

Rapport

Kvalitetsindikatorer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Hva er kvalitet i Malvik Kommune?

Forfatter(e)

Kjartan Sarheim Anthun

Kirsti Sarheim Anthun

Monica Lillefjell



Rapport

Kvalitetsindikatorer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Hva er kvalitet i Malvik Kommune?

EMNEORD:
Kvalitet
Kommune
Pleie
Helse
Omsorg
Kvalitetsindikator

VERSJON
1.0

DATO
2019-08-30

FORFATTER(E)
Kjartan Sarheim Anthun
Kirsti Sarheim Anthun
Monica Lillefjell

OPPDRAKSGIVER(E)
Regionalt forskningsfond Midt-Norge

OPPDRAKSGIVERS REF.
284985

PROSJEKTNR
102017945

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
70+ vedlegg

SAMMENDRAG

Målet med dette prosjektet har vært å 1) å utvikle ny kunnskap og forsøke å finne relevante måleindikatorer som sier noe om kvalitet i den kommunale helsetjenesten, 2) å samle kunnskap om hvordan kvalitet og kvalitetsindikatorer forstås blant tjenesteytere, brukere og pårørende. Data fra fagsystemene i Malvik kommune er analysert og de er kontekstualisert ved hjelp av data fra KOSTRA og SSB. I tillegg har vi intervjuet brukere, pårørende, ansatte og ledere i Malvik kommune for å få innsikt i hvordan de forstår kvalitet og hvor de mener innsatsen bør gjøres for å skape best mulig kvalitet for brukeren.

Undersøkelsene fant flere faktorer som var viktige: tilgjengelig personal/tjenester, brukermedvirkning, omsorg, forståelig kommunikasjon, ernæringsoppfølging, kompetanse hos personalet, arbeidsmiljø, kontinuitet, geografisk inndeling, bistandsbehov, antall og varighet på tjenester. Enkelte av disse forhold dekkes av bruker- og pårørendeundersøkelsen, mens andre dekkes av de nasjonale kvalitetsindikatorene. Resten kan være mulig å konstruere fra fagsystemet, men det fordrer god datakvalitet og videre undersøkelser.



UTARBEIDET AV
Kjartan Sarheim Anthun, seniorforsker

SIGNATUR



KONTROLLERT AV
Jorid Kalseth, seniorforsker

SIGNATUR

GODKJENT AV
Marian Adnanes, forskningsleder

SIGNATUR



RAPPORTNR
2019:00866

ISBN
978-82-14-06403-2

GRADERING
Åpen

GRADERING DENNE SIDE
Åpen

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
0.5	2019-07-22	Utkast til gjennomlesing

1.0	2019-08-30	Endelig versjon
-----	------------	-----------------

Forord

Malvik kommune, SINTEF og NTNU gikk i juni 2018 i gang med samarbeidsprosjektet «Kvalitetsindikatorer i den kommunale helse og omsorgstjenesten». Dette var et såkalt kvalifiseringsprosjekt med støtte fra Regionalt Forskningsfond Midt-Norge (prosjektnummer 284985) der målet var å skape ny kunnskap om kvalitet og kvalitetsindikatorer i kommunal helse og omsorg. Utvikling av kvalitetsindikatorer har til hensikt å måle resultater av den innsatsen som gjøres i tjenestene og gjør det mulig å sammenligne på tvers av institusjoner og tjenester innad i kommunen, noe de nåværende nasjonale indikatorene ikke åpner for.

Denne rapporten bygger på analyser av data fra Malvik kommunes fagsystem per 29. november 2018, samt kvalitative data innsamlet fra intervjuer med ledere, ansatte, tjenestemottakere og deres pårørende i perioden oktober 2018 til februar 2019.

Kvalitetsindikatorprosjektet bygger på eksisterende prosesser og initiativ i Malvik kommune. Dette har sikret effektiv gjennomføring av prosjektet fordi det har nytt godt av den viljen og interessen som finnes på alle nivå i tjenesteprosessen, fra politisk og administrativ ledelse og helt ut i førstelinjen hos ansatte og tjenesteprodusenter. Det rettes en stor takk til alle som har bidratt til prosjektet.

