



cutting through complexity™

**“På rett spor?”  
En kartlegging av  
Helse og omsorg  
i Ringerike,  
MKS-gruppene**

14. juni 2013



# Innhold

## Forord 2

## Sammendrag 3

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>7</b>
1.1	Bakgrunn og formål med kartleggingen	7
1.2	Problemstillinger og avgrensninger	7
1.3	Vår tilnærming	10
<b>2</b>	<b>Faktabeskrivelse</b>	<b>11</b>
2.2	Kvalitet på arbeidsmiljø og tjenester	13
2.3	Ledelse	25
<b>3</b>	<b>Vurderinger og anbefalinger</b>	<b>27</b>

# Forord

---

Ved brev fra 26. april 2013 er KPMG tildelt oppdraget "På rett spor? En administrativ kartlegging av Helse og omsorg i Ringerike kommune", ved MKS-gruppene. Denne rapporten er resultatet av denne kartleggingen.

## *Oppbygging av rapporten*

Rapporten starter med et sammendrag, hvor de viktigste funn, vurderinger og anbefalinger fremgår.

Kapittel 1 er en innledning til rapporten, hvor vi presenterer bakgrunn og formål med kartleggingen, problemstillinger og avgrensninger og vår tilnærming til dette. Kapittel 2 viser faktabeskrivelse, det vil si den informasjon og de innspill som kom frem i møter med MKS – gruppene. I kapittel 3 gir vi KPMGs vurderinger og anbefalinger i forhold til de opplysninger som kom frem i møtene

Kartleggingen er gjennomført og rapporten utarbeidet av Linn Rålien Westersø, Bente Brandvik og Silje Westgaard.

KPMG vil takke alle som har medvirket under gjennomføringen av kartleggingen.

Oslo, 14. juni 2013



Linn Rålien Westersø

Senior Manager

# Sammendrag

---

Nedenfor følger et sammendrag av rapporten "På rett spor? En administrativ kartlegging av Helse og omsorg i Ringerike kommune", ved MKS-gruppene.

## Bakgrunn og metode

Rådmannen er i notat fra ordfører av 1.mars 2013, anmodet om å vurdere gjennomføring av evaluering av Helse og omsorg. I tråd med bestillingen fra ordfører har rådmannen bedt konstituert kommunalsjef om å følge opp anbefalingen. Ledelsen i Helse og omsorg har konkludert med at det i første omgang gjøres en administrativ kartlegging og har utarbeidet en plan med flere aktiviteter for dette. Følgende spørsmål har vært i fokus i kartleggingen:

1. Hvordan brukere og tjenesteytere oppfatter kvaliteten på tjenestene innenfor rammen av de fastsatte mål
2. I hvilken grad og på hvilken måte de ulike omstillingsprosesser har påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet og arbeidsmiljø innen tjenesteområdene
3. Forslag til tiltak som kan gi retning og energi til forbedringsarbeidet

I tillegg ønsket konstituert kommunalsjef å vite hvilken kjennskap de ansatte, ved MKS-gruppene har til eksisterende handlingsprogram for Helse og omsorg 2013-2016 i kommunen. Dette for å kunne vurdere om kommunen er på rett spor i forhold til mål og tiltak i handlingsprogrammet.

Målgruppen for kartleggingen har vært alle virksomhetene i Helse og Omsorg; dvs.

- Helse og velferd
- Tjenester til funksjonshemmede
- Hjemmebaserte tjenester (både hjemmesykepleie og praktisk bistand)
- Institusjoner
- NAV Ringerike

KPMG har bistått konstituert Kommunalsjef i den delen av kartleggingen som berører de ansatte, representert ved MKS gruppene. Kartleggingen er gjort ved å gjennomføre fokusgruppemøter med alle MKS gruppene. Til sammen 113 personer deltok i møtene og alle 30 MKS gruppene var representert.

I alle møtene har følgende spørsmål hatt fokus:

- I hvilken grad har dere kjennskap til kommunens Handlingsprogram 2013-2016 for Helse og omsorg?
- Nevn de tre viktigste fokusområdene knyttet til kvalitet på arbeidsmiljø fremover
- Nevn de tre viktigste fokusområdene knyttet til kvalitet på tjenestene fremover?
- Hvorfor er de prioriterte områdene viktige?
- Hvilke forbedringstiltak vil dere foreslå for at kommunen skal komme på "rett spor" i forhold til Helse og omsorg og Handlingsprogrammet 2013-2016?

For å strukturere informasjonen fra møtene med MKS-gruppene på en god måte, har vi funnet det formålstjenlig å bygge på samme rammeverk som Effektiviseringsnettverkene for kommunene, i regi av KS, benytter. Kvalitetsindikatorene i KOSTRA tar også utgangspunkt i det samme. I dette

rammeverket defineres de ulike typene kvalitet som: Strukturkvalitet, prosesskvalitet, produktkvalitet og resultatkvalitet.

### Funn, vurderinger og anbefalinger

#### ■ Kjennskap til Handlingsprogram for Helse og omsorg 2013-2016

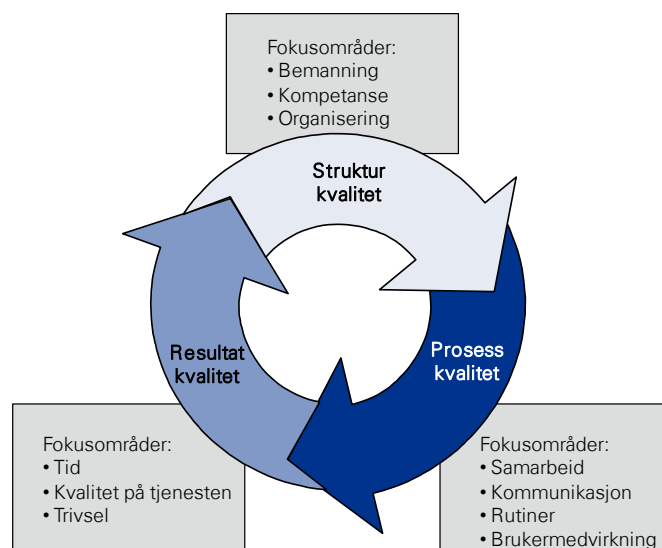
82 % av gruppedeltagerne hadde kun i noen grad eller i liten grad kjennskap til handlingsplanen. Til tross for at handlingsprogrammet synes å være lite kjent i MKS-gruppene, ser det ut til at de tiltak som er foreslått i dette, samsvarer godt med de som MKS-gruppene mener bør være i fokus videre for å komme på "rett spor". Handlingsprogrammet gir således en god retning, men det kan være behov for at dette kommuniseres og forankres enda bedre i virksomheten og enhetene.

#### **Vi anbefaler at det legges en plan for hvordan Handlingsprogrammet kan kommuniseres og forankres godt i virksomheten og enhetene, hos de enkelte ansatte og hos brukerne**

#### ■ De mest aktuelle fokusområder videre, sett fra MKS-gruppens ståsted

Det var stort engasjement og kom mange innspill i samtlige møter vi hadde. Selv om mange ga uttrykk for slitasje etter de siste års omstillinger, fikk vi inntrykk av at mange er innstilt på å kontinuerlig forbedre seg og tilpasse seg de endringer som vil komme også i fremtiden. Vi får et klart inntrykk av at det i kommunen er mange ressurssterke og dedikerte personer i Helse og omsorg, som er opptatt av å gi tjenester av høy kvalitet.

På bakgrunn av alle innspillene tegnet det seg ganske raskt et mønster for hva MKS -gruppene mente det var viktigst å fokusere på i det videre arbeid. Dette er fremstilt i figuren under.



Ledelsen i Helse og omsorg bør se nærmere på tiltak i forhold til alle disse områdene, men basert på aktiviteten i gruppene og våre vurderinger, anbefaler vi at det rettes spesielt fokus mot noen områder. Disse fremgår av punktene nedenfor. Innen hvert punkt gir vi våre anbefalinger.

#### ■ Kommunikasjon og informasjon

Det er fremhevet i de fleste møtene at kommunikasjon og informasjon er områder som bør få mer fokus fremover. Generelt har alle et ansvar for god kommunikasjon og informasjon, men ledere har et spesielt ansvar for dette, og da særlig når det gjelder kommunikasjon av overordnede rammer og mål.

Dette inngår i lederansvaret på alle nivå. Gode ledere i virksomhetene en avgjørende faktor for resultat kvaliteten, forstått som kvaliteten på både arbeidsmiljø og tjenester.

De ansatte ga også uttrykk for at de kan trenge mer opplæring og veiledning i kommunikasjon, og da spesielt i forhold til de vanskelige samtaler de av og til må ha med brukere og deres pårørende.

#### **Vi anbefaler:**

**- at det rettes sterkere fokus på opplæring, veiledning og utvikling av ledere og at det etableres et helhetlig program for lederutvikling, med spesielt fokus på endringsledelse og å styrke lederne på kommunikasjon og informasjon i omstillingsprosesser**

**- at ansatte som får ansvar for krevende kommunikasjonsoppgaver mot brukere og pårørende får opplæring og veiledning slik at de styrker sine kommunikasjonsferdigheter**

#### ■ Kvalitet på tjenestene

Med hensyn til ordførerens spørsmål om "Hvordan tjenesten reelt fungerer i forhold til brukerne", gir møtene med MKS-gruppene og utsagnene som kom i disse møtene grunn til å tro at mange ansatte, spesielt innen hjemmetjenesten, er bekymret for kvaliteten på tjenestene innen denne virksomheten. Det var et gjennomgående tema i alle møtene. Mange ga uttrykk for at det var manglende samstemmighet i kommunen på hva som skal være kvalitet på tjenestene i kommunen, og at det ville være lettere for alle om man hadde et omforent syn på dette.

**Vi anbefaler at det settes i gang en dialog med både ansatte, brukere og politikere for å komme frem til et sett av felles kriterier for hvilken kvalitet man ønsker på tjenestene i Helse og omsorg.**

#### ■ Avvikshåndtering

I møtene med MKS-gruppene fremkommer det at mange ikke skriver avviksmeldinger, både på grunn av mangel på tid, men også grunnet usikkerhet om hva som skal meldes (kriterier for å melde avvik.) Mange stiller også spørsmål ved om det har noen hensikt å melde avvik (videre håndtering av avvikene). En del fremmet i tillegg ønske om å få et elektronisk avvikshåndteringssystem. Slik vi forstår det, inngår det i kommunens planer å anskaffe dette. I påvente av et slikt system og for å sikre at et elektronisk system fungerer må man uansett jobbe med å etablere en god meldekultur og gode rutiner for meldinger og oppfølging av disse. Det må gjøres enkelt å melde og rapporterte hendelser må gis en betydning og brukes for læring og forbedring. Ledere har et spesielt ansvar for dette. Det kan være en god investering for kommunen å begynne med dette i god tid før et avvikshåndteringssystem anskaffes.

**Vi anbefaler at det igangsettes et prosjekt for å forbedre meldekultur og rutiner i forbindelse med melding av uønskede hendelser i Helse og omsorg og at ledernes ansvar og rolle i dette inngår i kommunens lederutviklingsprogram.**

#### ■ Bemanning

Når det gjelder spørsmålet om "Tilstanden i organisasjonen herunder virkningene av mulig slitasje blant ansatte som følge av omstillingene", synes det ganske åpenbart at spesielt de ansatte innen hjemmetjenesten, og kanskje spesielt de bynære sonene opplever stor slitasje. Dette blir relatert spesielt til effekten av samhandlingsreformen med økt antall brukere med mer komplekse tilstander, tidligere utskrevet fra sykehuset.

