

Hanne Søndergård Pedersen, Martin Sandberg Buch og Christina Holm-Petersen

Dokumentation i praksis

Undersøgelse af ældreområdet i Randers Kommune



*Dokumentation i praksis – Undersøgelse af ældreområdet i
Randers Kommune* kan hentes fra hjemmesiden
www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er
tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler,
anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes
sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7509-681-7
Projekt: 10628
Januar 2014

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at
fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse
og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Randers Kommune har igangsat et arbejde med at optimere dokumentationsindsatsen og produktiviteten på ældreområdet. Denne rapport undersøger både tidsforbrug til dokumentation og arbejdet med dokumentation i praksis blandt terapeuter, assistenter, SOSU-hjælpere og udekørende sygeplejersker. Undersøgelsen er finansieret af Randers Kommune.

Undersøgelsen er gennemført af seniorprojektleder Hanne Søndergård Pedersen (projektleder) i samarbejde med seniorprojektleder Martin Sandberg Buch og seniorprojektleder Christina Holm-Petersen, der begge har deltaget i praksisundersøgelsen. Studentermedhjælperne Amalie Dam-Hansen og Casper Mondrup Dahlmann har deltaget i tidsundersøgelsen.

Analyse- og forskningschef Vibeke Normann Andersen har varetaget den interne kvalitetssikring. Derudover har to eksterne reviewere kommenteret rapporten.

KORA ønsker at takke alle de medarbejdere, der deltog i tidsundersøgelsen, og ikke mindst de medarbejdere, der gav os lov til at observere deres arbejde.

Hanne Søndergård Pedersen

Januar 2014



Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Indhold

Sammenfatning	5
1 Indledning.....	7
1.1 Dokumentation.....	7
1.2 Kort om undersøgelsen	8
2 Konklusion og opmærksomhedspunkter	11
3 Tidsforbrug til dokumentation	15
3.1 Resultater fra tidsundersøgelsen	15
3.2 Dokumentationstid i praksisundersøgelsen vs. tidsundersøgelsen.....	17
3.2.1 Plejecentrene	17
3.2.2 Hjemmeplejen	17
3.2.3 Hjemmesygeplejen	18
3.2.4 Træningsområdet	18
4 Dokumentation i praksis	19
4.1 Plejecentrenes dokumentation	19
4.1.1 Dokumentationsarbejde.....	20
4.1.2 Tilgang til dokumentation på plejecentrene.....	21
4.2 Hjemmeplejens dokumentationspraksis	23
4.2.1 SOSU-hjælpernes dokumentationspraksis	24
4.2.2 Dokumentation som faglig praksis	26
4.2.3 SOSU-assistenternes dokumentationspraksis	27
4.3 Træningsområdets dokumentationspraksis	27
4.3.1 De sagsbehandlende ergoterapeuters dokumentationsarbejde	28
4.3.2 De trænende fysioterapeuters dokumentationsarbejde	29
4.3.3 Tilgangen til dokumentation på træningsområdet.....	29
4.4 Hjemmesygeplejens dokumentationspraksis	30
4.4.1 Hjemmesygeplejerskernes dokumentationsarbejde.....	30
4.4.2 Tilgangen til dokumentation i hjemmesygeplejen	31
Bilag 1 Tidsundersøgelse	33
Datagrundlag	33



Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Sammenfatning

Randers Kommune har igangsat et arbejde med at optimere dokumentationsindsatsen og produktiviteten på ældreområdet. Et vigtigt element i arbejdet er at skabe en fælles dokumentationsplatform, som muliggør korrekt og tilstrækkelig dokumentation med mindst muligt tidsforbrug. I forbindelse med indsatsen har Randers Kommune bedt KORA om at gennemføre henholdsvis en tidsundersøgelse og en praksisundersøgelse, der skal bidrage til at kvalificere arbejdet med at optimere dokumentationsindsatsen.

Tidsundersøgelsen afdækker, hvor lang tid medarbejderne på udvalgte områder i ældreplejen bruger på dokumentation og anden indirekte borgertid på en arbejdsdag. Tidsopgørelserne er baseret på selvindberetning fra 198 medarbejdere på ældreområdet, der dækker henholdsvis plejecentre, sygeplejen, hjemmeplejen og træningsområdet. Der er geografisk spredning, og medarbejdergrupperne er terapeuter, udekørende sygeplejersker, SOSU- og plejhjemsassistenter og andre SOSU-medarbejdere.

Praksisundersøgelsen undersøger, hvordan udvalgte medarbejdere på to plejecentre, i to hjemmeplejedistrikter, et sygeplejeområde og et træningsområde i praksis arbejder med dokumentation. Praksisundersøgelsen er baseret på otte hele observationsdage, hvor vi har observeret 16 forskellige medarbejdere fra plejecentre og hjemmeplejen.

Undersøgelsen er i høj grad baseret på observationer af få observerede medarbejderes dokumentationspraksis. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at konklusionerne drages på baggrund af punktnedslag i en stor ældrepleje. Dertil kommer, at de observerede medarbejdere kan have ændret adfærd på grund af observationen, på trods af bestræbelser på at undgå dette.

Undersøgelserne viser samlet set, at sygeplejeområdet (de udekørende) og træningsområdet bruger mest tid på dokumentation (21 % og 18 %). På plejecentrene og i hjemmeplejen ser undersøgelsen på assistenter og SOSU-hjælpere. De to faggrupper bruger samlet set 8 % af arbejdstiden på dokumentation både i hjemmeplejen og på plejecentre.

I både hjemmeplejen og på plejecentre dokumenterer SOSU-assistenterne mere end SOSU-hjælperne (16 % mod 6 %). Det er ikke mindst dokumentationen i VITAE, der giver forskellen mellem SOSU-assistenter og SOSU-hjælpere. Med enkelte undtagelser er indtrykket, at SOSU-hjælpernes tidsforbrug til dokumentation i VITAE er begrænset.

Dokumentation på printede skemaer mv. er udbredt, og den mundtlige kommunikation, videndeling og koordinering er central i løbet af vagten – særligt i hjemmeplejen og på plejecentrene.

Det overordnede indtryk fra undersøgelsen er, at der generelt er en positiv holdning til dokumentation i alle enheder. Det er dog de typer af dokumentation, som medarbejderne ser som umiddelbart anvendelige, der opfattes positivt. Holdningen til dokumentation, som ikke opleves som meningsfuld, er negativ. De lokalt udviklede tjeklister, skemaer mv., som findes i alle enhederne, opleves generelt som meningsfulde.

I undersøgelsen har vi set tre forskellige tilgange til dokumentation i forhold til den it-baserede dokumentation, som foregik i VITAE og nu foregår i CARE, og som er fælles for hele ældreområdet.

- Den første er **den integrerede tilgang**, hvor dokumentationen indgår som en naturlig del af arbejdet og opfattes som både meningsfuld og tilstrækkelig lettilgængelig.
- Den anden er **den skeptiske tilgang**, hvor man ikke kan se, at man med dokumentationen kan understøtte det daglige arbejde, og derfor opleves den som meningsløs.
- Den tredje er **den fremmedgjorte tilgang**, hvor man oplever den skriftlige it-baserede dokumentation som sværttilgængelig.

Undersøgelsen peger på flere områder, som Randers Kommune kan have opmærksomhed på i arbejdet med den fælles dokumentationsplatform.

- Dokumentation og kommunikation glider sammen i praksis. Det bør indgå i overvejelserne, når den fælles platform udformes.
- Dokumentation i de fælles it-systemer tager tid. Derfor er Randers Kommunes arbejde med kortlægning af minimumsstandarder for dokumentation yderst relevant, så der ikke i den fælles platform opbygges et unødvendigt stort dokumentationsapparat.
- Randers Kommune bør have særskilt opmærksomhed på, at de forskellige dokumentationstilgange stiller særlige krav til både udformning og implementering af dokumentationsplatformen.
- Det øger chancen for, at dokumentationen bliver udført, når den opleves som anvendelig i det daglige arbejde. I udviklingen af dokumentationsplatformen bør der derfor være:
 - fokus på, hvilke informationer der understøtter den daglige praksis
 - eksplicit ledelsesfokus på, at dokumentationen nyttiggøres på en synlig måde i arbejdet
 - fokus på at synliggøre, hvad andre faggrupper bruger dokumentationen til, og hvilke krav det stiller til dokumentationen
- For de medarbejdere, der har en fremmedgjort tilgang til dokumentation, bør Randers Kommune være opmærksom på, hvordan deres dokumentationsopgaver kan lettes. Fx ved at sikre:
 - at det er let at logge på computere/iPhones
 - at der er afkrydsningsmuligheder for standarddokumentation, så krav om skriftlige formuleringsevner begrænses
 - at der er mulighed for at bruge værktøjer, der letter skriftlig formulering (fx it-rygsæk)
 - at gruppen ikke pålægges mere dokumentation, end der er nødvendigt
 - et eksplicit og vedvarende ledelsesfokus.

1 Indledning

Randers Kommune har igangsat et arbejde med at optimere dokumentationsindsatsen og produktiviteten på ældreområdet. Et vigtigt element i arbejdet er at skabe en fælles dokumentationsplatform, som muliggør korrekt og tilstrækkelig dokumentation med mindst muligt tidsforbrug. Parallelt med dette er kommunen i gang med at skifte omsorgssystem, og går fra VITAE til CARE.

I forbindelse med indsatsen har Randers Kommune bedt KORA om at gennemføre en tidsundersøgelse og en praksisundersøgelse, der skal kvalificere arbejdet med at optimere dokumentationsindsatsen.

Randers Kommune varetager selv et arbejde med at fastlægge minimumskravene til dokumentation. Nærværende undersøgelse indeholder derfor ikke en vurdering af dokumentationens kvalitet eller overensstemmelse med lovgivningsmæssige krav. Undersøgelsen beskriver derimod tidsforbruget til dokumentation samt dokumentationspraksis i udvalgte enheder. På den baggrund peges der på en række punkter, som Randers Kommune med fordel kan tage i betragtning, når den fælles dokumentationsplatform skal udformes.

I dette kapitel afgrænses dokumentationsbegrebet, og undersøgelsens design gennemgås kort. Undersøgelsens konklusioner og de opmærksomhedspunkter, som undersøgelsen peger på, findes i **kapitel 2**. I **kapitel 3** gennemgås tidsundersøgelsernes resultater, og disse resultater holdes op i mod observationerne af tidsforbrug fra praksisundersøgelsen. I **kapitel 4** beskrives den praktiske brug af de forskellige dokumentationsværktøjer på henholdsvis plejecentre, i hjemmeplejen, i hjemmesygeplejen og på træningsområdet. Dokumentationstilgangen beskrives også.

1.1 Dokumentation

Dokumentation har flere formål, som ofte overlapper hinanden. Dokumentation kan for det første tjene et kontrolformål: Man beskriver, hvad man har gjort, eller hvad der har afvejet fra det planlagte, så det efterfølgende kan kontrolleres, om man har gjort det rigtige. Denne form for dokumentation kan være central for borgernes sikkerhed, fordi den fx kan modvirke, at borgeren får sin morgenmedicin to gange, uden at dette opdages. For det andet kan dokumentation tjene et udviklingsformål: Man beskriver handlinger og virkninger og kan derfra uddrage læring om god praksis. I praksis tjener dokumentation ofte også et kommunikationsformål: Man meddeler sig fx til kollegaer i andre vagtlag om udførte handlinger og forhold, det er vigtigt at være opmærksom på, eller man bruger sin egen dokumentation som støtte for hukommelsen.

