Drift kan stå i vegen for kvalitetsstyring



Ukom



FUNKSJONSFALL HOS ELDRE SOM FÅR HEIMETENESTER

Drift kan stå i vegen for kvalitetsstyring

Publisert 22. november 2024
ISBN 978-82-8465-038-8

«Eg må prioritere vekk kvaliteten, drifta kjem først.»

LEIAR

Leiarane for tenestetilbodet var i det daglege prega av at dei blei målte på andre ting enn kvaliteten i tenestene. I intervju fortel leiarane at dei må prioritere administrative og økonomiske driftsoppgåver framfor den faglege leiinga av avdelingane eller seksjonane.

«Det er for mange driftsoppgåver utan tid til fagleg leiing.»

LEIAR

Ein studie viser at det er behov for at tenestene er proaktive og har moglegheit til å fange opp nye behov. Studien anbefaler å utvikle rutinar med systematiske, faglege vurderingar som inkluderer at dei tilsette har rom for felles refleksjon og samhandling (86). Dette vil vere eit leiaransvar å etterleve. Leiarar i den kommunale helse- og omsorgstenesta har komplekse og samansette oppgåver. Dei har ansvar både for administrative oppgåver og det faglege leiarskapet av tenestetilbodet (87). Vår undersøking viser at det var to årsaker til at det blei mangelfull fagleg leiing i den undersøkte kommunen:

1. Leiarane hadde ansvar for mange tilsette slik at dei ikkje hadde tid til å jobbe med kvaliteten på tenestene.
2. Leiarane blei vurdert på i kva grad dei styrte i tråd med økonomiske driftsresultat. Dei blei stort sett målt på dette og sjukefråvær, og det var i hovudsak dette politikarane og dei overordna leiarane i kommuneadministrasjonen fekk fortløpande informasjon om.

Eit stort leiarspenn er realiteten for mange leiarar i norske kommunar. I heimebaserte tenester er medianen for tal på tilsette per leiar 59 personar. Stort leiarspenn gjer at talet på oppgåver knytt til administrative og formelle krav blir høgt (28). Desse oppgåvene kan ta merksemda bort frå den faglege leiinga som desse leiarane også skal utøve: personalleiing, arbeid med å sikre kvaliteten på tenestene og forbetring av tenestene (88).

I intervju med politikarar og administrative leiarar i kommunen Bjørg budde i, kjem det fram forventningar om at tenestetilbodet til heimebuande eldre skal vere forsvarleg, ha god kvalitet og ta omsyn til pasientane sine behov.

«[Heimetenesta] må ha fagleg høg kvalitet på det dei gjer, ha evne til å sjå kva behov som er der, og sjå endringar i behov (…) slik at dei kan gripe fatt i ting dei må gripe tak i.»

POLITIKAR

«[Tenestetilbodet] må vere tilpassa det som innbyggjarane treng, og ikkje motsett.»

LEIAR

Forskrifta om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta stiller klare krav til korleis kommunane skal styre tenestetilboda (88). Forskrifta presiserer at «den som har det overordna ansvaret for verksemda» må sørge for at slik systematisk styring er på plass. I tillegg er den tydeleg på at styringa av tenestene må ta omsyn til kvalitet. I rettleiaren til forskrifta, står det at «tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt» (64).



Illustrasjon Shutterstock.

Vi finn i vår undersøking at det i svært avgrensa grad gjekk informasjon om kvalitet opp til øvste leiinga i kommunen. Vidare finn vi at politikarane hadde liten moglegheit til å følge med på om den systematiske styringen fungerte. Vårt inntrykk er at det er vanskeleg for leiarar å styrke kvaliteten medan tenestene og kommunen elles var pressa på økonomi. Det kan vere krevjande å operasjonalisere faglege krav i gode indikatorar (89,90). Kvaliteten i den omsorga som blir gitt, er vanskelegare å rapportere på, enn kvantifiserbare driftsfaktorar.

Det var lite rom for å utøve fagleg leiing

I perioden då Bjørg fekk heimetenester, hadde leiarane i kommunen ein arbeidssituasjon der dei ikkje nådde å jobbe med kvaliteten på tenestetilbodet. Det var stort leiarspenn, det var mange vikarar, lite tid til å handtere avvik og lite systematisk arbeid for å heve kompetanse blant dei tilsette. Dette var medverkande til at tenestetilbodet til Bjørg blei mangelfullt.