**Vi anbefaler at kommunen gjør en bemanningsgjennomgang, spesielt av hjemmetjenesten og med spesielt fokus på om bemanningssituasjonen kan bedres ved eventuelt andre måter å organisere tjenestene på. Arbeidsprosesser bør også gjennomgås med henblikk på å redusere "plunder og heft" og frigi mer tid til brukerne og ulike turnusmodeller bør vurderes. Vi anbefaler også at man ser på muligheten for ressursutnyttelse på tvers av virksomhets- og tjenesteområdene**

#### ■ Samarbeid

Generelt synes det å være gode samarbeidsforhold i kommunen, både mellom enkeltpersoner, enheter og tjenesteområder. Allikevel kan det være grunnlag for å se nærmere på "Bestiller- utfører modellen" og om den fungerer i henhold til intensjonene, som både er å sikre likeverdig tilbud, brukernes rettighet og at kommunen yter nødvendig helsehjelp.

**Vi anbefaler at det gjøres en grundig evaluering av "Bestiller- utfører modellen" med fokus på om den fungerer etter intensjonene og eventuelt om det kan være andre modeller som er mer formålstjenlig for kommunen.**

#### ■ Kompetanse

Behovet for kompetanseutvikling synes å være stort for alle grupper av ansatte. Vi har imidlertid inntrykk av at det jobbes ulikt med dette i virksomhetene og at det kan være behov for økt fokus på dette fremover. Kompetanseutvikling er ett av fokusområdene i handlingsprogrammet, men en helhetlig plan for kompetanseutvikling er så langt vi kan se ikke utarbeidet

**Vi anbefaler at det utarbeides en helhetlig plan for kompetanseutvikling for alle virksomhetsområder i Helse og omsorg.**

# 1 Innledning

---

## 1.1 Bakgrunn og formål med kartleggingen

Rådmannen er i notat fra ordfører av 1.mars 2013, anmodet om å vurdere gjennomføring av evaluering av Helse og omsorg, hvor fokuset er

- Hvordan tjenesten reelt fungerer i forhold til brukerne
- Tilstanden i organisasjonen herunder virkningene av mulig slitasje blant ansatte som følge av omstillingene
- Formålet med evalueringen er at den skal gi retning og energi til forbedringsarbeidet

Rådmannen anbefales å ta med fagforeningene og Arbeidsmiljøutvalget i en slik evaluering og å vurdere om evalueringen bør gjennomføres med bistand fra ekstern prosessveileder med erfaring og kunnskap fra virksomheten Helse og omsorg. Det legges til grunn at rådmannen vurderer og eventuelt gjennomfører en slik evaluering og at rapport fra denne fremlegges politiske organer.

Ordfører vurderer også å foreslå en høring hva gjelder situasjonen, status og utvikling innen virksomheten Helse og omsorg, men hvorvidt dette skal gjøres er enda ikke besluttet.

I tråd med bestillingen fra ordfører har rådmannen bedt konstituert kommunalsjef om å følge opp anbefalingen om en evaluering. Ledelsen i Helse og omsorg har utarbeidet en plan for flere aktiviteter for en slik evaluering.

## 1.2 Problemstillinger og avgrensninger

### Avgrensning av problemstilling

Konstituert kommunalsjef har sett behov for en klargjøring av mandatet for evalueringen, og har konkludert med at det i denne omgang skal gjøres en *administrativ kartlegging og vurdering* av status, om man er på rett spor i forhold til kvalitet på tjenestetilbud og arbeidsmiljø i Helse, omsorg og velferd i Ringerike kommune. Dette basert på at en administrativ kartlegging anses grundig nok for å finne ut av "rikets tilstand" i tillegg til at tiden har vært for knapp tid til å gjøre en fullverdig evaluering eller kvalitetsmåling. Det stilles mer omfattende krav og forventninger til tilnærming og metodikk til en evaluering eller kvalitetsmåling enn til en administrativ kartlegging.

Det som skal kartlegges og vurderes er:

1. Hvordan brukere og tjenesteytere oppfatter kvaliteten på tjenestene innenfor rammen av de fastsatte mål
2. I hvilken grad og på hvilken måte de ulike omstillingsprosesser har påvirket kvaliteten på tjenestetilbudet og arbeidsmiljø innen tjenesteområdene
3. Forslag til tiltak som kan gi retning og energi til forbedringsarbeidet

I tillegg ønsket konstituert kommunalsjef å vite hvilken kjennskap de ansatte, ved MKS-gruppene har til eksisterende handlingsprogram for Helse og omsorg 2013-2016 i kommunen.



## Målgrupper for kartleggingen

Virksomheten Helse, omsorg og velferd i Ringerike kommune omfatter fem tjenesteområder:

- Helse og velferd
- Tjenester til funksjonshemmede
- Hjemmebaserte tjenester (både hjemmesykepleie og praktisk bistand)
- Institusjoner
- NAV Ringerike

Administrasjonens kartlegging og vurdering er gjort i forhold til alle fem områdene. Dette etter ønske fra konstituert kommunalsjef, som ønsker en samlet oversikt over virksomheten.

KPMG er bedt om å bistå konstituert kommunalsjef i den delen av kartleggingen som skal gjøres mot Miljø- og kvalitetssikringsgruppene (heretter omtalt som MKS-gruppene). MKS-gruppene fungerer som lokale arbeidsmiljøutvalg, og skal behandle arbeidsmiljø- og kvalitetssaker for sin del av virksomheten. MKS-gruppene består av enhetens leder, verneombud, tillitsvalgte og andre ansatt - representanter. Det er ca 5-7 deltakere per gruppe. Det er opprettet MKS-grupper på alle arbeidsplasser/enheter i Helse og omsorg, til sammen 30 grupper.

## Definisjon av kvalitet

Det foreligger en rekke definisjoner på kvalitet i Helse og omsorg og overordnede lov- og myndighetskrav og føringer hva gjelder kvalitet og kvalitetsarbeid i helse – og omsorgssektoren som skal støtte virksomhetene i arbeidet med å utøve tjenester med god kvalitet<sup>12345678</sup>. Vi går ikke nærmere inn på disse her, utover å nevne den nyeste føringen på dette området, som er stortingsmeldingen som kom i desember 2012. Dette er den første stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet som dekker hele helse- og omsorgstjenesten. Meldingen vektlegger at det skal utvikles mer brukerorienterte tjenester, og at arbeid med kvalitetsforbedring skal vektlegges mer på alle nivåer i helse- og omsorgstjeneste og være integrert i den daglige virksomheten. Enda mer enn før er det nå også vektlagt at systemene for kvalitetsmåling skal forbedres og at lederne skal etterspørre og følge opp resultatene.

Vi har i denne kartleggingen tatt utgangspunkt i at kvalitet er: *"Helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller en tjeneste har, og som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller uttalte og underforståtte behov"*<sup>8</sup>. Utvikling og vurdering av tjenestekvalitet må med andre ord sees i sammenheng med omkringliggende prosesser og strukturer, herunder forhold vedrørende arbeidsmiljø.

Denne tilnærmingen til kvalitet har sin opprinnelse i arbeidet til Avedis Donabedian, som er en av guruene innen kvalitetsarbeid. Vi ser at også Ringerike kommune refererer til hans arbeider i sitt Handlingsprogram for Helse og omsorg 2013-2016.

<sup>1</sup> "...og bedre skal det bli!" Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i Sosial- og helsetjenesten 2005 – 2015, Sosial- og helsedirektoratet (2005).

<sup>2</sup> "Fra visjon til handling. Sosial og helsedirektoratets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene. Implementering av "...og bedre skal det bli!" (2007).

<sup>3</sup> Nasjonal Helse- og omsorgsplan 2011-2015, St melding 16 (2010-2011).

<sup>4</sup> St.meld. nr. 25 (2005–2006), Mestring, muligheter og mening, Framtidas omsorgsutfordringer.

<sup>5</sup> LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

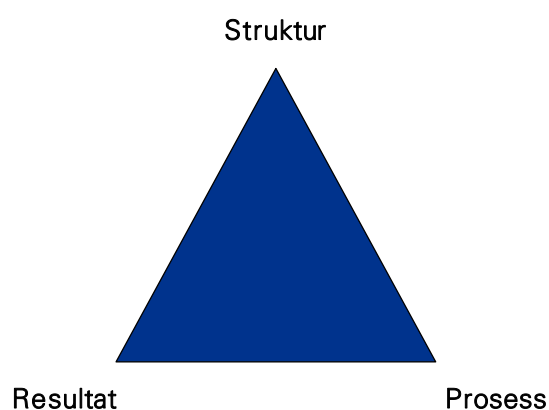
<sup>6</sup> God kvalitet- trygge tjenester, Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten St. melding 10 (2012-2013).

<sup>7</sup> Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten, Statens Helsetilsyn (Rapport 5/2002)

<sup>8</sup> NS-ISO 9004-2 Kvalitetsledelse og kvalitetssystemelementer

Innenfor offentlig helse- og sosiale tjenester er det økende aksept for denne forståelsen. I et veiledningshefte utgitt av Statens helsetilsyn står det: *"det er å oppnå et godt resultat for brukeren det hele handler om. Men resultatene kan ikke sees uavhengig av prosessene som skaper dem, eller av strukturforholdene som definerer rammen for prosessene"*<sup>9</sup>.

For å få en best mulig struktur på informasjonen vi har fått i møtene med MKS-gruppene, har vi funnet det formålstjenlig å bygge på dette rammeverket. Dette er også i tråd med anbefalingene i den første nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i helsetjenesten, som ble utgitt av Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn i 1995<sup>7</sup>. Strategien, som ble avsluttet i 2001, bidro til å synliggjøre at kvalitet og kvalitetsforbedring både handler om prosesser og strukturer som omgir helsearbeiderne (blant annet forhold i arbeidsmiljøet) og om resultatet (kvaliteten på tjenester). Dette kan skisseres på følgende måte:



Effektiviseringsnettverkene for kommunene, i regi av KS<sup>10</sup> og kvalitetsindikatorene i KOSTRA<sup>11</sup> tar også utgangspunkt i dette rammeverket og definerer de ulike typene kvalitet på følgende måte:

- Strukturkvalitet omfatter forhold som kan knyttes til institusjonen (strukturen) som produserer tjenesten, og defineres ved den standard som finnes på innsatsfaktorene. Dette er for eksempel økonomiske rammebetingelser, personalets kompetanse og utdanning.
- Prosesskvalitet er knyttet til produksjonsprosessene, og defineres som den smidighet og effektivitet som ligger til grunn for tjenesteproduksjonen. Det kan dreie seg om organiseringen av arbeidet, oversiktlige rutiner, metodebruk og klare ansvarsforhold.
- Produktkvalitet er egenskaper ved tjenesten som er viktig for brukeren, og defineres ved tjenestens innhold og service
- Resultatkvalitet er den virkning eller det resultat leveransen av tjenesten har for brukeren. Resultatkvalitet defineres gjerne ved den behovsdekningen som er oppnådd ved hjelp av tjenesten.