I denne rapport ser vi på dokumentation, der tjener alle tre ovennævnte formål, og dokumentation er her karakteriseret ved:

- at være skriftlig
- at omhandle borgerne direkte.

Med denne afgrænsning af dokumentation udelukker vi andet "papirarbejde"/computerarbejde fx vagtplanlægning, madbestilling, kursusplanlægning mv.

De typer af dokumentation, vi ser på, er:

- Journalnotater, medicinark, fokusområder/indsatsområder, døgnrytmeplaner mv. i VI-TAE og CARE¹
- Tjeklister
- Kalendere
- Notesbøger
- Dokumentation i mapper og skemaer i borgernes hjem
- Adviser.

1.2 Kort om undersøgelsen

Undersøgelsen består af en tidsundersøgelse og en praksisundersøgelse.

Tidsundersøgelsen afdækker, hvor lang tid medarbejderne på udvalgte områder i ældreplejen bruger på dokumentation og anden indirekte borgertid på en arbejdsdag. Tidsopgørelserne er baseret på selvindberetning fra 198 medarbejdere på ældreområdet. Disse medarbejdere er udvalgt², så de dækker:

- plejecentre³, den udekørende sygepleje, hjemmeplejen⁴, træningsområdet
- alle tre geografiske områder (Nord, Vest og Syd)
- terapeuter, udekørende sygeplejersker, SOSU- og plejehjemsassistenter og andre SOSU-medarbejdere.

De udvalgte medarbejdere er blevet bedt om at udfylde et tidsregistreringsskema, hver gang de har været i dagvagt i uge 24⁵. Selvregistrering af tidsforbrug er forbundet med en vis usikkerhed. Se Bilag 1 for en nærmere gennemgang af de metodiske forbehold. Undersøgelsen dækker både hverdage og weekender og svarprocenten er på 93 %.

Tabellen nedenfor viser de forskellige opgavekategorier, arbejdstiden er opgjort på. Den anvendte metode beskrives i Bilag 1.

¹ På det tidspunkt, da praksisundersøgelsen så på hjemmeplejen og plejecentre, var VITAE Randers Kommunes omsorgssystem. På tidspunktet for observationer i hjemmesygeplejen og i træningen var der lige gennemført et skift til CARE.

² Randers Kommune har udvalgt de konkrete enheder, der indgår i undersøgelsen. KORA har som hovedregel udvalgt de konkrete medarbejdere. Disse er udvalgt ud fra hensyn til at få målinger fra så mange dagvagter som muligt i den relevante tidsperiode og hensyn til både at dække hverdage og weekender.

³ De undersøgte enheder er fra Område Nord: Møllevang og Åbakken, Område Vest: Borupvænget og Kollektivhuset, Område Syd: Svaleparken og Tirsdalen.

⁴ De undersøgte enheder er fra Område Nord: Spentrup/Møllevang og Tørslev/Havndal, Område Vest: Borupvænget og Kollektivhuset, Område Syd: Dragonparken og Krstrup/Assentoft

⁵ Nogle enheder kunne ikke registrere i uge 24, så de gjorde det i uge 25.

Tabel 1.1 Opgavekategorier

	Opgavekategori	Definition
Dokumentation	Notater (VITAE)	Journalnotater
	Øvrig VITAE dokumentation	Døgnrytmeplan, helhedsbeskrivelse, fokusområder og planer, specialark, medicinark, samarbejdsbog mv.
	Visitation	Funktionsvurdering, visitation af ydelser, afgørelse mm.
	Anden dokumentation*	Dokumentation, der ikke er i VITAE
Advis	Advis (VITAE)	Læse og skrive adviser
Møder	Morgenmøde	
	Øvrige møder	
Pauser	Pauser	
Kurser	Kurser	
Anden tid	Anden tid**	Al øvrig tid – herunder fx køkkenarbejde, madbestilling, elevvejledning mv.
Vejtid	Vejtid	Tid brugt på vej fra en adresse til en anden
Brugertid	Brugertid	Tid hos brugerne (Dokumentation i hjemmet registreres som advis, notater, øvrig VITAE dokumentation, visitation eller anden dokumentation og IKKE som brugertid.)

Note: *Det skal bemærkes, at tid (ca. 10 minutter pr. medarbejder og dag) til udfyldelse af tidsundersøgelsesskemaerne, ifølge personalet fra praksisundersøgelsen, for nogens vedkommende er registreret under kategorien "Anden dokumentation". Det betyder, at denne kategori formentlig er højere end normalt.
 ** Hvis der har været tid i skemaerne, der ikke er redegjort for, er det placeret som "Anden tid".

Praksisundersøgelsen undersøger, hvordan udvalgte medarbejdere på to plejecentre, i to hjemmeplejedistrikter, i et sygeplejeområde og i et træningsområde i praksis arbejder med dokumentation⁶. Praksisundersøgelsen er baseret på otte hele observationsdage, hvor vi har observeret 16 forskellige medarbejdere. Når det var muligt, har vi aktivt spurgt ind til medarbejdernes dokumentationspraksis, deres syn på dokumentation samt deres ønsker til omsorgssystemet. Endvidere var der hver dag indlagt lidt ledig tid til sammen med den observerede at samle op på dagens observationer⁷.

På plejecentrene har vi besøgt tre afdelinger. På det ene plejecenter har vi observeret en afdeling, som vi kalder **Afdeling 1** i to hele dage. Her har vi observeret SOSU-hjælper om formiddagen og SOSU-assistent om eftermiddagen. På det andet plejecenter har vi observeret SOSU-hjælper på en afdeling, vi kalder **Afdeling 2** to formiddage og SOSU-assistent på en afdeling, vi kalder **Afdeling 3** to eftermiddage⁸.

I hjemmeplejen har vi observeret arbejdet i to forskellige plejegrupper, som ligger i hvert sit distrikt. Programmet var for begge dage, at vi observerede en SOSU-hjælper fra kl. 7.00 til 12.30, hvorefter vi observerede en SOSU-assistent fra kl. 12.30 til 15.00.

På træningsområdet har vi observeret en sagsbehandlende ergoterapeut fra kl. 8 til 11.30.

⁶ Medarbejderne er udvalgt af Randers Kommune. Der er så vidt muligt valgt medarbejdere, der også deltog i tidsundersøgelsen.

⁷ Praksisundersøgelsen er gennemført af tre konsulenter, der har taget udgangspunkt i en fælles observationsguide. På plejecentrene har to konsulenter fulgt de samme afdelinger på to forskellige dage.

⁸ Se afsnit 3.2.1 for en beskrivelse af konsekvenserne af, at medarbejdergrupperne er observeret på forskellige tidspunkter.

Om eftermiddagen observerede vi to trænende fysioterapeuter. Den ene fra kl. 12.30 til 13.45. Den anden fra kl. 13.45 til 15.15.

På sygeplejeområdet har vi observeret en hjemmesygeplejerske fra kl. 7.30 til 15.30.

Metodiske overvejelser om praksisundersøgelsens resultater

Der er to metodiske forhold, som har betydning for anvendelsen af praksisundersøgelsens resultater:

For det første udgør vores observationer af de udførende medarbejderes dokumentationspraksis korte nedslagspunkter blandt få medarbejdere i en stor og forgrenet ældrepleje. Vi kan derfor ikke vurdere, i hvilket omfang de observerede medarbejdere, deres dokumentationspraksis og deres perspektiver på arbejdet med dokumentation er repræsentative for ældreplejen som helhed.

For det andet påvirker det medarbejderne at have en observatør med. Det kan både ske ved, at medarbejderen arbejder mere samvittighedsfuldt end normalt, og ved at medarbejderen bliver stresset og begår flere fejl. Vi har forsøgt at minimere denne påvirkning ved at understrege hjælpernes anonymitet og undersøgelsens fokus på dokumentation. Endvidere har vi nøje spurgt ind til, om der er noget, som har været anderledes, eller om det har påvirket arbejdsdagen, at vi har været med.

Ovenstående forhold begrænser rækkevidden af undersøgelsens konklusioner. De resultater, der bekræfter eksisterende viden eller antagelser i Randers Kommune, kan umiddelbart anvendes i det videre arbejde med dokumentationsplatformen. De resultater, der er nye, bør valideres yderligere, inden de anvendes.

2 Konklusion og opmærksomhedspunkter

Dokumentationspraksis

Undersøgelsen peger på, at mundtlig kommunikation og koordinering samt "papirdokumentation" på diverse skemaer og tjeklister generelt er et vigtigt supplement til VITAE/CARE.

Nedenfor oprises undersøgelsens resultater angående dokumentationspraksis i VITAE/CARE.

- De observerede medarbejdere vurderer generelt, at VITAE grundlæggende har fungeret godt, men at systemet kan være langsomt.
- Der er fortsat udfordringer forbundet med brugen af CARE, der er nyintroduceret i kommunen.
- Dokumentation i systemerne er en fuld integreret del af medarbejdernes arbejde i sygeplejen og på træningsområdet.
- Indtrykket er, at SOSU-hjælperne har en væsentlig opgave med dokumentation i VITAE på én plejecenterafdeling. De øvrige observerede SOSU-hjælpere dokumenterede kun meget begrænset i VITAE. Dette understøttes af udsagn fra hjemmesygeplejen, hvor det fremhæves, at hjælperne dokumenterer (for) lidt.
- Assistenterne har flere dokumentationsopgaver og dokumenterer mere i VITAE end hjælperne, og det opleves som en fuld integreret del af assistenternes arbejde både i hjemmeplejen og på plejecentrene.
- Det skal bemærkes, at undersøgelsen ikke kan sige noget om, hvorvidt forskellen på SOSU-assistenterne og SOSU-hjælpernes dokumentationspraksis er hensigtsmæssig eller ej.
- Der er bred enighed om, at dobbeltdokumentation er uhensigtsmæssig. Flere peger således på, at det i VITAE er nødvendigt at indtaste de samme oplysninger flere steder. Det kan fx være, hvis en borger er faldet, så skal blodtryk, blodværdier mv. skrives flere steder.
- I CARE opleves vanskeligheder med at gå fra en avis til en henvendelse og fra journalen og til avis.
- Det påpeges, at fokusområderne i VITAE kan være svære at finde rundt i – fx fordi de ikke altid får logiske navne. Det påpeges også, at det er uhensigtsmæssigt at have "standardfokusområder" på plejecentrene - fx ernæring - fordi de ikke er relevante for alle beboerne.
- I CARE opleves det, at det er svært at få overblik over borgerne. Der skal "klikkes" i arkene, før man kan læse mere end først linje af en note.
- Det store behov for skriftlighed – i modsætning til fx afkrydsningsmuligheder – påpeges også som uhensigtsmæssigt.
- I hjemmeplejen ser assistenterne frem til at få CARE, der giver bedre muligheder for at koordinere og udveksle viden på tværs af kommuner, sygehuse og praktiserende læger.