Stort leiarspenn ga leiarane lite rom for fagleg leiing

Leiarane for heimetenestene i kommunen hadde ansvar for om lag 40 faste tilsette kvar. Dei fast tilsette var ikkje tilstrekkeleg til å dekke bemanningsbehovet, og det var derfor i tillegg eit stort antal vikarar. Leiarane anslo at dei samla hadde mellom 108 og 120 personar som deltok i vaktlistene.

«Leiarspennet var for stort til å følge opp det som treng konkret oppfølging.»

LEIAR

Det store leiarspennet påverka leiarane direkte. Dei fortel om ein travel kvardag med for mange administrasjonsoppgåver og for lite tid til leiing. På grunn av det store talet vikarar, brukte leiarane vanlegvis ein til to timar dagleg på å ringe desse for å få dekt vaktlistene. Fleire leiarar opplevde helseproblem og sjukemeldingar på grunn av stresset, og peikte på at leiinga på nivået over dei

ikkje tok tilstrekkeleg omsyn til dette. Fleire leiarar peika også på at dei hadde mista merkantile støttefunksjonar som gjorde at dei måtte gjere fleire oppgåver i denne kommunen enn det som hadde vore tilfelle i jobbar dei hadde hatt tidlegare.

Det store leiarspennet blei erkjent av leiarar på alle nivå. Ein leiar i kommuneadministrasjonen fortel at det er avgjerande å få gjort noko med utfordringa med leiarspenn for å betre tenestetilbodet. Ein annan leiar seier at leiarspennet fører til mangel på nærverande leiing.

«Ein kan ikkje forvente at leiarane av tenesta får til noko med så høgt leiarspenn.»

ADMINISTRATIV LEIAR

Talet på tilsette per leiar påverkar om leiarane kan utøve rolla og utføre oppgåvene. Ein rapport frå NORCE, utført på oppdrag av KS, viser at leiarspennet kan avgrense eller opne moglegheiter for leiaroppgåvene (91). NORCE fann at stort leiarspenn kan gjere oppgåver meir krevjande og auke volumet av leiaroppgåver. Dette gjeld for eksempel administrativt arbeid som ikkje kan prioriterast vekk, som å følge opp fråvær og sørgje for vikarar. Stort leiarspenn kan også føre til at mindre målbare oppgåver blir prioriterte bort. Dette kan for eksempel gjelde oppgåver knytt til arbeidsmiljøet og fagleg leiarskap og utvikling (64).

Det er ulike tal for kva som kan vere rett leiarspenn. Ifølge Helsedirektoratet er eit spenn på rundt 20 tilsette per leiar eit fornuftig nivå (64). I kommunane som NORCE-rapporten undersøkte, var det i heimetenestene eit median leiingsspenn på 59 tilsette per leiar (91). I Meld. St. 24 (2022-2023) Fellesskap og meistring slår regjeringa fast at spennet i helse- og omsorgstenestene er for høgt. Her blir det også peikt på at utfordringa med stort leiarspenn blir enda meir utfordra av at tilsette sjeldan er på jobb samtidig, noko som gjer det vanskeleg å leie (1).

Kommunen har seinare delt opp seksjonane for å få mindre leiarspenn. På den måten kan leiarane få betre oversikt og kunne styrke fagleg leiing.

Grunnbemanninga var låg

Vikarar utgjorde ein stor del av dei tilsette, og fleire av leiarane påpeika at kommunen hadde lågare grunnbemanning enn samanliknbare kommunar eller kommunar dei tidlegare hadde jobba i. Ifølge ein leiar dekte grunnbemanninga berre halvparten av personellbehovet i helgene. I tillegg til at leiarane måtte bruke tida på å dekke vakter, fekk dei då mange tilsette som dei skal følge opp. Då kan det vere vanskelegare å få rett person på rett plass.

«Det er ein risiko for at sårbare pasientar ikkje får god nok oppfølging når det er så mange ekstravakter.»

LEIAR

Fleire av pleiarane vi intervjua, var også uroa for kompetansenivået blant dei tilsette, særleg blant vikarane. Ein pleiar påpeika at enkelte ikkje kunne måle blodtrykk eller skilje mellom respirasjonsfrekvens og puls.

Kvaliteten på tenestene kan bli påvirka av utstrekt bruk av vikarar (92). Vikarbruk treng i seg sjølv

ikkje vere ein trussel for pasientsikkerheita, men vi såg at det blei lite kontinuitet, og leiarane hadde liten moglegheit til å sikre at pasientane møtte tilsette med tilstrekkeleg fagkompetanse.