Trondheim, august 2019.

Kjartan Sarheim Anthun

Kirsti Sarheim Anthun

Monica Lillefjell

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn	8
1.1	Kvalitet og kvalitetsindikatorer i helsetjenestene	9
1.2	Prosjektorganisering og metode.....	11
1.3	Om rapporten	12
2	Datagrunnlag og metode.....	13
2.1	Etikk.....	13
2.2	Den kvantitative analysen	13
2.2.1	Omsorgstrapp	13
2.2.2	Metode.....	14
2.3	Den kvalitative undersøkelsen	16
2.3.1	Metode og utvalg	16
2.3.2	Analyse av det kvalitative datamaterialet	17
3	Malvik kommune	20
4	Kvantitative resultater.....	23
4.1	Geografisk inndeling og demografi	23
4.2	Bistandsbehov	26
4.3	Tjenester: ventetid.....	29
4.4	Tjenester: antall og varighet.....	31
4.5	Kontakt med personell, kontinuitet.....	33
4.6	Kontakt med personell, kompetanse	35
4.7	Oppsummering av de kvantitative analysene.....	37
5	Resultater kvalitativ undersøkelse.....	39
5.1	Ansatte	39
5.1.1	Brukeropplevd kontinuitet.....	39
5.1.2	Kompetanse	44
5.1.3	Arbeidsmiljø	45
5.1.4	Omsorg	46
5.1.5	Hvordan det jobbes med kvalitet i tjenesten, og hvordan det <i>bør</i> jobbes for å sikre bedre kvalitet i tjenesten i Malvik kommune.....	47
5.2	Brukere/tjenestemottakere	49
5.2.1	Tilgjengelig personale og forutsigbarhet i det å få hjelp	50
5.2.2	Omsorg	50
5.2.3	Medvirkning	51
5.2.4	Språk jeg forstår	52
5.2.5	Kontinuitet	52

5.3	Pårørende	53
5.4	Hvordan omsette kategoriene til indikatorer på kvalitet i tjenesten?	56
6	Oppsummering, diskusjon og vurdering	60
6.1	Veien videre med analyser og nye data?	63
6.2	Tenke fremover (om innovasjon og nye måter å tenke på i kommunehelsetjenestene)	63
7	Litteratur	65
8	Vedlegg	68
8.1	Kvalitetsindikatorer nasjonale kvalitetsindikatorsystem	68
8.2	Tiltak uten kobling til IPLOS-tjeneste	68
8.3	Resultatkategorier kvalitative analyser	70

Figurer

Figur 1 Forholdet mellom Donabedians tre innganger til kvalitet (fra Hjelmar, Bhatti og Rostgaard m.fl. 2016).....	10
Figur 2 Faser og hovedaktiviteter i prosjektet.....	11
Figur 3 Aldersfordeling blant brukere innen hvert postnummer.....	24
Figur 4 Prosentvis fordeling av brukere innen hvert postnummer etter omsorgstrapp	25
Figur 5 Aldersfordeling blant brukere innen hvert nivå omsorgstrapp	25
Figur 6 IPLOS-skår	26
Figur 7 Fordeling (histogram) av kontinuitetsindeks for alle brukere.....	34