De ulike typer kvalitet har ulik «avstand» til brukeren. Resultat- og produktkvalitet er av direkte betydning for brukeren, mens struktur- og prosesskvalitet ikke sier noe om tjenesten som leveres eller hvilken effekt den har for brukeren. Indikatorer for struktur- og prosesskvalitet vil likevel være relevant for brukeren dersom de påvirker produkt- og resultatkvalitet, og spesielt dersom det ikke finnes gode indikatorer for produkt- og resultatkvalitet. Ofte kan det være vanskelig å trekke et skarpt skille mellom de ulike typer kvalitet.

<sup>9</sup> Kvalitetsutvikling i helsetjenesten: analyse - tiltak - evaluering. Statens helsetilsyns veiledningsserie; 1994:3, IK-2464

<sup>10</sup> <http://www.ks.no/tema/Okonomi1/EffektiviseringsNettverkene/Om-nettverkene/>

<sup>11</sup> Furst og Høverstad: "Kvalitetsindikatorer i KOSTRA-rapporteringen. Problemnotat" 29.11.2004

### 1.3 Vår tilnærming

Det ble vurdert tre alternative tilnærminger for å få belyst de spørsmål som skal kartlegges og vurderes:

- En kvantitativ metode, for eksempel elektronisk spørreundersøkelse
- En kvalitativ metode; for eksempel samtale/intervju av personer eller i grupper
- En kombinasjon av ovennevnte

Det er fordeler og ulemper knyttet til de ulike metodene for datainnsamling. For dette formålet konkluderte vi sammen med ledelsen i Helse og omsorg at det var mest hensiktsmessig å bruke en kvalitativ metode, ved å intervju MKS-gruppene. Dette basert på en antagelse og erfaring om at kommunen med dette vil få mer informasjon i forhold til problemstillingene samtidig som kartleggingen i seg selv kan være et positivt bidrag til forbedringene og for å forankre behovene.

For å gjøre kartleggingen så ressurseffektiv og kostnadseffektiv som mulig ble MKS-gruppene delt inn i 10 fokusgrupper. Dette med utgangspunkt i erfaring på at grupper på ca 15 personer er gjennomførbart i forhold til å få troverdige innspill og dynamikk i grupper.

En fokusgruppe er en blanding av gruppeintervju og gruppearbeid. Ved hjelp av arbeid i fokusgrupper kan arbeidsgiver få oversikt, definere områder en vil se nærmere på og formulere problemstillinger. Metodikken er egnet til å få fram hvilke følelser, tanker og virkelighetsoppfattelse de ansatte har rundt et/flere tema. Gruppen besvarer spørsmål og diskuterer tema som er fastsatt på forhånd. Gruppeinteraksjonen gir data og kunnskap. Målet med fokusgrupper er å fremskaffe informasjon og ikke å komme fram til enighet, slik tilfellet er med andre grupper. Fokusgruppen ledes av en gruppeleder med erfaring i gruppeledelse. Det må også være med en referent. Det er viktig at det ikke legges opp til diskusjon av for mange temaer. På forhånd må man ha laget en spørsmålsguide. I tillegg er det viktig at gruppeleder gjør seg nytte av gruppedynamikken og følger opp assosiasjoner og "avsporinger" som måtte komme opp.

I alle møtene har følgende spørsmål hatt fokus:

- I hvilken grad har dere kjennskap til kommunens Handlingsprogram 2013-2016 for Helse og omsorg?
- Nevn de tre viktigste fokusområdene knyttet til kvalitet på arbeidsmiljø fremover - brainstorming og prioritering
- Nevn de tre viktigste fokusområdene knyttet til kvalitet på tjenestene fremover? - brainstorming og prioritering
- Hvorfor er de prioriterte områdene viktige?
- Hvilke forbedringstiltak vil dere foreslå for at kommunen skal komme på "rett spor" i forhold til Helse og omsorg og Handlingsprogrammet 2013-2016?

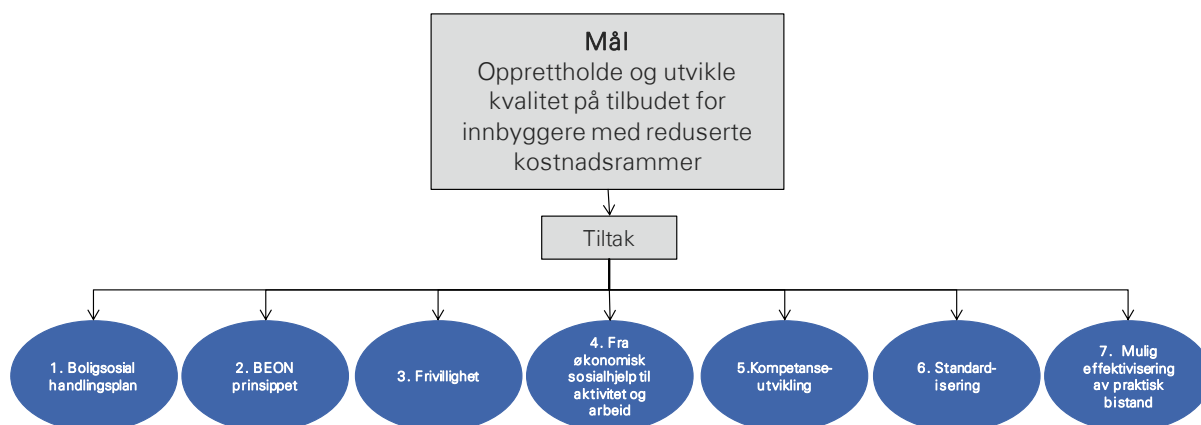
## 2 Faktabeskrivelse

I dette kapittelet redegjør vi for faktagrunnlaget i kartleggingen slik det har fremkommet gjennom møtene med MKS-gruppene. MKS-gruppenes svar på spørsmålene i kartleggingen er strukturert i henhold til den valgte definisjon på kvalitet (jf pkt 1.2).

Vi hadde i alt 10 møter med MKS-gruppene, fordelt på 5 dager i perioden 13. -23. mai 2013. Alle møtene hadde en varighet på 2 timer og var lagt opp som fokusgruppemøter. Det møtte i alt 113 personer, og samtlige MKS-grupper var representert. Det vil også si at samtlige enheter i virksomheten var representert.

### 2.1.1 Kjennskap til Handlingsprogram Helse og omsorg i Ringerike Kommune

Ringerike kommune må tilpasse seg de rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske føringene på nasjonalt nivå, blant annet i henhold til samhandlingsreformen og nasjonal helse- og omsorgsplan. I tillegg må kommunen tilpasse sine tjenester til sine egne mål og rammer. Ringerike Kommune har utarbeidet et Handlingsprogram for Helse og omsorg for perioden 2013-2016 som gjenspeiler mye av dette. Handlingsprogrammet er her presentert i form av en enkel skisse som viser mål og tiltak:



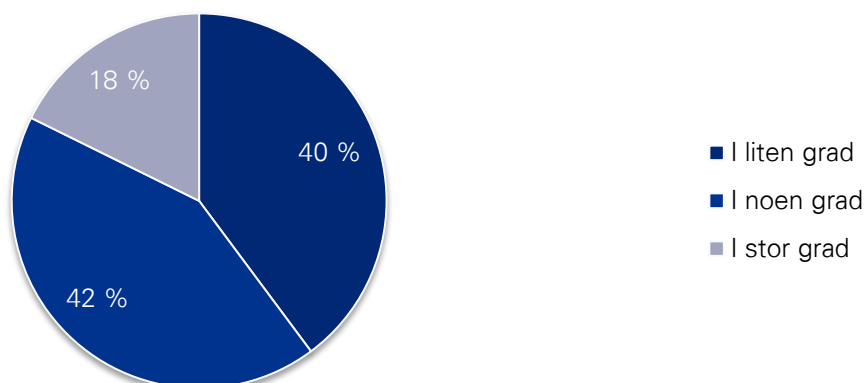
Vi leser av Handlingsprogrammet at utviklingen i den eldre del av befolkningen i kommunen, gruppen over 80 år, vil være rimelig stabil eller ha en svak nedgang i perioden. Gruppen over 90 år vil ha en vekst, og er den gruppen som i størst grad vil etterspørre tyngre kommunale tjenester. Dette må sammenholdes med det faktum at tilgangen på helsepersonell vil reduseres i årene som kommer. I følge en global rapport <sup>14</sup> vil antall arbeidstakere pr eldre over 65+ reduseres fra 11,75 i 1950, 8,5 i 2012 til 3,9 i 2050. Denne trenden ser vi også i norske kommuner.

Vi leser også at Helse og omsorgssektoren har redusert kostnader 3 år på rad, men at dekningsgrad og tjenestenivå i stor grad er opprettholdt. Kostnadsreduksjonene har skjedd i parallell med at samhandlingsreformen har slått inn i driften av tjenestene. Flere pasienter med mer omfattende behov skrives ut tidligere enn før, og dette presset er spesielt merkbart i institusjonene og i hjemmetjenestene.

Alle disse forholdene innvirker på tjenestetilbudet i kommunen og muligheten til å realisere målet om å opprettholde og utvikle kvalitet på tilbudet innenfor redusert kostnadsrammer.

I samtlige møter ble gruppene innledningsvis stilt spørsmålet: "I hvilken grad har dere kjennskap til kommunens Handlingsprogram 2013-2016 for Helse og omsorg?" Deltagerne ble bedt om å vurdere sin kjennskap ut fra skalaen: I stor grad – I noen grad – I liten grad, og besvare spørsmålet anonymt

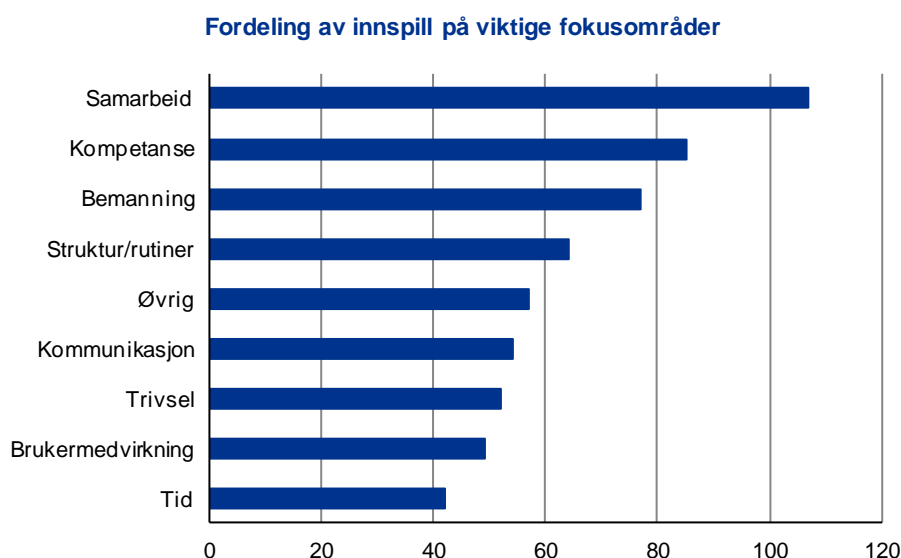
ved å notere dette ned på "post-it" lapper. Etter en optelling av svar fra alle gruppene, fordeler kjennskap til kommunens Handlingsprogram 2013-2016 for Helse og omsorg seg som følger:



Fordelingen viser at 82 % av gruppedeltagerne hadde kun i noen grad eller i liten grad kjennskap til handlingsplanen.