I andre sektorar bruker ein omgrepet bemanningsstabilitet (93). Bemanning og pasientsikkerheit heng saman, og bemanningsstabiliteten er med på å trygge tenestene. Det handlar ikkje berre om kor mange som er på jobb, men også kva kvalifikasjonar dei har og korleis dei kjenner rutinar, prosedyrar og liknande på den aktuelle arbeidsplassen. Nokre har tatt til orde for bemanningsnormer i den kommunale helse- og omsorgstenesta (94). Slike normer kan sikre meir likskap og medverke til at helsetenestene ikkje blir ein salderingspost når kommunen må prioritere at andre sektorar skal leve opp til tydelege lovkrav og normer. Andre har sagt at bemanningsnormer ikkje er hensiktsmessig fordi at når verksemdene ikkje oppfyller krava, så må dei då søke om unntak.

Vikarbruk er ei kjent utfordring for tidsbruk, planlegging og prioritering. Kommunar som har rekrutteringsvanskar kan bruke ein vesentleg del av tida og budsjettet på vikarbruk (95).

Lite organisatorisk kontinuitet og kompetansestyring

Situasjonen kravde at leiarane hadde stor merksemd på å få nok folk på jobb, og leiarane hadde lite tid til å drive med kvalitets- og utviklingsarbeid.

Både leiarane og pleiarane påpeiker at det var for lite merksemd på at pasientane skulle få besøk av pleiarar med rett kompetanse. Arbeidet med å sette opp besøkslistene blei gjort av pleiarar som fekk dette ansvaret over ein periode. Andre omsyn enn faglege vurderingar, som til dømes kontinuitet eller kompetanse, avgjorde ofte kven som besøkte den enkelte pasienten. Faktorar som kven som hadde førarkort eller andre, meir personlege omsyn var dei viktigaste når besøkslistene blei sett opp. Det er mange omsyn å ta når besøkslister blir sette opp.

Kontinuitet i pasientbehandlinga - det at pasienten møter faste pleiarar - kan sikre god kvalitet på helsehjelpa. Det er også viktig å ta omsyn til kva pleiarar som har god kontakt med pasientane, og tillit hos pasienten og dei pårørande.

For å sikre at pasientane får rett helsehjelp til rett tid og av rett person, treng leiinga rammer som legg til rette for at helsehjelpa kan planleggast og koordinerast. Organisatorisk kontinuitet er nødvendig for å oppnå personkontinuitet og informasjonskontinuitet (73).

Det store leiarspennet i kommunen førte til at leiarane fekk lite tid til å jobbe med kvalitets- og utviklingsarbeid. Dette var godt kjent blant leiarar på fleire nivå i kommunen. Ein leiar vi intervjua understrekte at forbetringsarbeidet i praksis var fråverande. Ein annan uttrykkte at mange leiarar i kommunen mangla forståing for at alle har to jobbar: den jobben dei gjer og det å stadig forbetre den. Fleire av leiarane vi intervjua, var fagpersonar som hadde eit ønske om å jobbe med kvaliteten i tenesta. Dette var også ein viktig motivasjon for at dei hadde blitt leiarar. Leiarane som vi intervjua kjenner til Forskrifta om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenestene, men det var få av dei som kunne vise til kva denne konkret betyr for tenestene og organiseringa.

«Sjølv om det er uttalt låg terskel for å ha merksemd på forbetringsarbeid, strekk ikkje tida til, og det blir ei salderingspost.»

LEIAR

Fleire leiarar var positive til at tilsette melde avvik og understreka at avvikshandtering er eit viktig utgangspunkt for å forbetre tenestetilbodet og identifisere risikoområde for pasientsikkerheit. Dei var opptatt av at dei ikkje rakk å handtere avvik på ein god måte. Ein nytilsett leiar opplyste at det låg over 400 ubehandla avviksmeldingar igjen frå førre leiar. Fleire av pleiarane vi intervjua var usikre på korleis avviksmeldingane dei sende inn blei følgde opp, og meiner at dei ikkje førte til noko konkret. Nokre pleiarar sa at dei hadde resignert når det gjeld avvikssystemet, og såg liten nytte i å melde avvik. I verksemda blei det ikkje jobba systematisk med kvalitetsforbetring og pasientsikkerheit, og det var lite systematikk når det gjeld kompetanseheving. Leiarane opplevde at dei ikkje hadde rom for å prioritere kvalitetsarbeid.