Tilgang til dokumentation

Det overordnede indtryk fra undersøgelsen er, at der generelt er en positiv holdning til dokumentation i alle enheder. Det er dog de typer af dokumentation, som medarbejderne oplever, kan understøtte arbejdet, der opfattes positivt. Holdningen til dokumentation, som

ikke opleves som meningsfuld, er negativ. Sandsynligheden er størst for, at meningsfuld dokumentation bliver lavet.

Den dokumentation, der er målrettet enheden – fx egne tjeklister, notesbøger osv., opfattes generelt som meningsfuld, og her dokumenteres flittigt. Der er til gengæld forskel på, hvordan forskellige enheder og medarbejdergrupper opfatter den it-baserede dokumentation i VITAE/CARE, der er fælles for hele ældreområdet.

Lidt forenklet har vi observeret tre overordnede tilgange til dokumentation i VITAE i praksisundersøgelsen: Den integrerede, den skeptiske og den fremmedgjorte.

Den integrerede: Dokumentationen er overvejende meningsfuld og til at finde ud af

- Medarbejderne med autorisation - hjemmesygeplejerskerne, terapeuterne og assistenterne - har generelt denne tilgang.
- For hjemmesygeplejerskerne og terapeuterne giver introduktionen af CARE dog nogle udfordringer.
- VITAE indgår som en naturlig del af assistenternes arbejde, og dokumentationen opfattes som hovedregel som vigtig. Det påpeges dog, at der er "standard" fokusområder, som skal oprettes for alle, også selvom det ikke vurderes som relevant.
- Afdeling 1 har også denne tilgang. Det er den afdeling, der har størst fokus på dokumentation i VITAE. Her opfatter både assistenter og hjælpere dokumentationen som vigtig og meningsfuld, og dokumentation bruges både som kommunikationsværktøj internt på afdelingen og som grundlag for tæt daglig faglig sparring med centersygeplejersken.
- Der er også SOSU-hjælpere fra hjemmeplejen, som har denne tilgang.

Den skeptiske: Den generiske it-baserede dokumentation giver ikke mening i det daglige arbejde

- Afdeling 2 har denne tilgang. Her er det uklart for SOSU-hjælperne, hvad dokumentationen i VITAE bruges til, og de opfatter det primært som en kontrolforanstaltning, som ikke giver nogen værdi på afdelingen.

Den fremmedgjorte: It-baseret dokumentation er svær at finde ud af

- Observationerne gav indtryk af, at nogle SOSU-hjælpere fra hjemmeplejen oplever den skriftlige dokumentation som udfordrende og tidskrævende. Dette selvom observationerne af praksis kun viste en meget begrænset dokumentation og ingen eksempler på travlhed eller manglende tid til dokumentation for hjælperne. Observationerne gav flere eksempler på SOSU-hjælpere, som ikke er fortrolige med systemet og/eller computere.
- Samme pointe blev af en af de observerede fremført som værende en udfordring i et plejecenter.

Tilstedeværelsen af disse forskellige tilgange bør tages i betragtning i udformningen af den fælles dokumentationsplatform, og de peger i retning af, at brugen af generiske dokumentationssystemer som VITAE kræver et **eksplicit og vedvarende fokus**.

Tidsforbrug og anvendelse

- Undersøgelserne viser samlet set, at sygeplejeområdet og træningsområdet bruger mest tid på dokumentation (21 % og 18 %). Plejecentrene og hjemmeplejen bruger begge 8 % af arbejdstiden på dokumentation.
- I både hjemmeplejen og på plejecentre dokumenterer SOSU-assistenterne mere end SOSU-hjælperne (16 % mod 6 %). Assistenterne efterlyser generelt mere tid til dokumentation og anden indirekte borgertid.
- På plejecentrene er der store forskelle på tidsforbruget til dokumentation på tværs af afdelingerne. Det er tydeligt, at de enheder, der bruger meget tid på dokumentation, bruger meget tid i VITAE. Praksisundersøgelsen viser, at der er en tæt sammenhæng mellem, hvor meget man dokumenterer i VITAE, og hvad man oplever at få ud af systemet, jf. beskrivelsen af "den integrerede" tilgang til dokumentation ovenfor. Og de medarbejdere, der er bruger VITAE meget, oplyser, at de synes, det er tiden værd.

Undersøgelsen har ikke grundlag for at sige, om flittig dokumentation i VITAE giver bedre pleje og hjælp til borgerne, end andre og mindre tidskrævende dokumentationsformer gør. Vi kan derfor ikke sige noget om, hvorvidt tidsforbruget til dokumentation i VITAE er givet godt ud, eller at tiden kunne være brugt mere hensigtsmæssigt på andre aktiviteter.

Det skal dog bemærkes, at hjemmesygeplejen og til dels terapeuterne efterspørger mere dokumentation fra plejen.

Opmærksomhedspunkter

Undersøgelsen peger på flere områder, som Randers Kommune kan have opmærksomhed på i arbejdet med den fælles dokumentationsplatform.

- Dokumentation og kommunikation glider sammen i praksis. Det bør indgå i overvejelserne, når den fælles platform udformes.
- Dokumentation i generiske systemer tager tid. Derfor er Randers Kommunes arbejde med kortlægning af minimumsstandards for dokumentation yderst relevant, så der ikke i den fælles platform opbygges et unødvendigt stort dokumentationsapparat.
- Randers Kommune bør have særskilt opmærksomhed på, at de forskellige tilgange til dokumentation stiller særlige krav til både udformning og implementering af dokumentationsplatformen.
- Det øger chancen for, at dokumentationen bliver udført, når den opleves som anvendelig i det daglige arbejde. I udviklingen af dokumentationsplatformen bør der derfor være:
 - fokus på, hvilke informationer der understøtter den daglige praksis
 - eksplicit ledelsesfokus på, at dokumentationen nyttiggøres på en synlig måde i arbejdet
 - fokus på at synliggøre, hvad andre faggrupper bruger dokumentationen til, og hvilke krav det stiller til dokumentationen.

- For de medarbejder, der har en fremmedgjort tilgang til dokumentation, bør Randers Kommune være opmærksom på, hvordan deres dokumentationsopgaver kan lettes. Fx ved at sikre:
 - at det er let at logge på computere/iPhones
 - at der er afkrydsningsmuligheder for standarddokumentation, så krav om skriftlige formuleringsevner begrænses
 - at der er mulighed for at bruge værktøjer, der letter skriftlig formulering (fx it-rygsæk)
 - at gruppen ikke pålægges mere dokumentation, end det er nødvendigt
 - et eksplicit og vedvarende ledelsesfokus.

3 Tidsforbrug til dokumentation

Her gennemgår vi resultaterne fra tidsundersøgelsen samt de observationer af tidsforbruget til dokumentation, som var et resultat fra praksisundersøgelsen. Undersøgelsen beskæftiger sig kun med dagvagten.

Overordnet set støtter resultaterne fra praksisundersøgelsen tidsundersøgelsens resultater. Der er dog en tendens til, at resultaterne fra tidsundersøgelsen overestimerer tidsforbruget til dokumentation en smule.

Tidsundersøgelsen viser samlet set⁹:

- Sygeplejeområdet (de udekørende) og træningsområdet bruger mest tid på dokumentation (21 % og 18 %).
- Plejecentrene og hjemmeplejen bruger begge 8 % af arbejdstiden på dokumentation.
- SOSU-assistenterne dokumenterer betydeligt mere end SOSU-hjælperne i hjemmeplejen og i plejecentrene (16 % mod 6 %)
- Der er store forskelle på tidsforbruget til dokumentation på tværs af plejecenterafdelingerne. (Mellem 3 % og 17 % - disse tal er dog usikre pga. få respondenter på hvert plejecenter)

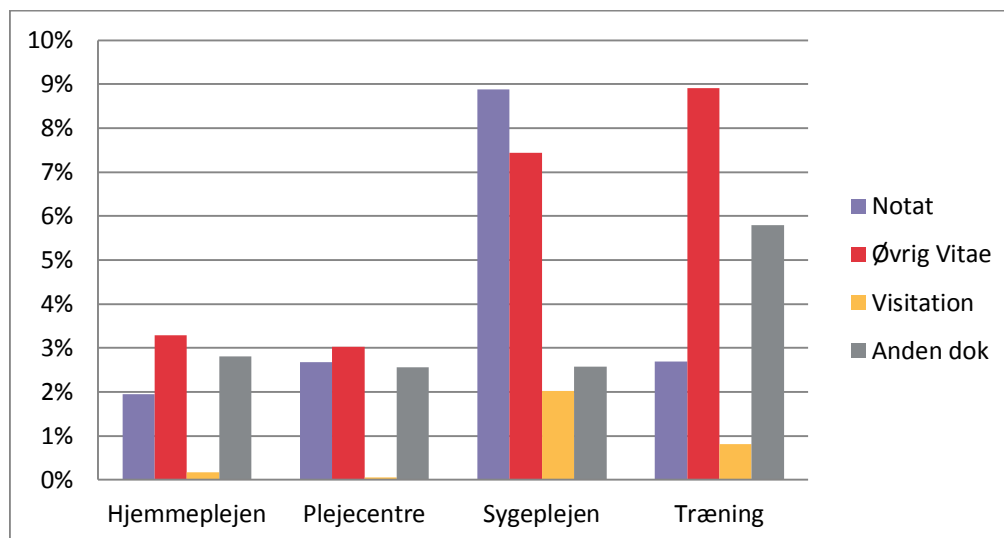
Resultaterne fremlægges nedenfor.

3.1 Resultater fra tidsundersøgelsen

Tidsundersøgelsen viser, at sygeplejeområdet bruger mest tid på dokumentation (21 %). I forhold til de øvrige fagområder bruger de klart mest tid på journalnotater og på visitation. Træningsområdet bruger 18 % af tiden på dokumentation. Her bruges størstedelen af tiden på øvrig VITAE dokumentation og anden dokumentation. Plejecentrene og hjemmeplejen bruger begge 8 % af deres tid på dokumentation.

⁹ Der er ikke mange nyere undersøgelser, der opgør tidsforbruget til dokumentation på ældreområdet. To undersøgelser fra henholdsvis 2009 og 2010 (*Deloitte: Kortlægning og måling af administrative opgaver i plejeboliger mv.*, og *KL: Hjemmesygepleje*) tegner dog et billede af dokumentationen på henholdsvis plejecentre og i hjemmesygeplejen, der minder om det, der findes i Randers Kommune. Det skal bemærkes, at disse undersøgelser ikke er fuldstændig sammenlignelige med nærværende undersøgelse.