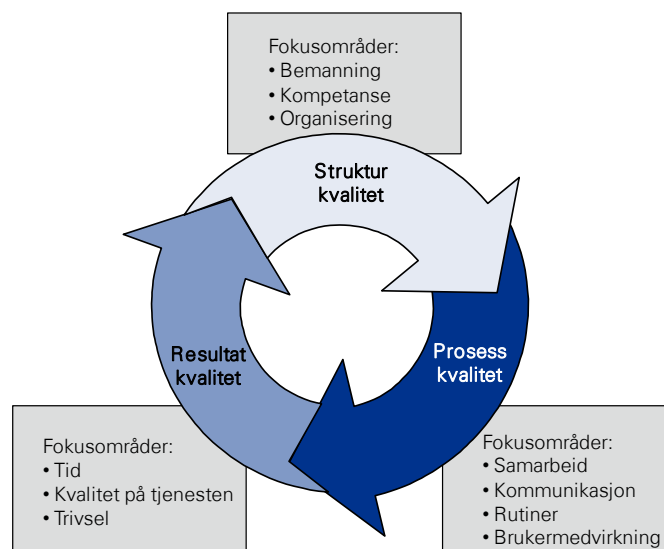
## 2.1.2 Datagrunnlag fra MKS-gruppene

Innhenting av deltakernes svar på hovedspørsmålene (jfr. kapittel 1.3) ble gjort ved at hver deltaker ble bedt om å gi innspill til viktige fokusområder ved å notere disse på "post-it lapper", ett innspill per lapp. I løpet av 10 møter ble det samlet inn totalt 587 innspill på områder som deltakerne selv mente var viktig å sette fokus på innen kvalitet på arbeidsmiljø og kvalitet på tjenester fremover. Etter optelling viste det seg raskt et mønster på tvers av gruppene, med bestemte områder som gjentatte ganger pekte seg ut som viktige for gruppene å sette fokus på. En oversikt over områdene med flest innspill er vist under:



Fokusområdene som ble tatt opp i MKS-gruppene kan kategoriseres ut fra de ulike typene kvalitet, som beskrevet i kapittel 1.2. Likevel ga diskusjonene et noe mer sammensatt bilde, hvor det var tydelig at mange områder henger sammen, og har tydelig påvirkningskraft på hverandre. Ut fra denne observasjonen, er det nærliggende å sette de ulike typene kvalitet i et mer dynamisk perspektiv. Ved å kategorisere områdene med størst oppslutning ut fra *struktur-, prosess- og resultat*kvalitet, danner

det resulterende bildet strukturen for kartleggingen av kvalitet på arbeidsmiljø og tjenester i kapittel 2.2:

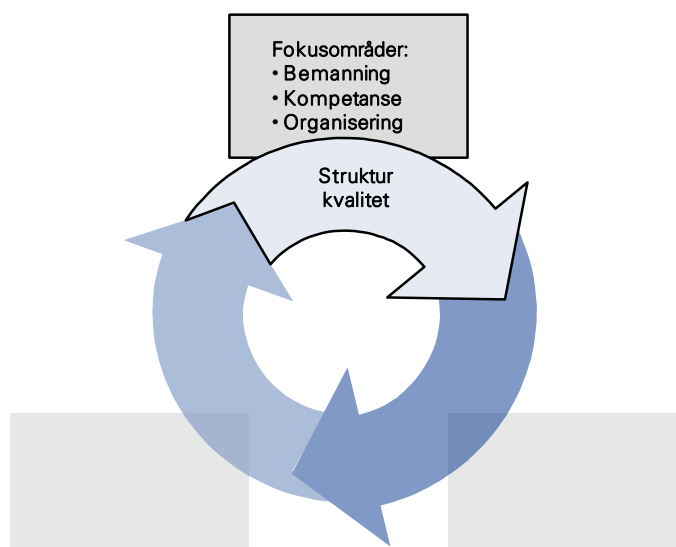


## 2.2 Kvalitet på arbeidsmiljø og tjenester

### 2.2.1 Fokusområder i forhold til strukturkvalitet:

Som nevnt i kapittel 2, omfatter strukturkvalitet de forhold som kan knyttes til institusjonen (strukturen) som produserer tjenesten, og defineres ved den standard som finnes på innsatsfaktorene. Dette er for eksempel økonomiske rammebetingelser, personalets kompetanse og utdanning.

De tre områdene i forhold til strukturkvalitet som MKS-gruppene mener bør få mest fokus fremover for å kunne opprettholde og utvikle kvalitet på tjenestene (inkludert arbeidsmiljøet) innen reduserte kostnadsrammer er *bemanning*, *kompetanse* og *organisering*:



## Bemanning

Et fokusområde som gikk igjen i 6 av 10 grupper, og som ble gitt som 77 enkeltinnspill på tvers av diskusjonene rundt kvalitet på arbeidsmiljø og tjenester, er bemanning. Hoveddiskusjonene knyttet til bemanning dreide seg rundt *bemanningssituasjonen i hjemmetjenesten og utforming av turnus*.

### ■ Bemanningssituasjonen i hjemmetjenesten

Majoriteten av enhetene tilkjenner at de er tilfredse med bemanningen, men i samtlige møter fremkom stor bekymring i forhold til bemanningen i hjemmetjenesten. Det ble uttrykt og opplevd et stadig økende arbeidspress i hjemmetjenesten som følge av innføringen av samhandlingsreformen. Det var bred enighet blant gruppene om at årsaken til arbeidspresset ligger i økt antall pasienter som overføres til egne hjem og dermed faller inn under hjemmesykepleiens ansvarsområde. Det oppleves derimot ikke at det økte pasientantallet har blitt møtt med tilstrekkelig bevilgning av ressurser fra kommunen sin side. I tillegg oppleves pasientene som bor hjemme å inneha et stadig mer komplekst somatisk sykdomsbilde, og det er flere med psykiatrisk problematikk og demens.

*“Sykehjemsplasser blir lagt ned og alle somatiske pasienter skal hjem. I tillegg er også demente hjemme. Det blir ikke satt inn ekstra mennesker i forhold til arbeidsmengden som kommer og alt går nå på minutter.”*

Ledere, spesielt i hjemmesykepleien, som var tilstede på møtene beskriver at de bruker mye tid i hverdagen på å håndtere manglende bemanning som følge av sykefravær, og opplever mangel på tid til å prioritere tiltak for å sikre et godt arbeidsmiljø. Det leies ofte inn vikarer for å dekke opp fravær. Derimot innehar vikarene som er tilgjengelige ofte variabel grad av helsefaglig kompetanse. I tillegg blir høy bruk av vikarer nevnt å ha en negativ innvirkning på arbeidsmiljøet, i form av manglende kontinuitet og trygghet for de faste ansatte. I flere grupper ble det forklart at dersom det ikke er tilgjengelighet på vikarer, fordeles de udekkede pasientene på de øvrige ansatte, som må fordele de ekstra pasientene mellom seg, i tillegg til å besøke egne pasienter. Flere grupper mente at dette fører til en “ond sirkel” i forbindelse med sykefravær, da en ytterligere økning i arbeidspress på de gjenværende “friske” ansatte resulterer i ytterligere sykemeldinger.

### ■ Utforming av turnus

I forhold til organiseringen av turnus, var det flere grupper som uttrykte at de ønsket større medbestemmelse i planleggingsprosessen. Videre var det flere enheter som kunne vise til suksess ved innføring av lange vakter på 12-13 timer i helgene. Erfaring blant gruppene viser at innføring av denne typen vakter har ført til økt stabilitet og forutsigbarhet for både de ansatte og brukere. Dette gjaldt særlig for sykehjem og TTF enheter, men ikke for hjemmetjenesten, som var klar på at vakter av denne lengden var uegnet for deres arbeidshverdag.

*“Det er lange vakter med 12-13 timers vakter. Men personalet er stort sett veldig fornøyd med dette. Det er mulig å reise på tur og ikke nødvendigvis være tilbake til kl.3. Disse lange vaktene er frivillige, for det er noen som ikke kan ta så lange vakter på grunn av helsen”*

*“Man kan jobbe i team og fordele oppå grunn av vene utover dagene. Det reduserer stress. Dette er også godt for brukeren som opplever en stabil situasjon. Opplevelsen for de på jobb blir annerledes selv om det i utgangspunktet høres veldig ille ut.”*

## Kompetanse

Et annet fokusområde som var en hyppig gjenganger både innen kvalitet på arbeidsmiljø og kvalitet på tjenester, var kompetanse. Det ble gitt 85 enkeltinnspill på dette temaet. Diskusjonen i gruppene knyttet til kompetanse, delte seg inn i tre nært relaterte tema: *kompetansesammensetning, kompetanseutvikling internt i enhetene, og kunnskapsdeling på tvers av enhetene* innad i kommunen.

#### ■ Kompetansesammensetning

Riktig kompetansesammensetning innad i en enhet ble av mange grupper ansett som svært viktig for kvaliteten på tjenesten den enkelte enhet leverer. I denne sammenhengen ble det foreslått at enhetslederne i større grad bør foreta kartlegging av kompetansebehov i egen enhet. Flere grupper diskuterte viktigheten av "rett folk på jobb", eksempelvis ved behov for nyansettelse. Mange var enige i at terskelen bør senkes for at enhetsledere kan lyse ut stillinger eksternt dersom man trenger en annen kompetanse enn hva som er tilgjengelig internt i kommunen.

*"Det handler om tillit til lederne og at de har kjennskap til sin enhet og hva som trengs"*

Ved diskusjon av kompetansesammensetning i hjemmetjenesten, ble mangelen på faglært kompetanse trukket fram som et bekymringspunkt. Som følge av bemanningssituasjonen, risikerer ufaglærte assistenter å håndtere arbeidsoppgaver som går utover sin egen kompetanse. Flere eksempler ble gitt i gruppene på at dette leder til uforvarlige situasjoner, eksempelvis ved medisintildeling, da mange ufaglærte ikke har tilstrekkelig kunnskap om dosering, virkninger og bivirkninger ved medisintildeling. I tillegg oppleves brukerne å ha et stadig mer komplekst sykdomsbilde, hvilket skjerper kravene til kompetanse blant alle ansatte i hjemmesykepleien. Flere grupper påpekte at 2-3 opplæringsvakter (som er praksis i dag) for assistenter i hjemmetjenesten ikke er nok ut fra dagens situasjon. Videre var det flere som ønsket at opplæringstilbudet for assistenter burde formaliseres på tvers av enhetene i kommunen, og at opplæringen burde bestå av både en praktisk og teoretisk del.