«Vi har avvik langt tilbake i tid, fordi dei har blitt neglisjerte. Dei eldste er frå 2019.»

LEIAR

«Vi fungerte som vaktmeistrar og hadde ikkje tid til avviks- og kvalitetsarbeid.»

LEIAR

Enkelte som hadde arbeidd lenge i tenestene fortalde at det innimellom kunne vere merksemd på noko kompetanseheving, kursing eller prosjekt. Men så når dette var gjennomført, tok travelheita dei, og engasjementet forsvann (96).

Mangelfullt system for kollegial støtte og refleksjonsarbeid

Fleire fortel at dei har behov for fagleg påfyll. Nokre pleiarar fortel at lunsjpausane ofte blir brukt til å dele informasjon, inkludert samtaler og munnleg rapport. I tillegg har dei såkalla «midt på dagen-møte» nokre faste dagar. Då melder dei inn saker. Men dei som jobbar hovudsakleg på kveld eller helg får ofte ikkje ta del i denne informasjonsutvekslinga eller drøftinga.

Dei tilsette bruker ikkje systematisk refleksjonsmøte som for eksempel etisk refleksjon (97). Etisk refleksjon kan vere ein viktig arena for fagleg modning. Mange kommunar manglar organisert etikkstøtte (65). Slik fagleg og etisk refleksjonsarbeid er det meir av i spesialisthelsetenesta. Det er for eksempel forskriftsfesta at spesialisthelsetenesta skal ha klinisk etikkomité (KEK) (98). Dette er eit rettleiande organ som skal hjelpe i drøfting av etiske dilemma i vanskelege pasientsaker. KEK er i tillegg til å vere ei støtte og ein ressurs, ein arena som kan auke kompetansen til medarbeidarane og vere eit verktøy for styrking av pasient- og brukarmedverknad (99). Denne ordninga er ikkje lovpålagd i kommunane, men Senter for medisinsk etikk ved Universitet i Oslo har fått i oppgåve å medverke til å bygge opp etikk-kompetanse i kommunehelsetenesta (100).

Etter at verksemdene har tatt i bruk elektroniske pasientjournalar har fleire kutta ned på den munnlege rapporten. Rapportane har vore ein arena der tilsette kan oppdatere og vidareformidle informasjon om tilstanden til pasientane. I tillegg kan slike fora medverke til drøfting og fagleg utvikling. Når desse munnlege rapportane blir reduserte, kan det ha konsekvensar både for den enkelte tilsette og for pasientsikkerheita. Det er behov for å utveksle kunnskap og diskutere faglege dilemma på strukturerte måtar (101).

Ei løysing kan vere å etablere obligatoriske faglege refleksjonsarenaer kor ein sikrar, i turnus og årshjul, at alle tilsette får delta. Verksemda kan også definere denne typen arbeid i styringsmåla og følge dette regelmessig opp som ein kvalitetsindikator.

Styringssignal og faglege råd sildrar ikkje alltid ned

Informantar som vi intervjua og fagmiljø vi har hatt dialog med peiker på at lovpålagde plikter, rettar og normerande produkt i dei ulike sektorane kan legge for sterke føringar for korleis kommunar innrettar tenestene og for ressursbruken. Dei er bekymra for at det kan ha uheldig verknad for prioriteringane. Nasjonale føringar på eit område kan på gi uheldige konsekvensar for andre tenester og pasientar. Normeringar innanfor ein sektor, for eksempel i oppvekstsektoren, kan ha konsekvensar for andre sektorar i kommunen som ikkje har normering, for eksempel eldreomsorga. Kommunane opplever at detaljstyring gir eit avgrensa handlingsrom som kan gå ut over det kommunale sjølvstyret.

Vi finn i den undersøkte kommunen at det ikkje er tydeleg kven som skal følge opp nye styringssignal og faglege råd frå ulike aktørar, som for eksempel kommunestyret, Helsedirektoratet, Riksrevisjonen eller Stortinget.

«Leiinga har lite merksemd på å systematisk følge opp planar og styringssignal, det blir nesten opp til den enkelte.»

LEIAR

Dette har vi i undersøkinga også høyrt kan gjelde for andre kommunar. Tilsette og leiarar var for eksempel ikkje godt kjende med innhaldet i Nasjonal faglig retningslinje for demens, kommunale avgjerder, relevant regelverk til dømes om samtykkekompetanse eller pårørandereттleiaren. Styringssignal og faglege føringar blir ofte delegert nedover i leiarkjeda. Gjennomføringsansvaret blir lagt så langt ut i organisasjonen at det blir vanskeleg å følge med på om føringane blir implementerte. Det var ikkje etablert ei ordning som viste om nye føringar førte til endringar.