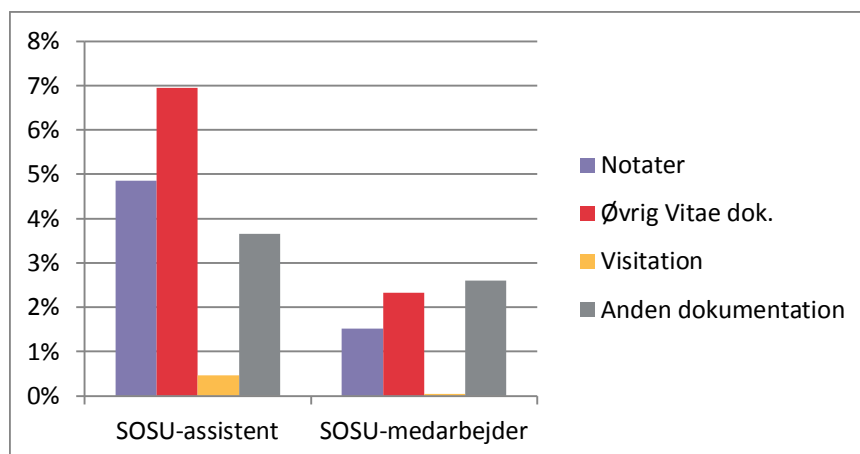
Figur 3.1 Tidsforbrug til dokumentation fordelt på fagområder. Procent af samlet arbejdstid



Der indgår fire faggrupper i tidsundersøgelsen. Sygeplejersker, terapeuter, SOSU-assistent-ter (herunder plejehjemsassistenter) og SOSU-medarbejdere (herunder SOSU-hjælpere, hjemmehjælpere og husassistenter). For sygeplejen og i træningen er det henholdsvis sygeplejersker og terapeuter, der indgår. Det vil sige, at resultaterne for disse faggrupper er identiske med resultaterne for fagområderne.

For hjemmeplejen og for plejecentrene indgår både SOSU- og plejehjemsassistenter og andre SOSU-medarbejdere. Nedenfor vises tidsundersøgelsens resultat for de to medarbejdergrupper.

Figur 3.2 Tidsforbrug til dokumentation fordelt på medarbejdergrupper. Procent af samlet arbejdstid



Som det fremgår af Figur 3.2 ovenfor, varierer de to medarbejdergruppers tidsforbrug til dokumentation. SOSU-medarbejderne bruger markant mindst tid på dokumentation (samlet set 6 % af arbejdstiden), mens SOSU- og plejehjemsassistenterne bruger 16 % af arbejdstiden på dokumentation. Samtidig ses, at anden dokumentation fylder relativt meget i SO-

SU-medarbejdernes dokumentationsarbejde, mens dokumentation i VITAE fylder relativt meget hos assistenterne.

Disse forskelle er ikke overraskende, da assistenterne typisk har andre og flere dokumentationsopgaver end de øvrige SOSU-medarbejdere. For eksempel er det kun assistenterne, der opretter fokusområder i VITAE. Det skal også understreges, at andelen af anden dokumentation formentlig er overestimeret grundet den tid, der er anvendt til at udfylde tidsregistreringsskemaerne.

3.2 Dokumentationstid i praksisundersøgelsen vs. tidsundersøgelsen

I det følgende sammenlignes resultaterne fra tidsundersøgelsen og praksisundersøgelsen for henholdsvis plejecentre og hjemmeplejen. Samlet set tyder praksisundersøgelsen på, at tidsundersøgelsen overestimerer tidsforbruget til dokumentation en smule.

3.2.1 Plejecentrene

I praksisundersøgelsen har vi observeret SOSU-hjælperes, SOSU-assistenters og plejehjemsassistenters praksis. Vi har primært observeret SOSU-hjælper om formiddagen og SOSU- og plejehjemsassistenter om eftermiddagen. Det kan give en skævhed i observationerne af dokumentationen, at vi ikke har observeret de enkelte medarbejdere i én hel vagt. Observationerne er derfor støttet af interview med de observerede personer om deres dokumentation i hele vagten.

Praksisundersøgelsen støtter, at SOSU- og plejehjemsassistenter bruger mere tid på dokumentation end SOSU-hjælper, og både praksisundersøgelsen og tidsundersøgelsen peger på, at der er relativ stor variation i tidsforbruget til dokumentation på forskellige plejecentre. I tidsundersøgelsen spænder tidsforbruget mellem 3 % og 17 % af arbejdstiden¹⁰, og også praksisundersøgelsen antyder, at der er relativt store forskelle, selvom tidsundersøgelsen, som nævnt, overestimerer tidsforbruget en smule. Vi observerede således typisk lavere dokumentationstid på observationsdagene end den dokumentationstid, der fremgik af tidsundersøgelsen for de medarbejdere, der indgik i begge undersøgelser. Der var dog ikke tale om store forskelle, og de forskelle mellem afdelingerne, der fremgik af tidsundersøgelsen, kunne genkendes i praksisundersøgelsen. Forskellene mellem plejecenterafdelinger beskrives nærmere i næste kapitel.

3.2.2 Hjemmeplejen

I hjemmeplejen har vi observeret SOSU-hjælper om formiddagen og SOSU-assistenter om eftermiddagen. Praksisundersøgelsen tyder også her på, at SOSU-assistenten bruger væsentligt mere tid på dokumentation end SOSU-hjælperne. Dette er i overensstemmelse med tidsundersøgelsen.

Det var fælles for det to observationsdage, at SOSU-hjælperne kun brugte meget begrænset tid på dokumentation. Der blev kun observeret ganske få minutters dokumentation, og tidsundersøgelsen viser også, at dokumentationstiden er lav for den af de observerede SOSU-hjælper, der deltog i målingen.

¹⁰ Disse tal er dog dog noget usikre, da antallet af respondenter fra de enkelte plejecentre er begrænset.

SOSU-assistenterne i hjemmeplejen brugte på observationsdagene 30 til 35 minutter på dokumentation. Den assistent, der også deltog i tidsundersøgelsen, havde her et gennemsnitligt tidsforbrug til dokumentation på 43 minutter pr. dag.

3.2.3 Hjemmesygeplejen

I hjemmesygeplejen har vi observeret en hjemmesygeplejerske på en otte timers dagvagt. Praksisundersøgelsen peger også her på, at tidsundersøgelsen har overestimeret tidsforbruget til dokumentation.

Tidsforbruget til dokumentation på denne vagt var omkring 85 minutter – dvs. ca. 18 % af arbejdstiden. Medarbejdernes gennemsnitlige tidsforbrug til dokumentation i tidsundersøgelsen var på 104 minutter pr dag.

3.2.4 Træningsområdet

På træningsområdet har vi observeret en sagsbehandlende ergoterapeut en formiddag. Medarbejderen havde akutdag, hvilket betyder, at der var mere dokumentation end på en normal vagt. Medarbejderen brugte ca. 30 % af arbejdstiden på dokumentation. Det kan ikke på den baggrund vurderes, om tidsundersøgelsen over- eller underestimerer tidsforbruget for terapeuterne

Vi observerede ligeledes to fysioterapeuter. Den ene fysioterapeut, vi observerede, brugte 15 minutter på dokumentation efter en holdtræning. Dette var dog atypisk meget, og derfor kan der heller ikke på den baggrund siges noget om tidsundersøgelsens præcision.

Den anden fysioterapeut observerede vi i 75 minutter, hvor de 60 minutter blev brugt til dokumentation. Det var indtrykket, at vi observerede dagens samlede dokumentation. Det gennemsnitlige tidsforbrug til dokumentation i tidsundersøgelsen var for den observerede medarbejder 66 minutter. Den korte observationstid betyder, at vi ikke på den baggrund kan sige, om tidsundersøgelsen over- eller underestimerer tidsforbruget.

4 Dokumentation i praksis

I de følgende afsnit beskrives den praktiske brug af VITAE og andre dokumentationsformer for plejecentrene og hjemmeplejen. Undervejs forholder vi os til de former for kommunikation, koordination og vidensdeling, der finder sted mellem medarbejderne, samt i hvilket omfang disse er knyttet an til den elektroniske dokumentationsplatform. Vi gengiver også de forskellige perspektiver og tilgange til dokumentationsarbejdet, som vi er blevet præsenteret for af medarbejderne.

4.1 Plejecentrenes dokumentation

Som tidligere nævnt, er der observeret otte medarbejdere, der arbejder på tre forskellige afdelinger på to forskellige plejecentre. Ifølge de observerede medarbejdere var der tale om almindelige dage. En af SOSU-sassisterne havde dog lidt mere mødeaktivitet end almindeligvis.

Undersøgelsen peger samlet set på

- Hovedparten af de observerede medarbejdere betragter VITAE som et godt redskab, men alle er enige om, at VITAE kan være langsomt, og det ikke alle, der er lige fortrolige med systemet og med computere generelt.
- Der er bred enighed om, at dobbeltdokumentation er u hensigtsmæssig. Medarbejderne oplever, at de skal dokumentere dobbelt, fx i forbindelse med fald, hvor blodtryk, blodværdier mv. skal skrives flere steder.
- Fokusområderne kan være svære at finde rundt i, og det påpeges, at det er u hensigtsmæssigt med "standard"-fokusområder (fx ernæring) for alle beboere, når det ikke er relevant.
- Det påpeges også, at der er relativt meget fritext i VITAE, som med fordel kunne være mere afkrydsningsbaseret.
- Der er forskel på SOSU-hjælperes og SOSU-assistenters dokumentation. Generelt dokumenterer SOSU-assisterne mest, og på både afdeling 2 og 3 er indtrykket, at hjælpernes dokumentation i VITAE er meget begrænset. På afdeling 1 dokumenterer hjælperne også relativt meget i VITAE.
- Der er stor forskel på anvendelsen af VITAE på tværs af afdelingerne. På afdeling 1 er VITAE integreret i afdelingens arbejde og kernen i dokumentationen. På afdeling 2 dokumenteres der betydeligt mindre i VITAE, og brugen af systemets informationer er begrænset.
- På afdeling 2 opfattes VITAE som et kontrolværktøj. På afdeling 1 opfattes VITAE som et arbejdsredskab.
- Øvrige dokumentations- og kommunikationsværktøjer er mest vigtige på afdeling 2 og 3, hvor VITAE ikke fylder så meget. Dog er de løbende mundtlige beskeder helt centrale i løbet af vagten alle steder.
- Holdningen til dokumentation som sådan er ikke negativ på nogen af afdelingerne, men når dokumentationen ikke opleves som direkte anvendelig, opleves den ikke som meningsfuld.

Undersøgelsen gennemgås nærmere nedenfor. Vi beskriver først arbejdet med dokumentation på de tre afdelinger, og dernæst beskriver vi tilgangen til dokumentation.

4.1.1 Dokumentationsarbejde

På **Afdeling 1** er VITAE kernen i dokumentationen og en meget integreret del af afdelingens arbejde. Her bruger både SOSU-hjælpere og SOSU-assistenten VITAE på daglig basis. Vigtige bemærkninger om borgerne skrives i journalnoter, og derudover oprettes og skrives der i fokusområder, døgnrytmeplaner, medicinark mv.

