hvor du finner aktuelle opplysninger i EPJ når du skal fatte vedtak?
2. finner du/bruker du tiltaksplaner eller IPLOS enkelt?
3. Stoler du på at helsearbeiderne behersker IPLOS, og at disse skåringene representerer brukernes hjelpebehov?
4. vet du hvor i EPJ du kan finne utfyllende opplysninger?
5. Har du tilgang på hjelp (og brukerstøtte) om det er noe du ikke finner? Hvem og hvor?
6. Er EPJ slik det er i dag tilpasset dine oppgaver som saksbehandler?