Tabeller

Tabell 1 Tjenester gruppert i omsorgstrapp.....	15
Tabell 2 Hovedtema, undertema, teoretisk kategori, kategori og eksempel på utsagn	19
Tabell 3 Befolkningstall, befolkningsutvikling, forventet levealder og dødelighet	20
Tabell 4 Andel av befolkningen i aldersgruppene 65-74, 75-79 og 80 år og eldre, 2018	21
Tabell 5 Kroner per innbygger for utvalgte KOSTRA-funksjoner, brutto driftsutgifter, 2017.....	22
Tabell 6 Utvalgte nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester	22
Tabell 7 Innbyggere og brukere per postnummer	24
Tabell 8 Andel av brukere med registrering av bistandsbehov/funksjonsnivå. etter omsorgstrapp	27
Tabell 9 Gjennomsnitt og median antall dager siden sist oppdatering av bistandsbehov/funksjonsnivå etter omsorgstrapp	27
Tabell 10 Andel av brukere med registrering av bistandsbehov/funksjonsnivå, etter postnummer	28
Tabell 11 Gjennomsnitt og median antall dager siden sist oppdatering av bistandsbehov/funksjonsnivå, etter postnummer	28
Tabell 12 Gjennomsnittlig bistandsbehov, etter omsorgstrapp	29
Tabell 13 Gjennomsnittlig bistandsbehov, etter postnummer	29
Tabell 14 Estimert ventetid (median og gjennomsnitt) på tiltak, per omsorgstrapp	30
Tabell 15 Estimert ventetid (median og gjennomsnitt) på tiltak, per postnummer	31
Tabell 16 Estimert ventetid (median og gjennomsnitt) på siste tiltak per bruker, etter omsorgstrapp..	31
Tabell 17 Estimert ventetid (median og gjennomsnitt) på siste tiltak per bruker, etter postnummer....	31
Tabell 18 Antall pågående/åpne tjenester, gjennomsnitt per bruker etter omsorgstrapp.....	32
Tabell 19 Antall pågående/åpne tjenester, gjennomsnitt per bruker etter postnummer	32
Tabell 20 År siden første tiltak som bruker, etter omsorgstrapp, og median	33
Tabell 21 År siden første tiltak som bruker, etter postnummer, og median	33
Tabell 22 Kontinuitetsindeks per omsorgstrapp, gjennomsnitt og median	34
Tabell 23 Kontinuitetsindeks per postnummer, gjennomsnitt og median	35
Tabell 24 Fordeling brukere etter utdanningskode til sist ansatt som møtte bruker.....	36
Tabell 25 Andel av ansatte med høgskoleutdanning, gruppert via siste ansatte en bruker var i kontakt med, per omsorgstrapp	36
Tabell 26 Andel av ansatte med høgskoleutdanning, gruppert via siste ansatte en bruker var i kontakt med, per omsorgstrapp	36

BILAG/VEDLEGG

Kvalitetsindikatorer nasjonale kvalitetsindikatorsystem
Tiltak uten kobling til IPLOS-tjeneste
Resultat kategorier kvalitativ analyse

1 Bakgrunn

Gjennom Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr. 47, 2008-2009) er kommunen satt til å løse flere og mer komplekse oppgaver. Den demografiske utviklingen med økende andel eldre i befolkningen, utviklingen innenfor medisin og teknologi, samt framskrivinger av behovet for helse- og omsorgstjenester i fremtiden, tilsier at kommunehelsetjenestens ansvar og oppgaver vil endres og utvides og at det vil settes økte krav til både kapasitet og kvalitet i tjenestene.

Regjeringen har også gjennom arbeidet med kvalitetsreformen (Helse- og Omsorgsdepartementet 2017) understreket behovet for å sette søkelys på kvalitet og kvalitetsforbedring i de kommunale tjenestene. Dette har resultert i at kravet om kvalitet har fått en sterkt økende oppmerksomhet i statlig styring og forvaltning de siste tretti årene (Granheim m.fl. 2000). Fordi kommunene utgjør den viktigste bærebjelken i velferdssamfunnet, er arbeidet med kvalitet i kommunene viktig for den enkelte innbygger og for den totale ressursbruken i offentlig sektor (ibid.).

Kvalitet i helsetjenesten kan forstås som iboende egenskaper ved tjenesten og hvordan disse tilfredsstillende visse krav og forventninger (Norsk Standard ISO 9000:2000). Kvalitet handler dermed om forholdet mellom hva som faktisk ytes og hva som kreves eller forventes. Det avgjørende her blir hvordan det prioriteres mellom ulike krav til tjenesten og hvordan det avgjøres at kravene er innfridd.