Udover VITAE dokumenteres der også på anden vis. Det fremgår af et skema, hvornår beboerne skal i bad, og der sættes et minus, hvis det ikke er sket. Der skrives ikke noget, hvis det er sket. Der er også enkelte beboere, der har afføringsskemaer eller lignende men kun i særlige tilfælde. Der er kun medicinen, der systematisk dobbelttjekkes med en tjekliste. Den ligger på kontoret, og medarbejderne skriver deres initialer på den, når der er givet medicin. De gør det ikke straks, men når de alligevel kommer forbi kontoret. Den person, der er sidst på vagten, tjekker skemaet.

Det er VITAE, der afleverer informationer mellem de forskellige vagtlag. Når medarbejderne møder ind om morgenen, holdes der morgenmøde på kontoret ved computeren, og der læses journalnoter op fra det seneste døgn. Henvises der i noter til fx fokusområder, tjekkes det også i plenum. Og hvis medarbejderen har været væk i mere end én dag, er man forpligtiget til selv at få læst op på journalnoterne. Mens der læses op, skriver medarbejderne informationerne ned på små blokke, de har med i lommen.

På afdelingen er papirkalenderen afdelingens huskeseddel. Den læses op til morgenmøderne i lighed med journalnotaterne og studeres og opdateres i løbet af dagen. De har også forsøgt at anvende VITAE som kalender ved at sende adviser til dem selv for at få påmindelser på computeren. Det er de dog stoppet med, fordi de oplevede det som en fejlkilde.

Om formiddagen bruges tiden i høj grad sammen med beboerne, der skal hjælpes op, i bad, have medicin og mad osv. Efter kl. 13, "hvor morgenplejen er klaret", er der mere ro på afdelingen, og der bruges tid på dokumentation og planlægning, oprydning samt opfyldning. Der dokumenteres dog også om formiddagen på afdeling 1. Har medarbejderne fri kl. 12.30, dokumenterer de fx efter kl. 11, hvor der kan være mindre brugertid. De skriver løbende på de små blokke, så de kan huske, hvad de skal have ind i systemet.

En af de observerede SOSU-hjælpere fortalte, at det ikke var unormalt, at hun brugte 30 minutter på dokumentation på en vagt. Dette blev også understøttet af direkte observationer.

SOSU-assistenten på afdeling 1 fortalte, at de typisk brugte 45 til 60 minutter på dokumentation på en vagt. På den ene observationsdag var tidsforbruget dog noget mindre, da computerne var optaget, og en anden assistent lavede det meste af dokumentationen den konkrete dag. På den anden observationsdag brugte assistenten en stor del af eftermiddagen på mødeaktivitet, og dokumenterede ca. 30 minutter. Dagen efter dokumenterede hun i flere timer.

På **Afdeling 2** er VITAE ikke en nær så integreret del af arbejdet. Computeren står på kontoret, som ligger et godt stykke nede ad den lange gang, der udgør afdelingen. Det var tydeligt, at det var fællesskøkkenet, der var afdelingens hjerte. Kontoret anvendes mindre hyppigt særligt af SOSU-hjælperne.

Der er derimod stort fokus på andre typer af dokumentation. Der bruges flittigt tjeklister, der opdateres løbende. Der er skemaer på indersiden af et køkkenskab hos borgerne om afføring og medicin. Og i køkkenet er der en oversigt over, hvornår de forskellige beboere skal have medicin og i bad og have skiftet sengetøj. Der krydses løbende af på disse tjeklister. Og også her er papirkalenderen vigtig. Den studeres og opdateres løbende.

Afdeling 2 bruger desuden en kinabog, hvor vigtige meddelelser om beboerne noteres. Dagvagt, aftenvagt og nattevagt bruger forskellige farver kuglepen, så man kan se, hvem der har skrevet. Det kan fx være meddelelser som "XX har dårlig mave" eller "XX har en tør ble om morgenen – skifter nattevagten bleen?". Kinabogen samt en mundtlig rapport ved morgenmødet i køkkenet udgør den primære kommunikation mellem vagtlagene.

SOSU-hjælperne skriver måske journalnoter i VITAE en til to gange om ugen. Det kan tage mellem 5 og 15 minutter – afhængigt af, om systemet er langsomt eller ej. SOSU-hjælperne dokumenterer fx vægt på beboerne. Derudover opdateres døgnrytmeplaner mindst hver tredje måned, og der skrives i fokusområderne, når assistenterne beder om det. Det er heller ikke indtrykket, at SOSU-hjælperne bruger adviser i særlig høj grad. De går hellere ned til terapeuterne, end de skriver en avis. I de dage, hvor vi observerede på afdelingen, forekom det ikke, at SOSU-hjælperne dokumenterede i VITAE. Indtrykket var, at de dokumenterede, når der var tid – det kunne både være om formiddagen og om eftermiddagen. Vi observerede fem minutters "anden dokumentation" i løbet af hver af de to formiddage, vi besøgte afdelingen.

Den SOSU-assistent, vi mødte på afdelingen, fortalte, at hun dokumenterer en til halvdelen time om ugen i VITAE og altid om formiddagen, og også bruger adviser. Derudover bruger hun efter eget udsagn ca. 15 minutter dagligt på at læse andres dokumentation. Vi har imidlertid hverken tidsundersøgelser fra denne afdeling eller observationer af assistenterne, der kan underbygge dette.

På **Afdeling 3** er indtrykket, at VITAE var mere integreret i arbejdsgangene end på afdeling 2. Det blev oplyst, at alle medarbejdere læste journalnoter om morgenen, men overleveringen mellem vagttag skete også med en mundtlig rapport. På afdelingen er der også en papirkalender, der er afdelingens huskeseddel, og der er tjeklister over medicin og afføring hos beboerne, hvor der løbende krydses af. Her dokumenterer de også medicin på en liste i fælleskøkkenet, mens bad dokumenteres (og huskes) på en tjeklisteskema, der ligger på kontoret.

SOSU-assistenternes dokumentation i VITAE foregår for nogles vedkommende typisk om formiddagen og for andres om eftermiddagen. Her oprettes fx fokusområder, medicinark opdateres mv. Adviser bruges til den eksterne kommunikation. Den ene af de observerede assistenter brugte på observationsdagen ca. 45 minutter på dokumentation. Her var der primært tale om øvrig VITAE dokumentation samt dokumentation af medicinkontrol.

4.1.2 Tilgang til dokumentation på plejecentrene

Den nuværende dokumentationstilgang, der er på afdelingerne, betyder noget for, hvilke muligheder der er for at implementere den fremtidige dokumentationsplatform. Tilgangen siger nemlig noget om, hvad det er for en kontekst, platformen skal fungere i.

Dokumentation og plejetyngde

Dagligdagens rytme var i de observerede dage meget forskellig på de tre afdelinger. Ifølge de observerede medarbejdere er der i dag ikke nogen sammenhæng mellem plejetyngde og

normering. Det var i tråd hermed også tydeligt, at der var meget stor forskel på, hvor god tid der var til opgaverne, og jo mindre travlt medarbejderne havde, jo mindre dokumenterede de. Vi blev under observationerne introduceret til det nye system, hvor plejetyngden skal dokumenteres ved hver enkelt beboer. Dette vil i sagens natur føre til mere dokumentation, hvorfor medarbejderne havde svært ved at se pointen med systemet.

Der er ikke nogen formel daglig ledelse på nogen af afdelingerne, hvorfor det er op til den lokale kutyme, hvordan eventuel ekstra tid anvendes. På Afdeling 1 var der dog daglig faglig sparring ved en sygeplejerske. På det mest travle afsnit - Afdeling 1 - var der en besked på opslagstavlen om, at nogle af beboerne havde været ude at køre en tur i det gode vejr. På afdeling 2 var der en kultur med, at man ventede på, at der blev tid til at løse en opgave frem for selv at være opsøgende mod eventuelle behov. På alle tre afdelinger var det i det hele taget tydeligt, at fokus i meget høj grad var på de opgaver, der var defineret, såsom at holde beboerne rene, mætte og rettidigt medicinerede. Det er typisk også disse opgaver, der dokumenteres.

Dokumentation som faglig praksis

På de besøgte afdelinger var der stor forskel på holdningen til de forskellige typer af dokumentation. Som beskrevet er VITAE-systemet kernen i dokumentationen på **Afdeling 1**, og medarbejderne – både assistenter og hjælpere - opfatter det som vigtigt og meningsfuldt at dokumentere. Assistenterne fortæller, at centersygeplejersken læser deres VITAE-dokumentation, og at de på baggrund af dette har en daglig og grundig sparring med hende. På afdeling 1 er det tydeligt, at dokumentation er en central del af deres faglige praksis. Derudover anvendes VITAE som det centrale kommunikationsværktøj på tværs af vagter og for medarbejdere, der har haft fri. De papirbaserede dokumentationsværktøjer bruges mindre her end på de øvrige afdelinger. På afdeling 1 er det i tråd hermed tydeligt, at det er kontoret, der er afdelingens "hjerne". Ligesom det er tydeligt, at faglighed er i fokus.

Selvom medarbejderne oplever, at de har for lidt tid til dokumentation, mener de, at det giver mening at bruge tiden på det, og de oplever hverken, at de dokumenterer for meget eller for lidt.

Helt annerledes er dokumentationstilgangen på **Afdeling 2**. Her forbinder SOSU-hjælperne i højere grad VITAE-dokumentation med kontrol og registreringer, der gøres af hensyn til embedslægen. Deres primære værktøj i dagligdagen er derimod deres egne dokumentationssystemer, der skal sikre, at beboerne får medicin, kommer i bad mm. De oplever ikke, at andre bruger deres VITAE-dokumentation, og de bruger den heller ikke selv. De er glade for deres tjekskemaer, som de kan have hos borgerne, og fx døgnrytmeplanen fra VITAE er ikke velegnet til at hænge op. Der har de tidligere haft nogle skemaer, som de opfattede som bedre egnede. De tjekker også løbende kinabogen og opdaterer kalender mv.

Holdningen til dokumentation som sådan er derfor ikke negativ – men når de ikke oplever, at dokumentation er direkte anvendelig, opleves det ikke som meningsfuldt. Assistenterne anvender i højere grad VITAE og synes, at systemet er "fint nok", men også de vurderer, at systemet ikke altid er fagligt meningsfuldt. En af udfordringerne er efter deres mening, at der er dobbeltarbejde indbygget i systemet, fx er der u hensigtsmæssige overlap mellem helhedsbeskrivelsen og funktionsvurderingen. Fokusområderne er en anden kilde til overlap og oplevelsen af kontrol.

"Fokusområder kan også betyde dobbeltarbejde. Fx skriver vi værdimålinger dobbelt. Fx når der er fokus på blodtryk. Fokusområderne er i det hele taget lidt uoverskuelige. Nogle af dem er standard fokusområder fx ernæring og vedligeholdelsestræning. De er bestemt af embedslægen. Og det er lige meget, om de er relevante eller ej. Det betyder, at vi får en mere overfladisk holdning til det."

(Assistent på afdeling 2)

På **Afdeling 3** har assistenterne en positiv holdning til VITAE og mener, det giver god mening. Kontoret er en mere integreret del af afdelingen end på Afdeling 2, om end fælleskøkkenet også her er en meget central del af afdelingen. Det betyder også, at vigtige dele af dokumentationsarbejdet fx vedrørende medicin foregår i køkkenet.