*"Vi må gjøre noe med assistentene og gi de en grundig opplæring, ikke bare 2 dager og vær så god nå skal du jobbe"*

*"Både praktisk og teoretisk opplæring må til. Man burde ta med seg assistentene i Ringerike kommune, samle de i en klasse og gi de opplæring"*

#### ■ Kompetanseutvikling internt i enhetene

Kompetanseutvikling *internt i enhetene* ble nevnt som en viktig bidragsyter til et godt arbeidsmiljø og et viktig ledd i å beholde dyktige folk i kommunen:

*"La folk gjøre det de er best på og få utvikle seg"*

Et uttrykt ønske i mange av gruppene var nettopp å få større mulighet til å utøve og utvikle faget sitt, og dermed etablere større eierskap til jobben som utføres. Flere grupper etterlyste også en overordnet kompetanseplan for ansatte innen Helse og omsorg i kommunen. Utfordringen ligger derimot i å få tid til dette i det daglige. Få enheter hevdet å ha tid og ressurser til å kunne sende sine ansatte på eksterne kurs. Interne kompetansehevsaktiviteter blir oppgitt å være til dels personavhengig i form av initiativ fra enkeltansatte eller fagansvarlige, omtalt som "ressurspersoner". Imidlertid ble det gitt enkelte gode eksempler på hvordan man kan involvere hele enheten ved intern kompetanseutvikling. Eksempelvis har en sykehjemsenhet satt i gang et nytt prosjekt hvor man benyttet teambasert arbeid som en måte å oppnå kompetanseutvikling, samtidig som arbeidet blir mer strukturert og brukerrettet:

*"Hos oss på [enhetsnavn] samarbeider vernepleierne på tvers. Vi jobber veldig brukerrettet der det brenner mest. Man får den tværfagligheten. Det er veldig spennende å følge med på. Jeg har troen på innad i enhetene å samle og lage grupperinger rundt en bruker. Å lage faggrupper og lære av hverandre"*

#### ■ Kunnskapsdeling på tvers av enhetene

Flere grupper påpekte at det burde igangsettes aktiviteter for å oppnå kompetanseutvikling via kunnskapsdeling på tvers av enhetene i kommunen. Det var bred enighet i gruppene at den totale kompetansen innen Helse og omsorg i Ringerike kommune er svært høy, og at det ligger et stort utnyttet potensial i å dele denne, både internt i de ulike enhetene og på tvers i kommunen.



## Organisering

Et tredje fokusområde innen strukturkvalitet som ble mye omtalt blant MKS-gruppene, var *organisering*. Dette området mottok 64 enkeltinnspill på tvers av gruppene. Hoveddiskusjonen rundt organisering knyttet seg til *organisering av de enkelte enhetene*.

### ■ Organisering av de enkelte enhetene

Mange grupper ytret ønske om en sterkere bevissthet rundt organisering av hver enkelt enhet; både i forhold til type brukere, egnede lokaler og ansattes kompetanse.

*“Hvis man hadde tydeliggjort hvilke boliger som finnes, hvilken kompetanse som eksisterer og hvem som skal hvor, hadde dette hjulpet. Det er noen boliger som ikke har innlagt vann. Da setter man ikke noen der som har problemer med hygiene.”*

*“Problemet er prioriteringen: man setter en psykisk utviklingshemmet inn i et bofellesskap med eldre. Hvis ikke boligen er egnet så går det utover arbeidsmiljøet igjen.”*

Videre var det et klart ønske blant gruppene om mer forutsigbarhet og struktur å forholde seg til innad i sine respektive enheter. Dette ble særlig fremhevet av enheter med høyt sykefravær og hyppig utskiftning av personale. Flere mente at en viktig faktor for å oppnå dette er definerte roller og ansvar, herunder en oversiktig fordeling av arbeidsoppgaver:

*“Med mye utskiftning i hjemmetjenesten er det viktig med gode rutiner, klare roller og felles forståelse av kvalitet.”*

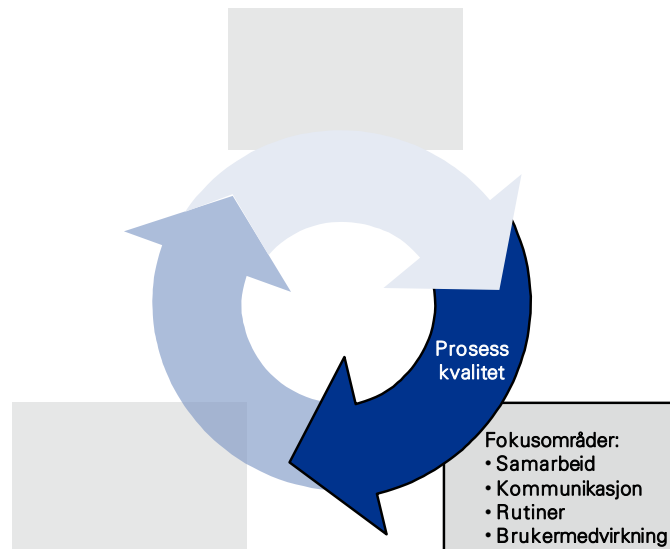
*“Fordeling av arbeidsoppgaver i løpet av hele døgnet på vakt kan bli bedre. Dette går på hvem som skal gjøre hva, hvordan sette av en arbeidsfordeling.”*

*“Vi opplevde på [enhetsnavn] at hjelpepleiere ikke delte ut medisiner fordi man har 27 sykepleiere. Er noe med å bruke kompetansen rett, man kan ha for mange 3-åringer også. Det er noe med rollefordeling. Er det en sykepleier på jobb og resten hjelpepleiere, går det mye mer radig på jobb enn hvis man har mange sykepleiere, for da er ansvarsoppgavene mye tydeligere.”*

## 2.2.2 Områder i forhold til prosesskvalitet:

Prosesskvalitet er knyttet til produksjonsprosessene, og defineres som den smidighet og effektivitet som ligger til grunn for tjenesteproduksjonen. Jmfør beskrivelse i kapittel 2 kan det blant annet dreie seg om organiseringen av arbeidet, oversiktlig rutiner, metodebruk og klare ansvarsforhold.

De fire områdene som MKS-gruppene mener bør få mest fokus fremover i forhold til prosesskvalitet og som må til for å kunne opprettholde og utvikle kvalitet på tjenestene og arbeidsmiljøet innen reduserte kostnadsrammer er *samarbeid, kommunikasjon, rutiner og brukermedvirkning*.



## Samarbeid

I de 10 møtene vi hadde, kom samarbeid opp som et viktig område å se nærmere på i hele 7 av 10 grupper. Dette var også det fokusområdet som ble innspilt flest ganger, med totalt 107 enkeltinnspill. Med samarbeid mente gruppene:

- mellom enkeltpersoner
- innen og mellom enheter/virksomheter innen Helse og omsorg
- mellom Helse og omsorg og andre virksomheter/enheter i og utenfor kommunen

### ■ Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Dett ble ikke problematisert spesielt, utover at det i noen tilfeller ble stilt spørsmål om for tidlig hjemsendelse av pasienter til hjemmetjenesten.

### ■ Samarbeid mellom enkeltpersoner

Vi har fått inntrykk av at dette gjennomgående er godt og at dette er i fokus på mange enheter. Arbeidstakerne virker bevisste på betydningen av dette, og trakk spesielt frem hvor viktig dette er fordi et eventuelt dårlig samarbeid mellom enkeltpersoner vil ha negativ effekt på brukere. Det ble av flere fremhevet betydningen av at de aksepterer hverandre som enkeltpersoner med sine svakheter og sterke sider og at det er viktig å ha god kommunikasjon og gi hverandre feedback.

*“Gi tilbakemelding. Skape motivasjon og engasjement til å skape et godt arbeidsmiljø”*  
*“Bli bedre på feedback til hverandre, ros/ris”*

### ■ Teamarbeid

For å få til et best mulig samarbeid mellom enkeltpersoner, ble det påpekt at det har stor betydning å sette sammen gode arbeidsteam. Det ble fremhevet at godt sammensatte team jobber mer effektivt sammen og takler stress og utfordringer i hverdagen på en god måte. Flere ga uttrykk for at de hadde slike team og at det var veldig merkbart når teamene ikke hadde den gode sammensetningen.

*“Gode team leser hverandre”*  
*“Gjøre hverandre gode”*  
*“Godt arbeidsmiljø – felles ansvar”*

#### ■ Samarbeid mellom enheter/tjenesteområder

Dette synes å være en noe større utfordring. I enkelte av gruppene ble det spesielt fremhevet at hjemmetjenesten må samhandle med institusjonene, men også at det kan være mye å hente på et styrket samarbeid mellom NAV, hjemmetjenester og institusjoner. Flere ga uttrykk for at en strukturell endring med integrerte tjenester, hjemmetjenester og institusjon var en ordning med mange fordeler. Blant annet gir dette mindre sårbarhet i forhold til sykefravær. Det å ha mulighetene for en slik variasjon og å bruke ressurser på tvers, noen ganger "inne" andre ganger "ute" ble av noen også fremhevet som et tiltak som kan forebygge utbrenthet og sykefravær. For noen brukere, som både får tjenester hjemme og i institusjon, kan dette også bidra til trygghet og kontinuitet. Flere mente også at man burde se nærmere på samarbeide på tvers mellom for eksempel hjemmetjenesten og TTF, og at dette kunne bidra til bedre ressursutnyttelse. Mange som jobber i boliger kan utføre oppgaver i hjemmetjenesten og vice versa.

*"Personale må jobbe mer fleksibelt, nå er vi overalt. Det er ikke min bruker, det er vår bruker"*

*"Må ta en offensiv rolle ut mot våre samarbeidspartnere, da blir det godt samarbeid (heller enn å sitte på hver sin tue). Må bestemme seg selv for hvilket samarbeid man vil ha".*

#### ■ Samarbeidet mellom bestillerkontor og de ulike virksomhetene/enhetene

Dette var et gjennomgående tema i alle møtene. Det organisatoriske skillet mellom bestiller og utfører ble spesielt problematisert i forhold til hjemmetjenester - både praktisk bistand og hjemmesykepleie, men var også til en viss grad i fokus med hensyn til boliger og institusjoner, rus og psykiatri. Generelt fremstår det som det er for liten grad av konsensus mellom kommunen som "bestiller i stort" og som legger rammene for aktivitetene i Helse og omsorg, Bestillerenheten som "bestiller i smått" og utførerne som skal iverksette vedtakene som er fattet.

Samarbeidsutfordringene som spesielt ble fremhevet var utformingen av vedtak og ofte uenighet om hva som er forsvarlig tilbud. Vi oppfatter det slik at både bestiller og utfører var opptatt av å sette bruker i fokus og på best mulig måte imøtekomme brukernes behov, men at utførere mener bestiller er mer opptatt av hva som er brukernes rettigheter enn de helsemessige behov. Bestiller på sin side mener de ser hen til begge forhold, og noen gir uttrykk for at dette ofte er vanskelig å balansere.. Dette medfører mange diskusjoner om hva som er "beste effektive omsorgsnivå" og faglig forsvarlig. Når slik uenighet oppstår, påpeker flere at det ikke er en arena for å drøfte dette. Noen mener dette må håndteres "i linjen" mens andre mener dette kan bli for mye byråkrati og heller ønsker egne fora/rutiner for dette som ikke er forsinkende ledd. Det var et klart inntrykk at samhandlingsreformen har forsterket denne utfordringen, da flere pasienter sendes hjem med komplekse omsorgsbehov.