Illustrasjon Shutterstock.

Over tid har det vore eit arbeid for å auke kunnskapen om ulike tiltak i eldreomsorga, med utarbeiding av nasjonale planar, rettleiingar og retningslinjer for å omsette ny kunnskap i praksis, i tråd med gjeldande lovverk. Mange kommunar har også laga eigne planar, ofte basert på desse

nasjonale føringane. I den undersøkte kommunen er det til dømes eit politisk vedtak om at alle skal ha ein primærkontakt. Kravet om dette var også innført i den undersøkte verksemda, men etter kvart hadde vedtaket fått mindre merksemd. Bjørg hadde ikkje primærkontakt. I intervju fortel nokre av dei tilsette at dei kjenner til dette kravet.

Fleire peiker på at konstant vekst i styringssignal, til dømes politiske vedtak og faglege råd, kan føre til at mottakarane i praksis blir overlessa og ute av stand til å implementere eller følge opp dei nye signala. Enkelte nye planar og verktøy kan krevje ressursar å etterleve, men det blir ikkje alltid konkretisert og følgd opp med kva det vil koste for kommunen og korleis dei tilsette skal ta fatt i nødvendige omstillingar. Dette reduserer effekten av styringssignala (102,103). Problemstillinga er altså todelt. I tillegg til at ein må plassere eit tydeleg ansvar for oppfølginga av slike styringssignal, og evaluere korleis oppfølginga har vore, er det også viktig å vurdere omfanget av styringssignal, for å sikre at talet på dei ikkje overstig det som tenestene er i stand til å implementere eller følge opp.

God styringsinformasjon er viktig for kvalitet i tenestetilbodet

I den undersøkte kommunen blir leiinga vurdert på i kva grad dei styrer i tråd med økonomiske driftsresultat. Dei blir i hovudsak målt på dette og på sjukefråvær. Politikarar og administrative leiarar i kommunen der Bjørg budde forventar at tenestetilbodet til heimebuande eldre skal vere forsvarleg, ha god kvalitet og ta omsyn til pasientane sine behov. I intervju fortel dei at dei har lite konkret kunnskap om korleis arbeidspresset til tider kan gå ut over kvalitet i tenestene.

Både politikarar og administrative leiarar fortel at det manglar konkrete indikatorar for å måle kvaliteten på tenestetilbodet til heimebuande eldre. Fleire fortel at informasjonen dei får om kvaliteten blir formidla gjennom enkeltsaker som sporadisk blir løfta til politisk nivå av administrasjonen. Ei anna kjelde kan vere erfaringar dei sjølve har fått frå familie, vener eller andre innbyggjarar i kommunen. Ein politikar fortel oss for eksempel at vener og kjenningar kan fortelje korleis det står til.

Ein folkevald fortel om ei viss kjensle av at alt ikkje blir sagt, og andre folkevalde fortel at dei ikkje blir involverte med mindre administrasjonen kjenner eit behov for det.

Leiarar på politisk og administrativt nivå i kommunen manglar konkret styringsinformasjon som kunne gitt dei betre kunnskap om kvaliteten på tenestene.

«Vi får informasjon om økonomi og sjukefråvær – det er stort sett det det går på. Og søking til sjukeheim.»

POLITIKAR

Styringsinformasjonen som dei overordna leiarane baserer seg på, må generelt sett vere relevant, balansert og god nok, for at dei skal kunne ta velinformerte avgjerder (104). For dei som har ansvar for kommunale tenestetilbod, må styringsinformasjon altså seie noko om graden av etterleving av lov- og forskriftskrav. Dette er nødvendig både for å styre og kontrollere dei eksisterande tenestetilboda, samt for å kunne planlegge forbetringar og vidareutvikling av tenestetilbodet.

I ein revisjon av eldreomsorga i 2018 slo Riksrevisjonen fast at det manglar nødvendig kunnskap om kvaliteten i eldreomsorga (29). Ei viktig årsak til dette er at det manglar gode kvalitetsindikatorar som kan vise kvaliteten i heimetenesta. Kommunane er derfor i ein vanskeleg situasjon, der dei er pålagde å levere gode og trygge tenester til innbyggjarane, samtidig som det er krevjande å vite kva dei skal styre etter for å oppnå dette. Konsekvensen av mangelfull styringsinformasjon, er at indikatorar eller nøkkeltal som beskriv eit anna forhold, kan få uforholdsmessig stor betydning i styringa av tenestetilbodet (104). Dette kan føre til at leiarar på fleire nivå i kommunen ikkje legg vekt på dei forholda som faktisk kan føre dei nærmare målet om gode og trygge tenester til innbyggjarane.