4.2 Hjemmeplejens dokumentationspraksis

De dage, vi observerede hjemmeplejen, var atypiske, fordi plejegrupperne var i gang med at få udleveret iPhones og overgå til nyt omsorgssystem. Det betød, at en del tid blev brugt på opsætning af telefoner, koordinere kurser, oprette bruger id samt på at diskutere overgangen til de nye systemer. Hjælpernes PDA'er var også lukket ned, og alle kørte med printede kørelister som i gamle dage. Der var derfor ikke mulighed for at observere brugen af PDA'er, og dagene gav indtryk af, at der foregik relativt meget "manuel" kommunikation og koordination omkring de printede kørelister, sammenlignet med almindelige dage.

Assistenterne har generelt mere komplicerede borgere, ligesom de bruger mere tid på dokumentation end hjælperne. Assistenterne vurderede i den forbindelse, at den observerede dokumentations- og koordinationspraksis var repræsentativ for deres hverdag. Heroverfor observerede vi meget få eksempler på dokumentation blandt hjælperne. Det betyder, at kapitlets perspektiver på hjælpernes dokumentation og vidensdeling er baseret på generelle observationer og vores samtaler med de observerede hjælpere og deres kolleger.

Undersøgelsen peger på at:

- der er stor forskel på hjælperne og assistenternes dokumentationspraksis. Det er vores indtryk, at forskellene i høj grad kan henføres til forskelle i uddannelsesniveau og typer af opgaver. Derfor er der ikke grundlag for at konkludere, at forskellene i sig selv er u hensigtsmæssige.
- SOSU-hjælpernes videreformidling af viden sker i høj grad i en social og mundtlig kontekst, hvor problemløsning og evt. dokumentation sker i et samspil med kolleger. Når der dokumenteres – i form af beskeder og adviser – vil det ofte være, fordi det ikke lykkes at fange den rigtige person
- internt i gruppen af hjælpere er der forskel på, hvilke værktøjer man bruger i dokumentationen. Nogle er fortrolige med brugen af PDA'er, mens det er fremmed for andre. Der er også hjælpere, der har svært ved den skriftlige dokumentation. Indtrykket er, at den skriftlige dokumentation opleves som udfordrende og tidskrævende af mange SOSU-hjælpere. Dette selvom observationerne af praksis kun viste en meget begrænset dokumentation og ingen eksempler på travlhed eller manglende tid til dokumentation for hjælperne
- indtrykket er, at det vil kræve et eksplicit og vedvarende ledelsesfokus, hvis hjælperne skal arbejde systematisk med dokumentation. Afvejningen mellem ressourcer anvendt

på implementering og udførelse af dokumentation vs. udbyttet bør derfor overvejes nøje, før nye dokumentationskrav meldes ud

- skriftlig dokumentation af opgaver, observationer, afvigelser og aftaler er langt mere integreret i SOSU-assistenternes arbejde
- Assistenterne er grundlæggende tilfredse med VITAE, de oplysninger de kunne få fra omsorgssystemet samt de ting, der skulle dokumenteres. De to assistenter så frem til at få et nyt system, der giver bedre mulighed for at koordinere og udveksle viden på tværs af kommune, sygehuse og praktiserende læger.
- Under observationerne var assistenterne i højere grad end hjælperne presset på tid. I den forbindelse efterlyste begge assistenter mere dokumentationstid (forstået som tid til alle typer af indirekte borgerrelateret opfølgning).

I det følgende beskriver vi hjælpernes og assistenternes dokumentationspraksis og dokumentationstilgang hver for sig.

4.2.1 SOSU-hjælpernes dokumentationspraksis

Begge de observerede hjælpere var erfarne og fortrolige med VITAE og de tilhørende dokumentationsredskaber. Udover at systemet nogle gange var langsomt, var de også tilfredse med dokumentationsplatformens muligheder for at få og videregive oplysninger om borgerne.

Dagene var – ifølge de observerede SOSU-hjælpere – rolige og forudsigelige, fordi de besøgte stabile borgere, som de kendte godt i forvejen. Samtidig var der hverken ekstra borgere på kørelisten eller eksempler på uventede situationer, der nødvendiggjorde dokumentation eller opringninger til kolleger/sygepleje. Derfor havde de to hjælpere tilsammen kun ét eksempel på egentlig dokumentation: Et advis om en defekt lås, der via VITAE blev sendt til den ansvarlige låsesmed.

På det overordnede niveau er brugen af VITAE sammenlignelig i de to plejegrupper, vi besøgte. Begge grupper havde to faste computere stående, som hjælpere og assistenter kunne logge på for at bruge VITAE og tjekke mails mm. Mønsteret var begge dage, at der var kø ved computerne – og ved gruppens koordinator - ved frokost, da medarbejderne gemte observationer og hængепartier fra ruten til dokumentation på disse tidspunkter. Vi så dog ikke eksempler på hjælpere, der ikke kunne nå at logge på, eller som blev forsinkede som følge af denne praksis, da der især omkring frokosten virkede til at være god tid.

Når hjælperne arbejdede i VITAE, var der flere gange en til tre medarbejdere involveret udover den, der var direkte involveret i borgeren. Årsagerne til den kollektive dokumentationspraksis var nogen gange, at situationen omkring borgeren blev drøftet med kolleger – dels i forhold til at informere om ændringer og dels for at drøfte, hvad der skulle noteres i VITAE. Samtidig så vi flere eksempler på hjælpere, der skulle have hjælp for at logge på og skrive på computeren.

PDA'en som dokumentationsværktøj

På normale dage er PDA'en et vigtigt dokumentationsredskab for den ene af de observerede hjælpere, men ikke for den anden, som det illustreres i citaterne nedenfor.

"Alle har PDA'er, men det er ikke så mange, der bruger dem. Nogle er glade for dem, andre kan ikke finde ud af dem - og så er der dem, der er på tværs. Når

der er noget med mine borgere, bruger jeg computeren, når jeg kommer tilbage fra ruten. Det er ikke så tit, for der skal jo også være noget at dokumentere"

(SOSU-hjælper 1)

"VITAE og PDA'en fungerer godt og mit indtryk er, at hele gruppen bruger dem. Jeg tjekker altid, om der er beskeder eller ændringer, før jeg går ind til en borger, og jeg skriver tit en besked efter besøget. Især når man kommer hos borgere, man ikke kender, eller hvor det er et stykke tid siden, man har været der, syntes jeg, det er vigtigt at være opdateret, inden man går ind til dem"

(SOSU-hjælper 2)

I forlængelse af ovenstående forklarede hjælper 1, at der i starten blev gjort meget for at støtte brugen af PDA ude på ruten. Men når man kommer hos sine faste borgere, man kender godt, har man ikke brug for at blive opdateret, inden man går ind. Ifølge hjælperen tager det også mindst dobbelt så lang tid at skrive noget på PDA'en som på computer. Derfor har hjælperens PDA ligget i et skab det sidste halve år. Hjælperen – og to-tre af hendes kolleger¹¹ – får i stedet printet deres kørelister hver morgen.

I perioden uden PDA har SOSU-hjælperen ikke oplevet at mangle den ude på ruten. I stedet samler hun beskeder og hængepartier sammen og afleverer/dokumenterer dem i VITAE i den ledige tid, der opstår omkring frokostpausen. Fordelen ved denne praksis er også, at kolleger og sygeplejerske ofte er der, så tingene kan klares med det samme.

Omvendt oplever SOSU-hjælper 2, at det er meget nyttigt at have PDA'en ude på ruten, og hun foretrækker at blive opdateret/opdatere omsorgsjournalen umiddelbart før og efter sine besøg. Samtidig havde SOSU-hjælper 2 - i modsætning til hjælper 1 - en bevidsthed om de behov for viden, der opstår, når det er andre end den vante hjælper, som kommer i hjemmet.

Forskellen i brugen af PDA'en mellem de to grupper afspejler sig også i, hvordan observatordagene startede:

- I gruppe 1, startede dagen med ca. 20 minutters morgenmøde, hvor gruppens koordinator delte kørelister ud og videreformidlede beskeder fra aften og nattevagt til hjælperne. I denne gruppe var vi på vej ud til den første borger kl. 07.30.
- I gruppe 2 havde hjælperne i et stykke tid startet dagen kl. syv ude hos borgerne. Derfor var det kun dem, der skulle bruge bil, som mødte ind på kontoret. Der var derfor ikke noget morgenmøde, og kl. 07.05 var vi i bilen på vej ud til den første borger.

Gruppe 1 skal i fremtiden også møde direkte hos borgerne. Hjælper 1 udtrykte frustration over udsigten til dette, da hun vurderede, at der ville være viden, som gik tabt på grund af det manglende morgenmøde.

¹¹ Efter observationerne ringede vi til plejegruppens koordinator, som vurderede at der var tre til fire hjælpere, som ikke anvender PDA'en. Langt de fleste hjælpere anvender således PDA'en og efter overgangen til CARE, møder hjælperne direkte ind hos borgerne kl. 07.00. Derfor vil alle hjælperne fremadrettet formentlig være tvunget til at anvende iPhone og elektronisk køreliste.

I gruppe 2, var hjælper 2 tilfreds med at møde ind direkte hos borgeren, da der generelt er mangel på morgentid. Hun så ikke noget problem ved den nye praksis, så længe relevante beskeder bliver skrevet i omsorgssystemet - så fremgår de af kørelisten/opslaget på borgeren i PDA'en.

Andre former for dokumentation

Hjælperne er enige om, at det meste dokumentations- og koordinationsarbejde foregår udenfor VITAE. Samtidig vurderede hjælperne – i overensstemmelse med hvad vi observerede - at det er en ganske lille andel af deres samlede arbejdstid, der anvendes til skriftlig dokumentation i klassisk forstand.

Det, der er i fokus for hjælpernes indirekte borgertid, er i højere grad mundtlig kommunikation og praktisk koordination. De primære redskaber, som vi observerede i den forbindelse, var telefoner, mundtlige overleveringer af beskeder til teamets koordinator eller kolleger, kommunikationsbøger i borgernes hjem (hvor der bl.a. kommunikeres med pårørende) og noter i kalenderbog til næste vagthold. Herudover dokumenterede hjælperne øjendryp og udlevering af enkelte typer af medicin på papirskemaer i borgernes hjem, så sygeplejen kan holde øje med, at det er gjort. Endelig var der for alle borgere udarbejdet døgnrytmeplaner, som ud over at være i VITAE, ligger i en mappe i plejegruppen og i hjemmet hos de mest plejekrævende borgere.

4.2.2 Dokumentation som faglig praksis

Som det fremgår ovenfor, gav observationerne indtryk af, at den skriftlige dokumentation er udfordrende og tidskrævende for nogle hjælpere. Dette afspejlede sig også i de snakke om dokumentation, som vi overværede og deltog i. Det virker som om, tanken om dokumentation – og især at det er for tidskrævende/der er for lidt tid sat af til det - fylder meget hos de hjælpere, vi snakkede med. Flere efterlyste således, at de på samme måde som sygeplejerskerne får tid afsat til dokumentation.