Mange av utførerne ga uttrykk for at vedtakene av og til kan bli for rigide og gi for lite rom for faglig skjønn og handlingsrom ute hos brukerne og at man burde gå fra tidfestede vedtak til tjenestebeskrivende vedtak. Noen mente også at vedtakene er litt "saksbehandlervhengig". Det kom opp i flere av møtene og fra begge "parter" at Bestiller og Utfører i langt større grad bør samhandle før vedtak fattes. Noen stiller spørsmål ved om alle enhetene har ressurser til dette. Det påpekes fra flere at dette må prioriteres, ikke minst for å kunne møte brukerne med en samlet innstilling. Slik det er i dag, oppleves at man flere ganger gir brukerne ulike forventninger – og at brukerne kan bli "buffere" for uenighet mellom kommunens ansatte.

*"Syns ikke det fungerer. Liker ikke utforming av vedtak, blir så statisk. Er ikke holdbart ift denne typen pasienter. Ville ha hatt et vedtak som sier at man har visse behov som man har krav på å få hjelp til å løse. At det er behovet man får vedtak på ihht lovverket. At det er vår enhet som setter inn det tiltaket som vi mener må til for at vi skal løse det. Kan innad si hvem som skal ta seg av det, at et blir helhetlig".*

*“Er ikke samarbeid med bestiller, men er utforming av vedtakene. Kommunikasjonen har blitt bra. Men er selve utformingen og handlerommet i et vedtak”*

*“Hvordan kan man lovlig kunne fatte vedtak som er gode for brukeren? Handlerommet for utøver, hvis vedkommende er innlagt en periode så har man tomrom. Hadde man hatt andre vedtak hadde man kunne sagt vi gjør det. Tror på kreativitet og fleksibilitet ift vedtakene vi har og de pasientene vi har”.*

*“Hva kan vi gjøre for å bedre dette? Når dere i BE tilbyr timer har dere møter med pårørende eller brukeren det gjelder. Da er BE alene om det. Tenker at dersom vi som enhet er involvert og snakker om hvilke tjenester de kan vente å få, ha en nøktern samtale og fortelle hva vi kan gi blir vedtakene bedre”*

*“Viktig at vi er enige om hvilken tjeneste vi skal gi. Konflikt ute hos bruker er et problem vi er kjent med. En ting er uenighet og hvordan vi håndterer det innad, noe annet er kommunikasjon ut til bruker. Kommer som et tema. Må løfte oss og se hvordan vi skal få til dette bedre. er i den prosessen, men å komme seg fra a til b er jo en utfordring”*

*“ Er en utfordring for oss i enhetene med de lave budsjettene vi har. Når rammene er så lave og det er økte behov, så skvises vi i hverdagen. Er ikke lett å innfri og gjøre de beste ute av det lille vi har. Det med kvalitet, ift hva man kan forvente..det må være samsvar ift hva vi kan gi”*

*“...: dette er et kjempeproblem. Hvis vi skal si at det er forsvarlig at noen er hjemme, da må jo vi fatte vedtak som også er forsvarlig. F.eks 4 tilsyn per natt, så tas det ned etter to dager. Da blir vi i skvisen igjen er dette nå forsvarlig? Mens dere ute har ikke ressurser til noe mer. Hvis vi skal ha hjemmetjeneste må vi jo ha en kraftig nok bemanning til at dette er forsvarlig.”*

## Kommunikasjon

Forutsetningen for godt samarbeid, er god kommunikasjon. 6 av 10 grupper hadde dette som et fokusområde, der diskusjonene dreide seg rundt både *kommunikasjon mellom tjenesteområdene og enheter, kommunikasjon mellom ansatte, og kommunikasjon med brukere*

### ■ Kommunikasjon mellom tjenesteområder og enheter

Det kom frem i majoriteten av møtene at det er viktig å styrke kommunikasjonen mellom tjenesteområder og enheter, spesielt med tanke på felles forståelse av brukerbehov, fastsettelse av tjenestenivå og eventuelt utnyttelse av ressurser på tvers i virksomheten. Dette er i dag en utfordring både mellom tjenesteområdene, for eksempel Bestillerenheten og utøverne, hjemmetjenester og institusjoner - spesielt der de ikke er integrerte. For noen brukere er det særdeles viktig at det kommuniseres godt mellom tjenesteområder og enheter, og det er de brukerne som er innom flere av tjenesteområdene i sitt forløp, som for eksempel etter sykehusinnleggelse først er på korttidsopphold på sykehjem, for deretter å få tjenester hjemme- og samtidig kan ha problemer som involverer rus og psykiatri og NAV. Gode samarbeidsrutiner er essensielt for å styrke denne kommunikasjonen, og noen fremhevet også mer bruk av IKT, bedre IKT systemer.

*“God kommunikasjon gjør at man: fanger opp ting tidlig, styrker partssamarbeidet, plukker vekk negativ energi”*

#### ■ Kommunikasjon mellom ansatte

For å få til et godt samarbeid mellom enkeltpersoner, må det etableres gode holdninger og felles verdigrunnlag i forhold til arbeidsmiljøet. Mange var opptatt av, og var allerede i gang med mange tiltak på dette området.

*“Vi må prate med og ikke om”*

*“Hvordan kan man starte en vakt/hva er en god start på dagen? At alt ligger klart, ha en positiv kommunikasjon med hverandre, klarer å fordele arbeidsoppgavene på en god måte, at alle prøver å hjelpe hverandre. At noen tar ansvar, begynner å ringe, sette i gang en vakt, roer ned hvis det er noen som kommer og er frustrert, få oversikt og tar ledelsen. At man hilser, normal høflighet, sier hallo! At man sier hei under rapport når noen setter seg, dette gir en bedre start på dagen.”*

*Ha en positiv holdning, være bevisst på hvordan man ordlegger seg, tenke før man snakker, gi positive tilbakemeldinger”*

*“Er man gode på positive tilbakemeldinger i dag? Både og, har et forbedringspotensial”*

*“Ha en whiteboard-tavle der man henger opp kort fra pårørende etc. eller hvis man har fått annen ros, en “skrytetavle”*

#### ■ Kommunikasjon med brukere

Dette ble fremhevet som viktig fordi god dialog med bruker gjør at forventningsavklaringen blir enklere og det kan bli lettere å bli enige om hva som er god kvalitet sett fra den enkelte bruker/pårørendes ståsted. Når det blir for stort gap mellom hva bruker/pårørende mener er god nok kvalitet og de ressurser/rammer man har er det krevende å ha dialogen. Mange fremhevet at for å kunne gå inn i slike problemstillinger, ta eventuelle vanskelige samtaler, kreves at medarbeiderne har den riktige kompetansen. Det ble av flere påpekt at dette var mer knyttet til personlige egenskaper enn utdanningsnivå, men andre ga uttrykk for at utdanningsnivå var viktig- ikke alene, men sammenholdt med personlige egenskaper.

*“Kommunikasjon og samarbeid i forhold til pårørende og brukere, mye ligger der. Må jobbe tett. Opplever at når vi er gode på kommunikasjon og informasjon så går jobben enklere”*

*“Uten dialog og en opplevelse av at de er med så tror jeg ikke brukerne kommer til å gjøre det”*

#### Rutiner

Et annet fokusområde som ble tatt opp av flere grupper er rutiner. To rutiner som var særlig gjenstand for diskusjon blant gruppene er *rutiner for håndtering av langtidssykemeldte og avvikshåndtering*.

#### ■ Rutiner for håndtering av langtidssykemeldte

Håndteringen av langtidssykemeldte var også noe som flere av gruppene ønsket å sette fokus på. Da sykefravær er et problem for mange enheter i kommunen, ytret flere enheter ønske om større bevissthet og rutiner knyttet til håndteringen av denne gruppen, og hvordan man kan sikre en god tilbakeføringsprosess til arbeidslivet. En enhet som hadde satt fokus på nettopp dette kunne vise til gode resultater:

*“Det ble mye snakking i gangene i forbindelse med sykemeldte, men det ble satt fokus på og vi opprettet en gruppe for sykemeldte som kunne komme på jobb og avlaste, virkelig avlastet oss andre i hverdagen. Stemningen ble annerledes. De som jobbet i denne gruppen fikk et stort mål om å*

*komme tilbake på arbeidsplassen for å bli tilknyttet sin gruppe igjen. Å få ting opp på bordet gjorde at atmosfæren ble annerledes, ble lettere.”*

#### ■ Avvikshåndtering

En rutine som mange grupper var enige om at *ikke* fungerer optimalt, er avvikshåndteringen. Dette virker å være et kjent problem blant de fleste enheter. Det virket også å være kjent blant gruppene at mange avvik ikke blir rapportert som følge av faktorer som mangel på tid, mangel på kunnskap om hvordan avvikene skal rapporteres, og liten tiltro til at rapporteringen fører fram.

*“Vi får ikke dokumentert nok avvik. Det er et behov for opplæring i hvordan man skal dokumentere avvik. Det er ikke elektronisk i dag, men det ville ført til lettere sporbarhet.”*

*“Vi opplever at avvikssystemet i Ringerike kommune ikke fungerer.”*

*“Vi har skrevet en bunke med avvik og det har ikke skjedd noe”*

### Brukermedvirkning

Brukermedvirkning var et fokusområde som ble spilt inn totalt 49 ganger, og et sentralt tema i diskusjonene knyttet til kvalitet på tjenesten.

#### ■ Brukermedvirkning, dialogen med brukeren

Med brukermedvirkning forstås både samarbeidet med brukere/beboere og deres pårørende når det gjelder avklaringer mellom behov og tilbud og samarbeid i det daglige om omsorgen/tjenesten. Inntrykket fra alle møtene er at de ansatte er veldig opptatt av akkurat dette punktet og å bidra til at brukermedvirkning i kommunen får enda større fokus. Det ble understreket av flere at dette er en utfordring når gapet mellom behov og tilgang på tjenester blir for stort. Det er mange sterke brukere og pårørende som har høye krav og store forventninger til hva Helse og omsorg skal gjøre for dem. Brukere og pårørende definerer også kvalitet ut fra hva de forventer, noe som kan komme i konflikt med hva bestiller og utfører definerer som faglig forsvarlig og rettigheter. Forventningene øker, mens ressursene reduseres, og de ansatte opplever det tøft å stå i dette. En måte å møte dette på, som flere påpekte er å være gode på forventningsavklaring. Noen praktiserer allerede i dag å sende ut informasjonsskriv til brukere om hva de kan forvente. Andre påpekte betydningen av å være ærlig på hva som kan tilbys og det å styrke brukeres /pårørendes ressurser i forhold til å ha mulighet for å kunne bidra mest mulig selv i sin egen situasjon (empowerment), men at dette må balanseres da pårørende ikke har omsorgsplikt og kommunen har plikt til å sørge for nødvendig helsehjelp.