I de senere år har retten til å definere kvalitet endret seg (Rolland, 2004). Mens det tidligere ble lagt vekt på at tjenestene skulle være i overensstemmelse med krav og spesifikasjoner, legges det i dag større vekt på å tilfredsstillende brukeres forventninger og behov. Kvalitet blir dermed et komplekst fenomen, der mange, og i noen tilfeller motstridende, forhold kan påvirke og bidra til kvalitet i tjenestene. Det følger dessuten av definisjonen av kvalitet at kvalitet er noe som må skapes og gjenskapes hele tiden, og at arbeidet med å forbedre kvalitet krever kontinuerlig innsats fra alle deler og nivå i den kommunale organisasjonen.

Målet med dette prosjektet er å utvikle ny kunnskap og forsøke å finne relevante måleindikatorer som sier noe om kvalitet i den kommunale helsetjenesten. Et annet viktig mål er å samle kunnskap om hvordan kvalitet og kvalitetsindikatorer forstås blant tjenesteytere, brukere og pårørende. Måleindikatorene, og kunnskapen fra prosjektet, skal senere benyttes i et større prosjekt, som grunnlag for å utvikle, implementere og evaluere tiltak som skal forbedre tjenestene.

Å utvikle måleindikatorer handler om å finne frem til de elementene i tjenesten som kan uttrykke noe meningsfullt om kvaliteten på tjenesten. Indikatorene skal kunne fungere som gode måleverktøy i et lærings- og kvalitetsarbeid og gi tilbakemeldinger som er til å stole på. Det er også viktig for dette prosjektet at indikatorene skal aksepteres av både ledere, ansatte, brukere og pårørende.

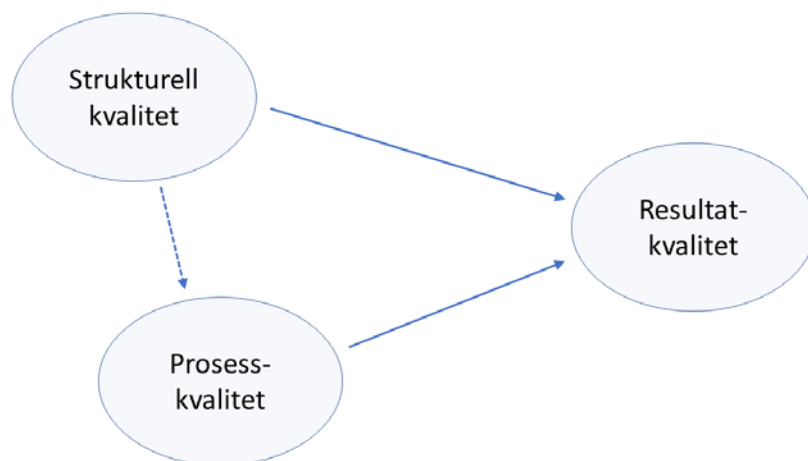
Det understrekes imidlertid at det å utvikle indikatorer er et møysommelig arbeid som må skje over flere steg. Denne rapporten beskriver de innledende stegene, der data fra fagsystemer og intervjuer med ledere, tjenesteytere og tjenestemottakere utgjør et grunnlag for å utforske mulighetene til å lage noen foreløpige indikatorer. Utvelgelsen av mulige indikatorer og en testing av disse vil måtte skje i etterkant av dette innledende prosjektet.

1.1 Kvalitet og kvalitetsindikatorer i helsetjenestene

Innen spesialisthelsetjenesten har kvalitetsindikatorer vært i bruk lenge. I 2003 ble et nasjonalt system for kvalitetsindikatorer innført for å understøtte tilbud som *Fritt sykehusvalg*, og kvalitetsindikatorer benyttes i finansieringen av spesialisthelsetjenestene. Fra og med 2012 ble *Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem* (NKI) etablert med et sett nasjonale kvalitetsindikatorer for hele Helsetjenesten, og ved inngangen av 2018 fikk de kommunale helse- og omsorgstjenestene sine egne kvalitetsindikatorer (se Helsedirektoratet.no).