Disse perspektiver stod i kontrast til vores observationer, som gav relativt få eksempler på egentligt dokumentationsarbejde og ingen eksempler på, at travlhed eller mangel på afsat tid stod i vejen for dokumentation.

Der var også flere, der var skeptiske overfor for meget - og for uvedkommende - dokumentation. I den forbindelse observerede vi i begge de besøgte hjemmeplejeenheder, at der lå små bunker med screeningskort til forebyggelse af indlæggelser i gruppernes mødelokaler. Screeningskortene har et helt eksplicit formål om at systematisere observationer, dokumentation og proaktiv handling på disse. Kortene er pædagogisk udformet og lette at forstå. Vi så dog ingen medarbejdere, der så i kortene eller havde dem i lommen. På spørgsmålet om, hvad kortene var for nogen, var svaret i begge enheder, at det var noget, der var blevet lagt i lokalet for et par uger siden. Hjælperne vidste dog ikke præcist, hvad det var, og ingen af dem, vi talte med, virkede interesserede i at tale videre om det (alle kortene blev liggende på bordet efter samtalen).

I det omfang eksemplet er repræsentativt, illustrerer det, at der er lang vej til en systematisk tilgang til dokumentation blandt hjælperne i hjemmeplejen. I det omfang hjælperne skal arbejde systematisk med screeningskort o.l., vurderer vi, at det kræver et eksplicit og vedvarende ledelsesfokus at implementere dette.

4.2.3 SOSU-assistenternes dokumentationspraksis

I kommunikationen og koordineringen af de daglige opgaver anvender assistenterne de samme redskaber som hjælperne (jf. afsnit 4.2.1.). De to assistenter arbejdede dog i højere grad alene med de indirekte borgerrettede opgaver, og de arbejdede i højere grad med dokumentation¹². Perspektiverne i dette afsnit stammer derfor udelukkende fra de observerede assistenter og de samtaler, vi havde med dem undervejs.

Begge de to SOSU-assistenter, vi observerede, var blevet forsinket på ruten. Derfor startede observationerne først henholdsvis 12.45 og kl. 13.00, hvor assistenterne dokumenterede i VITAE, mens de spiste deres madpakke. Dokumentationen omhandlede bl.a. visitation af ekstra tid hos borger, borgere som ikke ville tage deres medicin, borger der ikke var hjemme, aflysning af besøg, dokumentation af medicindosering, bestilling af medicin og en længere korrespondance om manglende overensstemmelse i medicinlister hos en borger, der havde været indlagt.

Assistenterne var, sammenlignet med hjælperne, langt hurtigere til at finde rundt og skrive i VITAE og begge så dokumentationsarbejdet som en naturlig og vigtig del af deres daglige arbejde. Assistenterne var tilfredse med VITAEs funktionalitet og de oplysninger, der findes i systemet, og de håbede, at CARE ville være ligeså let at gå til. De så frem til lettere at kunne dele oplysninger med praktiserende læger og hospitalsafdelinger. Især samarbejdet omkring medicin blev oplevet som en daglig udfordring. Sidstnævnte blev understreget af, at den ene assistent i alt brugte ca. halvanden time på at udrede medicinen for en borger, der var blevet udskrevet med divergerende medicinlister.

Den ene assistent var nyuddannet, så hun havde ikke prøvet at arbejde med PDA'en. Den anden var erfaren og så PDA'en som et vigtigt arbejdsredskab, som hun brugte meget ude på ruten – fx til at dokumentere medicindosering, bestille medicin, skrive adviser o.l. Begge assistenter så frem til at tage de nye iPhones i brug.

Adspurgt, var der ingen af assistenterne, der kunne nævne eksempler på uhensigtsmæssig dokumentation eller tidskrævende dobbeltregistrering. Begge efterlyste dog mere beskyttet tid til dokumentation og opfølgning på deres borgere.

4.3 Træningsområdets dokumentationspraksis

Som tidligere nævnt har vi på én dag observeret tre medarbejderes dokumentation. Observationerne er gennemført kort tid efter, at Randers Kommunes nye omsorgssystem CARE er implementeret. Det vil sige, at systemet var nyt for alle de observerede, og derfor blev der brugt tid på at finde ud af, hvordan selve systemet virkede for alle. Det må derfor forventes, at dokumentationsopgaverne fyldte mere, end de vil gøre, når systemet er optimeret og mere velkendt blandt medarbejderne.

Vi har om formiddagen observeret en sagsbehandlende ergoterapeut. Den enhed, som hun arbejder i, har til opgave at vurdere behovet for hjælpemidler hos borgere i private hjem og på plejecentre og bestille hjælpemidler. De rådgiver også om forflytning og instruerer i brugen af hjælpemidler. Hun havde på observationsdagen akutdag. Det vil sige, at hun havde ansvaret for at tage sig af akutte sager og for at håndtere adviser, der var kommet ind eller kom ind i løbet af vagten. De fem medarbejdere har akutdag én dag om ugen. På

¹² Det kan have noget med tidspunktet for observationerne at gøre, da der ikke var nogen hjælpere i plejegrupperne efter 12.30.

akutdagen er der mere dokumentation end de øvrige dage, da der er ingen eller færre borgerbesøg end normalt. Der var ingen borgerbesøg den formiddag, vi observerede.

Om eftermiddagen observerede vi to trænende fysioterapeuter. Den enhed, som de observerede fysioterapeuter tilhører, træner mange forskellige borgergrupper, og ikke alle borgere har kontakt til plejen. Den første medarbejder, vi observerede, havde haft genoptræning efter § 140 (genoptræning efter sygehusindlæggelse) og dokumenterede denne træning, inden hun gik hjem kl. 14. Derefter observerede vi holdtræning samt efterfølgende dokumentation af denne træning.

Undersøgelsen peger på at:

- dokumentation i systemet (CARE) er en integreret del af medarbejdernes arbejde, og det opfattes som vigtigt af alle
- der dokumenteres i høj grad, så medarbejderne kan huske sagerne selv. Men også af hensyn til kollegaer, andre faggrupper i kommunen, sygehuse og forsikringsselskaber
- i sagsbehandlingen opleves det ofte, at dokumentationen i journalen fra plejen ikke giver de relevante oplysninger til brug for bestilling af hjælpemidler
- medarbejderne er fortrolige med it, men da CARE er et nyt system, giver det udfordringer. Vi kan ikke vurdere, om det skyldes uhensigtsmæssigheder i systemet eller mangel på rutine, men det fremhæves blandt andet, at man ikke kan oprette en henvendelse direkte fra en avis, og en avis direkte fra en journal. Det bruges der en del tid på i sagsbehandlingen. Det opleves fx også som vanskeligt at orientere sig om borgerne i journalen
- det opleves som bureaukratisk, at der skal oprettes henvendelser med CPR-nummer osv. ift. alle kontakter. Også svare på løse spørgsmål, som der gives et generelt svar på
- medarbejderne i træningen oplever, at det nye system lægger op til en mere løbende dokumentation af arbejdet, end de har haft tidligere, hvor de har samlet ugens dokumentation.

4.3.1 De sagsbehandlende ergoterapeuters dokumentationsarbejde

Det er CARE, der er det helt centrale dokumentationsværktøj for ergoterapeuterne i enheden.

Når enheden modtager en avis eller anden form for kontakt (fx telefonisk) skal den registreres som en henvendelse. Terapeuten med akutvagten har opgaven med at håndtere adviserne og registrere dem som henvendelser. Det er kun kommunens øvrige terapeuter, der kan oprette henvendelser direkte. Når hun opretter henvendelsen, kategoriserer hun den som standard, haster eller akut, så prioriteringen af sagerne fremgår.

Hvis henvendelsen kommer fra plejepersonale, og hun vurderer, at de har brug for at vide, at de er i gang med sagen, skriver hun det i journalen. Hvis det er en kompliceret sag, skal hun også oprette et indsatsområde i journalen. Derudover skal sagsforløbene fremgå af henvendelserne, og det skal også dokumenteres i journalen, hvilke hjælpemidler borgeren har til rådighed. Endelig dokumenterer ergoterapeuterne også forflytningsplaner, som de udarbejder til plejepersonalet.

På den formiddag, hvor vi observerede, blev omkring en time – dvs. 30 % af tiden brugt på dokumentation. Dette tidsforbrug skal, som nævnt, ses i lyset af, at medarbejderen havde akutdag og CARE fortsat er et nyt system. Begge dele kræver ekstra tid til dokumentation.

4.3.2 De trænende fysioterapeuters dokumentationsarbejde

De to fysioterapeuter dokumenterer primært i indsatsområdet "træning" i CARE. Udover at registrere fremmøde, dokumenteres der ikke om borgerne i CARE, hver gang de har været til træning men i princippet kun, når der er sket noget særligt. Det kan fx være, at der er givet en anden form for træning end den, borgeren normalt får. Så skal der oprettes en ny ydelse med SKS-kode. Hvis borgerens tilstand er ændret – fx at der er sket en forværring, dokumenteres det i journalen, og når det er relevant, sendes der avis til andre.

Hos de trænende fysioterapeuter suppleres CARE med andre dokumentationsværktøjer. Papirkalenderen bruges til aftaler. En af fysioterapeuterne fortalte, at hun tidligere havde forsøgt at have kalenderen i systemet, men hun havde brug for at have kalenderen med ud i træningslokalet, så hun kunne lave aftaler med borgerne. Der er ikke computere i træningslokalet – de er placeret i et kontor, der støder op til træningslokalet.

Borgerne har også træningskort. Her skrives ind, hvilke øvelser, vægte og antal repetitioner som borgeren skal gennemføre, og træningskortene er med ude i træningslokalet. I forhold til holdtræningen er der også deltagerlister på papir, hvor der krydses af. Efterfølgende krydses der også af i CARE.

Det forventes, at fysioterapeuterne læser adviser og henvendelser hver dag. En af de fysioterapeuter, vi fulgte, fortalte, at det typisk foregik mellem 7.30 og 8.00 om morgenen. Begge de observerede fysioterapeuter havde tidligere samlet dokumentationen sammen, så de kunne bruge sammenhængende tid en eftermiddag ugentlig på dokumentation. I det nye system oplever de, at de ikke kan registrere nye borgere tilbage i tid. Systemet lægger derfor op til en mere løbende dokumentation.

4.3.3 Tilgangen til dokumentation på træningsområdet

For både træningen og sagsbehandlingen gælder det, at dokumentation er en naturlig del af arbejdet, og det opfattes som vigtigt med god dokumentation. *"Dokumentation er vigtig og i alles tarv"*, som en medarbejder udtrykker det.

Medarbejderne oplever dog problemer med CARE. Det opleves som besværligt at gå fra avis til henvendelse, at kopiere tekst, at finde relevant information og orientere sig hurtigt om en borger. Vi har ikke grundlag for at sige, om det skyldes uhensigtsmæssigheder i systemet, eller det skyldes, at medarbejderne fortsat er i gang med at lære systemet at kende. Der er også eksempler på uhensigtsmæssige arbejdsgange og dobbeltdokumentation. Fx spørgsmål om, hvad der skal fremgå af en henvendelse, og hvad der skal fremgå af indsatsområdet for hjælpemidler.