*“De vet jo selv hva de har behov for og hvor skoen trykker. Hvis vi skal fortelle hvordan det skal være så genererer dette motstand. Er jo dialog med brukeren hver eneste dag”*

*“Mer fokus på brukermedvirkning: forventningsavklaring. Å ta dette med pårørende og brukere, sette foten ned. Det er store sprik på hvor mye pårørende stiller opp, men å tørre å ta de tøffe samtale.”*

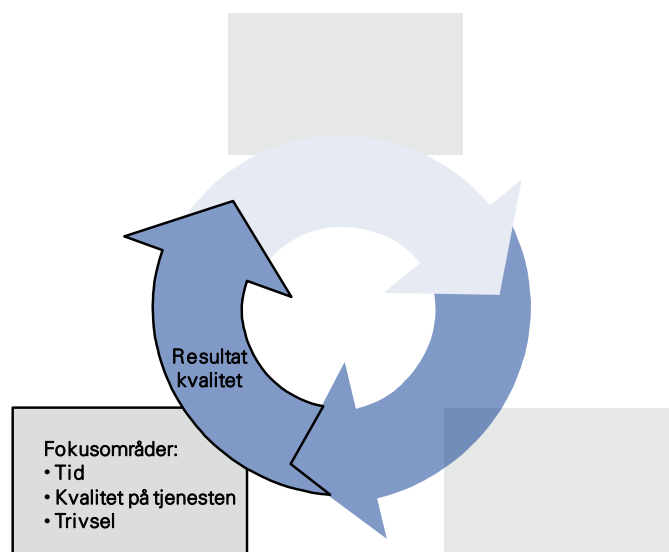
*“Hvordan kan man bli bedre på forventningsavklaringen? Ha et realistisk bilde på hva man kan tilby i Ringerike kommune. At vi verken lover mer eller mindre enn det vi kan stå for. Rammene må tydelig ut, at vi alle snakker samme språk og at brukerne blir trygge”*

*“Hvor klart er det hva som kan tilbys og hva brukerne kan forvente?  
- Hvis omsorgstrappa som er definert oppleves forskjellig har vi en kjempeutfordring når vi skal definere ovenfor brukeren hva som kan forventes.*

## 2.2.3 Fokusområder i forhold til resultat kvalitet

Innledningsvis, i kapittel 2 skilles det mellom produktkvalitet og resultat kvalitet. Vi ser dette som to sider av samme sak og definerer dette både som egenskaper ved tjenestene og arbeidsmiljøet og som oppleves som viktige sett fra de ansatte og den virkning eller det resultat leveransen av tjenesten har for brukeren (den behovsdekningen som er oppnådd ved hjelp av tjenesten).

De tre områdene som MKS-gruppene mener bør få mest fokus fremover i forhold til resultat kvalitet og som må til for å kunne opprettholde og utvikle kvalitet på tjenestene og arbeidsmiljøet innen reduserte kostnadsrammer er *tid, kvalitet på tjenesten* og *trivsel*:



### Tid

Totalt 42 innspill fra MKS-gruppene omhandlet mangel på tid. De fleste gruppene som satt fokus på dette, så mangel på tid som et resultat av fokusområder som bemanning, kompetanse og struktur.

#### ■ Stoppeklokkeomsorg

Bemanningssituasjonen innen mange virksomheter, men spesielt innen hjemmetjenesten (som beskrevet i kapittel 2.2.1), har ført til hva en gruppedeltaker omtalte som "stoppeklokkeomsorg": pasientene mottar kun det mest nødvendige av tilsyn og pleie, som for eksempel medisintildeling og direkte fysisk pasientarbeid, også omtalt i flere grupper som "brannslukkingsarbeid". Deltakerne oppå grunn av at denne måten å jobbe på har en negativ påvirkning på arbeidsmiljøet i form av stress, dårlig samvittighet og lav følelse av mestring i jobben for den enkelte ansatte. Dette ble videre påpekt av flere grupper som en sterk bidragsyter til sykefravær i hjemmetjenesten.

*"Man skal jo se hele mennesket, men vi har på en måte ikke tid til det. Vi har ikke engang tid til å spørre hvordan de har det."*

*"Vi sitter noen ganger på slutten av vekten og har dårlig samvittighet, for du har ikke følelsen av at du har gjort det du skal. Flyr ut og inn av døren overalt, men gjør bare hele tiden akkurat det man skal. Det er nok det som sliter aller mest nå"*

*"Folk gjør en kjempeinnsats faglært eller ei, men til og med pårørende ser at det burde være flere på jobb (...) Det er om å gjøre å drikke fortest mulig, spise fortest mulig. Hvis eldre, demente skjønner at de må følge ditt bevegelsesmønster så sier det stopp".*

## Kvalitet på tjenesten

Flere grupper viste høyt engasjement ved diskusjon av kvaliteten på tjenestene som ytes innen Helse og omsorg i kommunen. "Statistisk" var ikke dette et område som utmerket seg, men likevel et område det var sterkt engasjement om.

Dette området ble i likhet med tid satt i sammenheng med- og sett som en følge av- andre fokusområder som eksempelvis bemanning og kompetanse.

### ■ Ønske om en felles forståelse av kvalitet

En utfordring for mange ansatte innen Helse og omsorg er å opprettholde kvalitet i tjenesten de yter mot brukerne, ut fra den tiden og de ressursene som er til rådighet. Flere grupper påpekte derfor viktigheten av å ha en felles forståelse av hva som er et realistisk og "godt nok" helsetilbud ut fra dagens rammebetingelser. Denne diskusjonen mente mange bør tas på et kommunalt nivå, for å sikre en felles forståelse og unngå et ulikt behandlingstilbud av brukere med samme behov på tvers av enhetene.

*"Rådmannen har vært ærlig på at kvaliteten går ned. Men er noe helt annet når man ikke kjenner til hva det vil si at kvaliteten går ned. Det er noe med den forståelsen av hva det vil si, hva betyr det at det smerter"*

*"Vi har hatt politikere som har gått ut i avisa og sagt: sånn skal vi ikke ha det. Vi tenker at dette er dagligdagse tilfeller som vi hele tiden står i bresjen for og lurer på om dette går bra eller ikke. Det bør ikke være overraskende når de har vært med på bestemmelsesprosessen."*

*"Kvalitet kan sees opp mot kvalitetsgarantien, det vil si verdighetsstandarder. Kommunen har en trapp, der man har lavest mulig omsorgsnivå. Men hva er det? En pasient som burde vært på en heldøgns plass kjenner vi på at vi burde dekket opp, men er bare innom nå og da, det oppleves ikke som kvalitet."*

### ■ Faglig forsvarlighet

I de enhetene hvor tidspresset er som høyest, fortrinnsvis hjemmetjenesten, forklarte deltagere at mangel på kvalitet nå er så kritisk at diskusjonen dreier seg om *faglig forsvarlighet*. I likhet med diskusjonen rundt kvalitet, ble det etterlyst en diskusjon rundt dette for å sikre en felles forståelse av begrepet.

*"Godt nok blir for individuelt – hvor går grensen for uforsvarlighet?"*

*"Vi må være enige om hva som er faglig forsvarlighet, for det tror jeg ikke vi er. Vi har ikke en norm om hva som er forsvarlig"*

*"Folk skal være hjemme så lenge det er faglig forsvarlig. Når vi da er uenige om når det er greit å være hjemme fungerer det ikke. Diskusjonene må opp i kommunen heller enn å ta diskusjonen mellom Bestillerenheten og hjemmesykepleien"*

## Trivsel

I gruppenes diskusjoner rundt arbeidsmiljø var trivsel et gjennomgangstema, og totalt 42 innspill omhandlet trivsel på arbeidsplassen. De fleste enhetene hevder å ha et godt arbeidsmiljø med ansatte som trives i jobben. Likevel utfordres trivselen på jobb av en rekke *interne* og *eksterne faktorer*.



#### ■ Interne trivselsfaktorer

Av interne faktorer nevnte mange grupper at samarbeid og holdninger har en sterk påvirkningskraft. Gjennom diskusjon blant gruppene ble det synliggjort store forskjeller på disse områdene. I enheter hvor samarbeidet fungerer godt, er trivselen høy. I motsatt fall opplever enheter med dårligere samarbeid og holdningsproblemer blant de ansatte, også lavere trivsel.

*“Vi har mye fokus på arbeidsmiljø om dagen og samarbeid på tvers. Det gjøres mye bra. Jeg blir stolt av alt vi får til. Å se på det vi klarer å løse i dag heller enn det vi ikke får gjort. Ha et løsningsfokus hjelper veldig. Vi vet vi vil være i dette presset. Viktig at vi investerer i dette hvis vi skal ivareta hverandre i tiden fremover”.*

*“Hva gjør dere konkret for å komme dit?”*

- *Vi deler de gode historiene i stedet for hva vi ikke har rukket. Tar ansvar, bevisstgjøre hver og en. Det blir mye lettere, jeg gleder meg nå til å gå på jobb.”*

*“Vi har problemer med dårlige holdninger. Eierskapet er ikke grunnfestet. Vi har TÆL, men har det ikke ned på et nivå hvor det er konsekvenser for den enkelte. Vi må oppdra hverandre og si at dette faktisk ikke er greit. For eksempel å skrive ting opp i boka og la kveldsvakta ta det, ikke bestille opp bleier..det er mye småplukk.”*

#### ■ Eksterne trivselsfaktorer

Av eksterne faktorer ble begrensede ressurser og høy endringstakt i kommunen trukket fram som en sterk påvirkningskraft på trivsel. Det var få grupper som la skjul på at de siste års innsparinger i Helse og omsorgssektoren har vært krevende. Det fremkom blant flere grupper at ansatte nå er betenkelige i forhold til å gjennomføre flere store endringsprosesser innen Helse og omsorg i kommunen. Det ble uttrykt et klart ønske om å gi pågående prosesser tid og ro til å gjennomføres, og unngå at nye politikere setter i gang nye, store endringstiltak

*“.. men mange begynner å bli slitne. På tide å sette på bremsene nå. Nå kommer det en ny rådmann, skaff en rådmann som ønsker å ta det litt med ro, som ikke ønsker omstilling med en gang”*

*“Dette er nå en sliten organisasjon. Hvis det da kommer nye omstillinger har man ikke så mye å stille opp med”*

*“Hjertet for jobben blir bare mindre og mindre når man har situasjonen som man har nå”*

## 2.3 Ledelse

Ledelsen på alle nivå i Helse og omsorg er en nøkkelfaktor for alle de tre kvalitetsområdene. I samtlige møter vi hadde med MKS-gruppene kom nettopp dette samspillet frem.

### ■ Forventninger til ledere

Det kom mange synspunkt om hva arbeidstakerne forventer av sine ledere og hva lederne forventer av seg selv. Flere ledere ga uttrykk for at de ikke følte de strakk til som ledere på grunn av ressursmangel og at de måtte prioritere direkte pleierett arbeid i stedet for lederoppgaver. Mange ledere, men også ansatte, var tydelige på at de måtte akseptere at omstillinger har kommet for å bli og at alle, men spesielt ledere, har et ansvar for å sørge for gode holdninger i forhold til dette.

Noen ga mer eller mindre uttrykk for at deres leder hadde et forbedringspotensial. Siden de fleste MKS-gruppene hadde med seg sin leder, er sannsynligheten stor for at ikke alle var like åpne og ærlige på dette punktet, men noe av det som kom frem var at problemer med kontinuitet i ledelsen er/har vært et stort problem. Mange påpekte at det er viktig at kommunen ansetter ledere som vil lede og at det gjøres grundige ansettelsesprosesser. Vårt inntrykk er at kommunen har ansatt mange dyktige, engasjerte ledere som på linje med de ansatte opplever at de ikke får gjort jobben slik de selv ønsker. Flere av lederne vi møtte ga klart uttrykk for at de vil lede, men som på grunn av situasjonen mener de ikke får tilstrekkelig tid og rom for dette.