Som nevnt er en kvalitetsindikator et kvantitativt mål eller målbart aspekt ved helse- og omsorgstjenestene som sier noe om kvaliteten ved disse tjenestene. De kan fungere som byggesteiner i kvalitetsmålinger gjennom å generere vurderingskriterier og standarder som kan hjelpe til å operasjonalisere kvalitetsmålinger (Campbell, Braspenning, Hutchinson og Marshall 2002: 358). Men en skal også være klar over at kvalitetsindikatorer ikke gir definitive svar, men indikerer potensielle gode eller manglende sider ved tjenesteproduksjonen, og må ses som midler i arbeidet med å forbedre kvaliteten og nå visse mål. Indikatorene bør derfor ikke forveksles med det de (bare delvis) beskriver eller måler. En indikator er ikke det samme som det indikatoren er ment å si noe om. Dette betyr at de konklusjonene en trekker om kvaliteten i tjenestene, basert på det kvalitetsindikatorerne viser, må ta med i beregningen forholdet mellom det som måles og indikatoren som er valgt for å måle det (Campbell et al 2002).

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet vi har i Norge tar utgangspunkt i Avedis Donabedians (1966) forståelse av kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Her beskrives kvalitet langs tre dimensjoner: struktur, prosess og resultat. *Strukturell kvalitet* omfatter forutsetningene for å utøve pleie og omsorg (for eksempel bygninger, utstyr, personellsammensetning, antallet ansatte pr beboer ved en pleieinstitusjon). *Prosesskvalitet* handler om elementer eller prosedyrer i den konkrete pleie og omsorg (for eksempel behandling, rehabilitering, muligheter til medvirkning, kommunikasjon og informasjon, oppfølging av personlige handlingsplaner). *Resultatkvalitet* refererer til resultatene av pleien (for eksempel fallskader, forekomst av liggesår, levetid, omfanget av ulykker). Videre kan de tre dimensjonene av kvalitet ses som delvis kausalt forbundet, slik at strukturelle rammer som ressurser, personal og bygninger indirekte skaper rammer for prosesskvalitet (omsorg, pleie, involvering), som igjen skaper rammen for resultatkvalitet (for eksempel færre dødsfall, høyere funksjonsnivå, større livsglede osv.). Forholdet mellom de tre dimensjonene kan avbildes slik som vist i Figur 1 på neste side.



Figur 1 Forholdet mellom Donabedians tre innganger til kvalitet (fra Hjelmar, Bhatti og Rostgaard m.fl. 2016)

NKIs indikatorer er i stor grad prosess- og struktur mål, og dette henger sammen med at det har vist seg vanskelig å definere klare resultatmål for den kommunale helsetjenesten. Videre er det også slik at indikatorene ikke måler brukeropplevd kvalitet for de kommunale tjenestene, til tross for at brukeropplevd kvalitet er et uttalt, tydelig mål fra myndighetenes side. Også Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016), viser til at kommunen plikter å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende i sitt kvalitetsarbeid. Det har derfor vært et viktig del-mål i dette prosjektet å hente inn brukeres og pårørendes synspunkter om kvalitet i helse- og omsorgstjenestene i Malvik kommune, og se om det kan utvikles indikatorer på bakgrunn av dette.