Den undersøkte kommunen arbeider med å utvikle styringsdata, og konkrete tiltak var sett i gang. Samstundes erkjenner ein av leiarane at dei skulle vore flinkare til å bli kjent med område som treng styrking.

Kva er forsvarlege tenester?

Fleire politikarar og leiarar synest det er utfordrande å konkretisere kva forsvarlege tenester inneber. Fleire omtaler «forsvarlege tenester» som eit minimumsnivå for kvaliteten tenestene må ha. Vi finn at det er uklart for informantane korleis forsvarlege tenester eigentleg skal forståast. Dette kan påverke både styringa og kontrollen av tenestetilbodet, og kva styringsinformasjon som blir etterspurd.

«Korleis kan vi måle om tenestene er forsvarlege med den lovteksten vi har no?»

POLITIKAR

«Vi skal levere forsvarlege tenester. Men kva betyr det? Det er vanskeleg å forhalde seg til omgrepet.»

ADMINISTRATIV LEIAR

Kommunane skal sørge for at personar som oppheld seg i kommunen får nødvendige helse- og omsorgstenester og desse skal vere forsvarlege (19). I kravet til forsvarlege tenester ligg også at pasientane skal ha omsorgsfull hjelp. Kravet til forsvalegheit er ein rettsleg standard. Dette inneber at innhaldet kan variere over tid, i tråd med fagleg utvikling, rådande verdiar og liknande. Kravet inneber at kvaliteten på tenesta skal vere på eit visst nivå (88). Det følger også av lovverket at verksemda skal arbeide systematisk med kvalitetsforbetring og pasientsikkerheit (64). Det er ikkje opp til den enkelte kommune å avgjere. I vår undersøking finn vi at kommunane har vanskar med å operasjonalisere dette i gode og målbare indikatorar.

Kvalitetsmål og kvalitetsindikatorar er ei mangelvare

Vi finn i vår undersøking at det var gitt politiske føringar for kvalitet, men det var ingen konkrete mål som regelmessig blei følgde opp. Kommunen rapporterte tal i IPLOS-registeret, og viste i årlege rapportar kor mange av pasientane som det siste året var vurderte for risiko for underernæring.

For å få relevant og god nok styringsinformasjon må også målet med styringa eller kontrollen vere tydeleg. I den undersøkte kommunen, og i andre kommunar, er det i liten grad definert indikatorar

som kan seie noko generelt eller spesifikt om kvalitet på tenestene. Det finst nasjonale indikatorar, men dei fleste indikatorane for kommunale helse- og omsorgstenester er prosessindikatorar som seier noko om dekningsgrader og ventetider (105). I seg sjølv seier dette lite om kvalitet, og for å fange opp kvalitet på tenestene og utfall for den enkelte pasient kan slike indikatorar supplerast med brukarundersøkingar.

Det er lite kunnskap om kvaliteten på helse- og omsorgstenester gitt heime hos pasientar (106). Både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI) har arbeidd med kommunale tenestedata. Kommunalt pasient- og brukarregister (KPR) består av innrapporterte data om tenester (107). I tillegg til planlegging og styring kan denne informasjonen medverke til kvalitetsarbeid. Det er også planlagd ein pilot for Nasjonale kvalitetsindikatorar for kommunar (107). Enkelte kommunar har utvikla eigne indikatorar, eigne system for å følge med på aktivitetstal, og nokre kommunar følger også systematisk med på korleis avvik blir melde og handterte. Det kan vere ei kjelde til informasjon om kvalitetsarbeid i kommunane.

Det er mogleg å utvikle og bruke indikatorar for å følge med på kvalitet i tenestene. Det er mange faktorar som kan målast. Det kan vere leiarspenn, tid til fagleg oppdatering, tal på avviksmeldingar, kor lang tid det tar å handtere desse, bemanningsstabilitet, omfang av vikarbruk, i kva grad dei sikrar kontinuitet med faste pleiarar, og faktisk tid brukt til for eksempel fagleg refleksjonsarbeid.

Dette vil ikkje seie alt om kvalitet, men kan vere eit steg på vegen.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924