*“Leder: jeg driver brannslukking, har ikke tid til å gjøre de tiltakene som skal hjelpe oss langsiktig. Det er sjeldent at min dag blir sånn som jeg har tenkt at den skal bli”*

### ■ “Synlige” ledere

Synlige ledere var et gjennomgående tema, men det var ulike syn på hva dette i praksis er. Noen ville at lederne skulle være med ute i det daglige arbeidet mens andre mente lederne måtte prioritere å lede, jobbe strategisk, forebygge og sørge for tilfredsstillende struktur, rutiner og rammer for utøvelse av tjenester med god kvalitet. Flere ledere ga uttrykk for at det er en utfordring å være synlig for alle, både fordi man ikke er geografisk samlet på ett sted, mange ansatte går i turnus eller jobber mye ute hos brukerne. Mange påpekte at noen av enhetene er for store og at å redusere disse kan gjøre det lettere for ledere å være synlig. Det kom mange innspill på hvordan man kan være en synlig leder på andre måter enn rent fysisk som person. Noen hadde faste, elektroniske informasjons-/nyhetsbrev. Noen var opptatt av å gi positive tilbakemeldinger der medarbeidere hadde utmerket seg/fått ros av brukere. Flere fremhevet hvor viktig det er at ledere gjør seg synlig gjennom å jobbe med strukturene, legge til rette, jobbe med forebyggende tiltak for et bedre arbeidsmiljø.

*“Hvordan blir dere hørt og sett? For det første så ser vi lederen. Var mye sladder hos oss, vi trodde vi hørte ting osv. nå er det informasjonsmøter, mer tilstedeværelse. Hvordan skjer den informasjonen? Kommer og forteller oss, blir tatt med. Lederen er synlig”*

*“Ledelse viktig – bli hørt og sett, at man kan ha en diskusjon”*

*“Viktig at lederen er ute og ser hvordan vi har det og er ute og jobber. De får et annet innblikk i arbeidssituasjonen. I stedet for å gi folk enda mer å gjøre, ta i et tak selv”*

*“Tror lederen vår ser vi har mye å gjøre uten å være med ut og kjøre.”*

### ■ Mye god ledelse i enhetene

Det kom flere tilbakemeldinger som gir inntrykk av at det mange steder er god ledelse. Det kom tydelig frem at de som opplevde god ledelse mente de håndterte omstillingene bra og at dette hadde

stor betydning for trivsel på jobb og økte nærværet blant da ansatte. De som ga uttrykk for dette, viste også generelt mer løsningsorientert fokus i diskusjonene og ga eksempler på hvordan de hadde dette også i hverdagen.

*“Viktig å ha fokus på det man får til. Dette endret når vi byttet leder. Man får til mer etter hvert. F.eks før var det mye fokus på målekort med mye røde piler på tavla når man kom på kontoret. Nå er det mer fokus på hva vi gjør bra. Unngår negativ spiral.”*

*“Synlig ledelse, tydelig. Nå har vi fått oss ny leder og ser veldig positivt på situasjonen fremover. Mye er avhengig av hvilken leder du har”.*

*“Hvilke forventninger har dere til den nye lederen? Har i hvert fall blitt hørt og sett, og om vi ikke er enige så kan vi i hvert fall ha en god diskusjon. Alle har blitt mer positive, du kan se det på folk som jobber der.”*

*“Lederen kom med en blomsterbukett til to medarbeidere på et møte for innsatsen i en vanskelig periode. Handler om at de ansatte blir sett. At man plutselig nå får et påskeegg med litt godt i, har vinlotteri på fredager, fårikål kveld. Det er det småtteriet som gjør den lille forskjellen. Gjør at vi yter det vi kan. Alle har det travelt, men folk står på.”*

## 3 Vurderinger og anbefalinger

I dette kapittelet vil vi gjøre vurderinger av innspillene fra MKS-gruppene opp mot bestillingen fra ordfører og rådmann, med konstituert kommunalsjefs presiseringer og avgrensninger.

### ■ Kjennskap til kommunens Handlingsprogram for 2013- 2016

Til tross for at handlingsprogrammet synes å være lite kjent i MKS-gruppene, ser det ut til at de tiltak som er foreslått i dette, samsvarer godt med de som MKS-gruppene mener bør være i fokus videre for å komme på "rett spor". Handlingsprogrammet gir således en god retning, men det kan være behov for at dette kommuniseres og forankres enda bedre i virksomheten og enhetene.

**Vi anbefaler at det legges en plan for hvordan Handlingsprogrammet kan kommuniseres og forankres godt i virksomheten og enhetene, hos de enkelte ansatte og hos brukerne.**

### ■ Kommunikasjon og informasjon

Det er fremhevet i de fleste møtene at kommunikasjon og informasjon er områder som bør få mer fokus fremover. Generelt har alle et ansvar for god kommunikasjon og informasjon, men ledere har et spesielt ansvar for dette, og da særlig når det gjelder kommunikasjon av overordnede rammer og mål. Dette inngår i lederansvaret på alle nivå. Gode ledere har solid kjennskap til strukturer og rammer som er satt for tjenestene i kommunen, og evner å benytte det handlingsrommet som finnes innenfor eksisterende rammer i dialog med de ansatte. God utnyttelse av handlingsrommet er avgjørende for prosesskvaliteten og skaper entusiasme i arbeidet med den daglige driften og utviklingen i virksomhetene. På denne måten blir gode ledere i virksomhetene en avgjørende faktor for resultat kvaliteten, forstått som kvaliteten på både arbeidsmiljø og tjenester.

De ansatte ga også uttrykk for at de kan trenge mer opplæring og veiledning i kommunikasjon, og da spesielt i forhold til de vanskelige samtalene de av og til må ha med brukere og deres pårørende.

#### **Vi anbefaler:**

**at det rettes sterkere fokus på opplæring, veiledning og utvikling av ledere og at det etableres et helhetlig program for lederutvikling, hvor det spesielt er fokus på endringsledelse og å styrke lederne på kommunikasjon og informasjon i omstillingsprosesser**

**-at ansatte som får ansvar for krevende kommunikasjonsoppgaver mot brukere og pårørende får opplæring og veiledning slik at de styrker sine kommunikasjonsferdigheter**

### ■ Kvalitet på tjenestene

Med hensyn til ordførerens spørsmål om "Hvordan tjenesten reelt fungerer i forhold til brukerne", gir møtene med MKS-gruppene og utsagnene som kom i disse møtene grunn til å tro at mange ansatte, spesielt innen hjemmetjenesten, er bekymret for kvaliteten på tjenestene innen denne virksomheten. Det var et gjennomgående tema i alle møtene. Mange ga uttrykk for at det var manglende

samstemmighet i kommunen på hva som skal være kvalitet på tjenestene i kommunen, og at det ville være lettere for alle om man hadde et omforent syn på dette.

**Vi anbefaler at det settes i gang dialog med både ansatte, brukere og politikere for å komme frem til et sett av felles kriterier for hvilken kvalitet man ønsker på tjenestene i Helse og omsorg.**

#### ■ Avvikshåndtering

Et viktig ledd i å forbedre kvaliteten på tjenester og sikre et godt helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i Helse og omsorg, er god meldekultur og gode rutiner for rapportering av uønskede hendelser/avvik og håndtering av disse. På denne måten kan organisasjonen lære av avvik, og sette i gang tiltak for å forbedre tilstanden i virksomheten. Dette betyr at det ikke er selve aviksmeldingene som hindrer at de samme avvikene skjer igjen, det er det responsen på meldingene som gjør.

I møtene med MKS-gruppene fremkommer det at mange ikke skriver aviksmeldinger, både på grunn av mangel på tid, men også grunnet usikkerhet om hva som skal meldes (kriterier for å melde avvik). Mange stiller også spørsmål ved om det har noen hensikt å melde avvik (videre håndtering av avvikene). En del fremmet i tillegg ønske om å få et elektronisk avvikshåndteringssystem. Slik vi forstår det, inngår det i kommunens planer å anskaffe dette. I påvente av et slikt system og for å sikre at et elektronisk system fungerer må man uansett jobbe med å etablere en god meldekultur og gode rutiner for meldinger og oppfølging av disse. Det må gjøres enkelt å melde og rapporterte hendelser må gis en betydning og brukes for læring og forbedring. Ledere har et spesielt ansvar for dette. Det kan være en god investering for kommunen å begynne med dette i god tid før et avvikshåndteringssystem anskaffes.

**Vi anbefaler at det igangsettes et prosjekt for å forbedre meldekultur og rutiner i forbindelse med melding av uønskede hendelser i Helse og omsorg og at lederens ansvar og rolle i dette inngår i kommunens lederutviklingsprogram.**

#### ■ Bemanning

Når det gjelder spørsmålet om "Tilstanden i organisasjonen herunder virkningene av mulig slitasje blant ansatte som følge av omstillingene", synes det ganske åpenbart at spesielt de ansatte innen hjemmetjenesten, og kanskje spesielt de bynære sonene opplever stor slitasje. Dette blir relatert spesielt til effekten av samhandlingsreformen med økt antall brukere med mer komplekse tilstander, tidligere utskrevet fra sykehuset.

**Vi anbefaler at kommunen gjør en bemanningsgjennomgang, spesielt av hjemmetjenesten, og med spesielt fokus på om bemanningssituasjonen kan bedres ved eventuelt andre måter å organisere tjenestene på. Arbeidsprosesser bør også gjennomgås med henblikk på å redusere "plunder og heft" og friggi mer tid til brukerne og ulike turnusmodeller bør vurderes. Vi anbefaler også at man ser på muligheten for ressursutnyttelse på tvers av virksomhets- og tjenesteområdene.**

#### ■ Samarbeid

Generelt synes det å være gode samarbeidsforhold i kommunen, både mellom enkeltpersoner, enheter og tjenesteområder. Allikevel kan det være grunnlag for å se nærmere på "Bestiller- utfører modellen" og om den fungerer i henhold til intensjonene, som både er å sikre likeverdig tilbud, brukernes rettighet og at kommunen yter nødvendig helsehjelp.

**Vi anbefaler at det gjøres en grundig evaluering av "Bestiller- utfører modellen" med fokus på om den fungerer etter intensjonene og eventuelt om det kan være andre modeller som er mer formålstjenlig for kommunen.**

#### ■ Kompetanse

Behovet for kompetanseutvikling synes å være stort for alle grupper av ansatte. Vi har imidlertid inntrykk av at det jobbes ulikt med dette i virksomhetene og at det kan være behov for økt fokus på dette fremover. Kompetanseutvikling er ett av fokusområdene i handlingsprogrammet, men en helhetlig plan for kompetanseutvikling er så langt vi kan se ikke utarbeidet

**Vi anbefaler at det utarbeides en helhetlig plan for kompetanseutvikling for alle virksomhetsområder i Helse og omsorg.**



## Kontakt oss

### **Linn Rålien Westersø**

#### **Senior Manager**

**T** +47 40 63 95 97

**E** linn.westerso@kpmg.no

### **Bente Brandvik**

#### **Senior Manager**

**T** +47 40 63 95 79

**E** bente.brandvik@kpmg.no

### **Silje Westgaard**

#### **Associate**

**T** +47 40 63 64 85

**E** silje.westgaard@kpmg.no

**kpmg.no**

© 2013 KPMG AS, a Norwegian member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavour to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after a thorough examination of the particular situation.

The KPMG name, logo and "cutting through complexity" are registered trademarks or trademarks of KPMG International Cooperative ("KPMG International").