Dokumentationen opfattes som vigtig af mange grunde. For eksempel dokumenteres der, så medarbejderen selv kan huske, hvad der er sket ift. en borger. Alle medarbejderne har kontakt med mange borgere/sager og kan ikke huske detaljerne uden dokumentationen.

Der dokumenteres også for kollegaers skyld, så de også kan se, hvad der er sket i en sag, hvis de skal overtage. Der dokumenteres også af hensyn til evt. plejepersonale, og for genoptræningen gælder det, at der også dokumenteres af hensyn til sygehuse, forsikringselskaber mv. Den sagsbehandlende terapeut oplever dog ikke, at plejen læser hendes journalnoter i så høj grad, som hun mener, de burde.

Der er også dokumentation, der ikke opfattes som meningsfuld, men som fx skal laves for statistikens skyld "*så de kan se, at vi laver noget*". Det gælder fx et krav om, at alle henvendelser skal registreres – også løse henvendelser, hvor terapeuterne giver enkle svar på spørgsmål fra medarbejdere de "møder på gangen". Det nævnes også, at der er dokumentation, man laver af hensyn til embedslægen og for at dække sin ryg, hvis der skulle opstå "en sag". Det kan fx være i situationer, hvor en avis er sendt forkert, og de sender den videre. Så skal de i princippet registrere den som en henvendelse for at kunne dokumentere, at de har handlet på den.

Medarbejderne bruger i høj grad deres egen dokumentation, og især - men ikke udelukkende – den sagsbehandlende medarbejder bruger i høj grad den øvrige dokumentation i journalen fra plejen. Denne dokumentation opleves ofte at være mangelfuld. Den sagsbehandlende medarbejder fortæller, at selvom de fx har et brugervenligt standardskema til vurdering af tryksår, når der skal bestilles trykaflastende madrasser, bruges det ikke ordentligt i plejen. Hun tager derfor næsten altid kontakt til dem, der har bestilt hjælpemidler, for hun kan ikke finde den relevante information i journalen. Observationerne understøttede også, at der var brug for den telefoniske kontakt, når hjælpemidlerne skulle bestilles.

4.4 Hjemmesygeplejens dokumentationspraksis

Vi har observeret en hjemmesygeplejerske i én vagt fra kl. 7.30 til kl. 15.30. Observationsdagen var relativ travl, da to medarbejdere var trukket ud af den normale vagt. Den ene trukket ud som superbruger, den anden skulle bruge en stor del af vagten hos én borger.

Enheden består af to grupper, hvor den ene gruppe er delt i to. Medarbejderen, vi observerede, var en del af landgruppen, der på observationsdagen bestod af to hjemmesygeplejersker.

Undersøgelsen peger samlet set på at:

- dokumentationen i CARE opfattes som vigtig og meningsfuld
- CARE suppleres af diverse papirskemaer, kalender og mappesystemer
- de iPads, som hjemmesygeplejen har fået for nylig, opfattes positivt. De giver mulighed for mere løbende dokumentation i løbet af vagten, og også løbende adgang til information om borgerne. Det overvejes, om det er hensigtsmæssigt at tage iPaden med ind til borgerne, eller det vil virke som en barriere for kontakten
- det er opfattelsen, at plejen – særligt hjælperne – dokumenterer for lidt. Der er for lidt mundtlig kommunikation mellem plejen og hjemmesygeplejen til, at det kan erstatte skriftlig dokumentation.

4.4.1 Hjemmesygeplejerskernes dokumentationsarbejde

CARE udgør et centralt element i hjemmesygeplejerskernes dokumentation og indgår som en helt integreret del af deres arbejde. Besøg hos borgerne dokumenteres i CARE, de handlinger, der er foretaget hos borgeren, dokumenteres, medicinskemaer ændres i CARE og der skrives journalnotater og adviser.

CARE suppleres med forskellige "papirbaserede" dokumentationssystemer. Papirkalenderen er fx central, og der er også en mappe med ugedagene i. Her ligger der forskellige dokumenter, der skal bruges den pågældende dag. Det kan fx være et medicinskema, der er

rettet og printet ud. Der er så skrevet en note i kalenderen, den dag medicinskemaet skal huskes. Og skemaet er så placeret på den rette ugedag i mappen. I løbet af vagten skriver hjemmesygeplejerskerne også noter og huskesedler til sig selv.

Ude hos borgerne er der desuden afkrydsningsskemaer for fx blodsuktermålinger, som hjemmesygeplejen og evt. borgerne selv også benytter. Hjemmesygeplejerskerne taster data fra blodsuktermålinger ind i CARE efterfølgende.

CARE er central i overleveringen af oplysninger mellem vagtlag og mellem enheder. Fra hver af de tre grupper møder der én sygeplejerske ind kl. 7 om morgenen. Den medarbejder, der møder tidligt, printer kørelister, adviser mv. fra CARE. Hun finder også kalenderen og de dokumenter, der hører til dagen, frem fra mappen. Morgenmødet starter kl. 7.30, når resten af sygeplejerskerne er mødt. Så gennemgår de hver for sig i de tre grupper informationerne, der er fundet frem. Når de har fundet ud af, hvad de skal stille op med en advis, skriver de handlingen på selve advisen. Diverse informationer skrives på kørelisten – fx "husk medicinskema", "hent medicinæsker".

I løbet af vagten registreres besøgene direkte i CARE, og handlingerne registreres i indsatsområderne – fx "doseret medicin til 14 dage. Bestilt (en bestemt type) medicin". Der skrives også på gule huskesedler og på kørelisten.

Der dokumenteres primært til sidst i vagten. Her sidder hjemmesygeplejersken foran computeren og går borgerne på kørelisten igennem fra en ende af. Hun ser på sine noter og huskesedler og går ind i borgernes journaler og opretter eller ændrer fx medicinskemaer. Det kan hun også gøre direkte fra iPaden ude på ruten, men hun foretrækker den store skærm (endnu). Der skrives fx også blodsuktermålinger ind og sendes adviser. Sideløbende med dokumentationen i CARE skriver hun notater i kalenderen, printer dokumenter og placerer dem i mappen.

Tidsforbruget til dokumentation på denne vagt var omkring 85 minutter.

4.4.2 Tilgangen til dokumentation i hjemmesygeplejen

Dokumentation opfattes som vigtig og meningsfuld i hjemmesygepleje. Den medarbejder, vi fulgte, fortalte, at hun holdt dokumentationen på et minimum, og kun dokumenterede i journalen, hvis der var noget nyt. Men det var også meget tydeligt, at det blev opfattet som essentielt, at de nye ting blev dokumenteret. Det blev også fremhævet, at det var hensigtsmæssigt at fokusere på det vigtige, når der dokumenteres, for "lange romaner" er svære at orientere sig i for andre.

Hjemmesygeplejens dokumentation bruges internt i enheden, så man kan orientere sig om borgerne, men også af andre faggrupper og af visitationen. Hjemmesygeplejen bruger også de andre faggruppers dokumentation. Medarbejderen, vi fulgte, oplevede, at især hjælperne i plejen dokumenterer for lidt. Hjemmesygeplejersken møder ugentligt medarbejderne i plejen i hendes område til teammøder og derudover nogle gange til frokost. Men det var ikke hendes opfattelse, at den mundtlige kommunikation er tilstrækkelig til, at den skriftlige dokumentation kan undværes.

Hjemmesygeplejen har for nylig fået iPads. Den medarbejder, vi fulgte, var meget positiv overfor dette tiltag. Hun vurderede, at det var en fordel, at hun havde mulighed for at læse journaler om borgerne, lige inden hun skal ind til vedkommende, og der var mulighed for at lave meget dokumentation ude på ruten. Hun var dog ikke afklaret med, om hun ville tage

iPaden med ind til borgerne og dokumentere direkte, da den muligvis kan virke som en barriere mellem hende og borgeren.

Bilag 1 Tidsundersøgelse

Datagrundlag

Tidsundersøgelsen er baseret på indberetninger fra 198 medarbejder på ældreområdet. Disse medarbejdere er udvalgt, så de dækker:

- Plejecentre¹³, sygeplejen, hjemmeplejen¹⁴, træningsområdet.
- Alle tre geografiske områder (Nord, Vest og Syd).
- Terapeuter, sygeplejersker, SOSU-assistenten og andre SOSU-medarbejdere.

Randers Kommune har udvalgt de konkrete enheder, der indgår i undersøgelsen. KORA har som hovedregel udvalgt de konkrete medarbejdere. Disse er valgt ud fra hensyn til at få målinger fra så mange dagvagter som muligt i den relevante tidsperiode og hensyn til både at dække hverdage og weekender.

De udvalgte medarbejdere er blevet bedt om at udfylde et tidsregistreringsskema, hver gang de havde været i dagvagt i uge 24 eller 25. Skemaet er indledningsvist pilottestet og efterfølgende introduceret grundigt til medarbejderne af henholdsvis deres leder og/eller af en centralt placeret medarbejder fra Randers Kommune. Svarprocenten er på 93 %.

Selvrapportering som dataindsamlingsmetode er forbundet med en vis usikkerhed. Dette kommer da også til udtryk ved, at de indsamlede skemaer er udfyldt forskelligt på tværs af faglige og geografiske områder. Fx er der nogle enheder, hvori det ser ud til, at skemaerne i høj grad er udfyldt ved vagtens afslutning og ikke i løbet af vagten. Dette giver en øget tendens til store sammenhængende brugertidsblokke, selvom der forventeligt er udført diverse øvrige opgaver imellem de forskellige brugere. Dette kan give en skævhed i resultaterne. Ligeledes findes en betydelig variation mellem forskellige medarbejderes registreringspraksis internt i enheder, hvilket dog ikke forventes at skævvride resultaterne i samme grad, da udsvingene går i begge retninger.

Vi antager som udgangspunkt, at de individuelle forskelle internt i enhederne udlignes af hinanden i undersøgelsen. Man skal dog være opmærksom på, at jo mindre enheder, der analyseres, jo mindre er chancen for, at denne udligning sker. Derfor er resultaterne mere usikre, jo mindre enheder der ses på isoleret. Bilagstabel 1.1 nedenfor viser antallet af respondenter i de forskellige områder.

¹³ De undersøgte enheder er fra Område Nord: Møllevang og Åbakken, Område Vest: Borupvænget og Kollektivhuset, Område Syd: Svaleparken og Tirsdalen.

¹⁴ De undersøgte enheder er fra Område Nord: Spentrup/Møllevang og Tørslev/Havndal, Område Vest: Borupvænget og Kollektivhuset, Område Syd: Dragonparken og Krstrup/Assentoft

Bilagstabel. 1 Oversigt over antallet af medarbejdere, der har udfyldt skemaer fordelt på geografiske og faglige områder

	Område Nord	Område Vest	Område Syd	I alt
Hjemmeplejen	19	19	18	56
Sygeplejen	18	18	17	53
Plejecentre	15	17	15	47
Træningsområdet	9	14	19	42
I alt	61	68	69	198

Arbejdstiden er i undersøgelsen registreret i en række forskellige opgavekategorier, som fremgår af Tabel 1.1.



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00