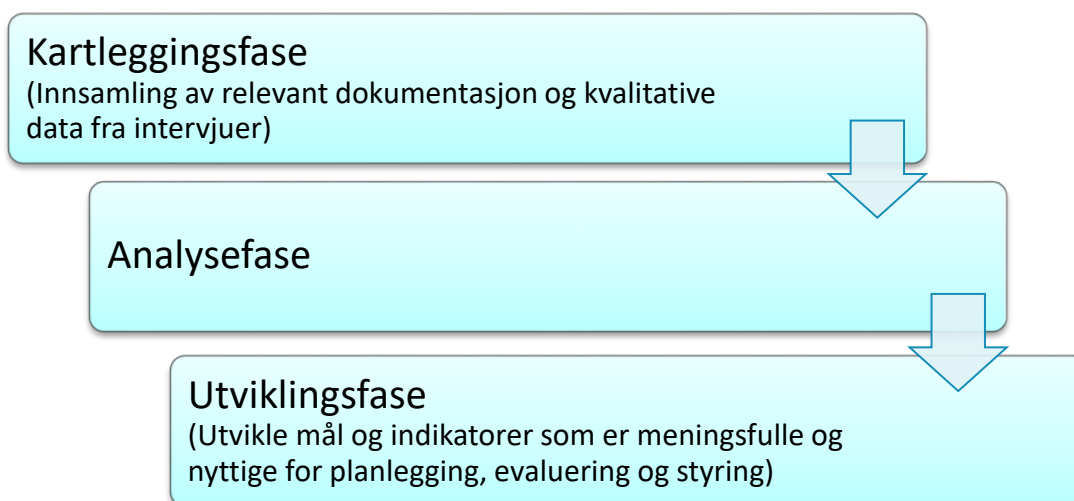
Hvorfor utvikle alternative kvalitetsindikatorer når det allerede finnes nasjonale kvalitetsindikatorer? I en systematisk kunnskapsoversikt fra Kunnskapssenteret (Rygh & Saunes 2008) understrekes det at utvikling og validering av kvalitetsindikatorer må skje i den kontekst de skal benyttes og involvere de som skal bruke dem. I litteraturen pekes det også på at for å forstå effektene av kvalitetsutbedrende tiltak, er det viktig å forstå de kontekstspesifikke faktorene som er benyttet for å utvikle både indikatorer og eventuelle tiltak som bygger på disse (Campbell et al 2002:363). Med andre ord, lokal kontekst er av betydning for både mål på, måling av og utbedring av kvalitet i helsetjenesten. Gode kvalitetsindikatorer skal være gyldige, pålitelige og anvendbare (Rygh & Saunes 2008). Det finnes ingen allmenngyldige svar på hvilke indikatorer som er relevante for hva, det er derfor viktig at de enkelte kvalitetsindikatorer er relevante for den kontekst de beskriver, og at målgruppene, det vil si både mottakere og tilbydere av tjenestene, involveres i utviklingen av indikatorene.

Det kan være mange grunner til at det er hensiktsmessig å utvikle kontekst-sensitive kvalitetsindikatorer. Kvalitetsforskjeller kan skyldes ulik bruk av ressurser i de forskjellige institusjonene, eller ulik tilgang på ressurser (personell, kompetanse og utstyr). Forskjellige institusjoner kan også prioritere ulikt. Det som kan også være variasjoner i helsesituasjonen i befolkningen knyttet til alder og kjønnsfordeling. Forskjeller i det ytre miljøet kan også gi ulike utslag i helsen. Av den grunn skal en være oppmerksom på at de indikatorene som benyttes for å si noe om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten i kommunen, ikke nødvendigvis sier noe om kvalitet alene, men også noe om særegenheter i befolkningen og lokalmiljøene deres som har gitt seg utslag i ulike behov for tjenester. Arbeidet i dette prosjektet har

derfor også benyttet data fra fagsystemene og statistikk fra SSB til å se på forhold innad i kommunen som kan gi utslag på ulikheter når det gjelder behov for tjenestene.

1.2 Prosjektorganisering og metode

Prosjektet ble initiert av Malvik kommune og planlagt i samråd med forskere fra Sintef og NTNU. Prosjektet har bestått av tre hovedaktiviteter:



Figur 2 Faser og hovedaktiviteter i prosjektet

De tre hovedfasene i prosjektet har vært kartleggingsfase, analysefase og utviklingsfase. I kartleggingsfasen er det samlet data for å vurdere hva som kan si noe om kvalitet i tjenestene i Malvik kommune. Datagrunnlaget består av data fra fagsystemet Profil, SSB-data fra andre kommuner i området som det kan være hensiktsmessig å se Malvik kommune opp imot, samt data fra intervjuer med ledere, ansatte, brukere og pårørende i kommunen. I analysefasen er datamaterialet analysert med mål om å finne frem til aspekter som sier noe om kvalitet i tjenestene. I utviklingsfasen er dette arbeidet tatt et steg videre ved at konklusjonene fra dataanalysene fra fagsystemet og intervjuene forsøkes konstrueres om til mulige kvalitetsindikatorer. I denne fasen er konklusjonene fra de ulike datasettene også sett mer i sammenheng med hverandre. I alle fasene har forskningsgruppen jobbet tett med prosjektansvarlige i Malvik kommune. Den samlede prosjektgruppen har bestått av:

- Tone Østvang, Malvik kommune
- Randi Rasmussen, Malvik kommune
- Eli Trøan, Malvik kommune
- Kjartan Sarheim Anthun, SINTEF
- Monica Lillefjell, NTNU
- Kirsti Sarheim Anthun, NTNU

1.3 Om rapporten

Hovedformålet med prosjektet har vært å skape ny kunnskap om kvalitet og kvalitetsindikatorer i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Denne rapporten er en dokumentasjonsrapport av de analyser og vurderinger som er blitt gjort i prosjektet. Rapporten danner grunnlag for videre arbeid med kvalitet og kvalitetsindikatorer i kommunen. Den kan ses som første skritt på veien til å utvikle kvalitetsindikatorer som er meningsfulle og nyttige for å si noe om kvalitet på helse- og omsorgstjenestene innad i Malvik kommune.

Rapporten presenterer kvantitativ bakgrunnsdata og nye sammenstillinger i tillegg til resultater fra intervjuer i kommunene. Noen nye og noen gamle indikatorer presenteres, men rapporten inneholder ikke noen uttømmende forståelse av kvalitet og kvalitetsindikatorer for bruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Første del av rapporten beskriver datainnsamlingen som er utført (kapittel 2). Deretter presenteres kontekstuell bakgrunn om Malvik kommune ved å sammenligne kommunen med andre kommuner i Trondheimsområdet (kapittel 3). Så følger analyser fra den kvantitative studien (kapittel 4), og av det kvalitative datamaterialet (kapittel 5). Til slutt diskuteres de to delanalysene i sammenheng, resultatene oppsummeres og det pekes på mulige veier videre (kapittel 6).

2 Datagrunnlag og metode

2.1 Etikk

Dette prosjektet har samlet informasjon via lydopptak av brukere, pårørende og ansatte og data direkte fra fagsystemene til kommunen. Dette kan være sensitive helsedata, og følgelig er prosjektet innmeldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD har godkjent prosjektet og at behandlingen av data oppfyller kravene i personvernforordningen. Innsamling av intervjudata er basert på samtykke og dette følger personvernforordningen og personopplysningsloven.

2.2 Den kvantitative analysen

De kvantitative data i denne rapporten er hentet ut fra Malvik kommunes fagsystem *Profil*. IT-leder i kommunens IT-avdeling laget en kopi av databasen 29. november 2018. Denne databasen ble gjort tilgjengelig for rapportens forfattere som konverterte data fra databasesystemet MSSQL til statistikkprogrammet Stata for videre sammenstilling og analyser.

Fagsystemet inneholdt opplysninger om totalt 4 872 brukere. Dette inkluderer imidlertid alt og alle: faktiske brukere, testoppføringer, duplikater, døde brukere, brukere som ikke mottar tjenester, brukere bosatt andre steder osv. Fra disse brukerne er det filtrert på aktive brukere oppført med kommunenummer 1663 og postnummer enten 7550, 7560, 7562 eller 7563. Samlet gir disse filtreringene 974 brukere. Blant disse 974 brukerne velges kun de brukere som har ikke-avsluttede tjenester (tiltak). Av de 974 antatt aktive brukerne hadde 699 aktiv tjeneste (det vil si uavsluttet tjeneste) mens 275 hadde ikke registrert pågående tjeneste. Videre inkluderes kun brukere som har fått tjenester definert i IPLOS-registeret. Dette ekskluderer ytterligere 91 brukere (se neste seksjon for mer detaljer). Den kvantitative delen av rapporten baseres på data fra og om 608 brukere i Malvik.

2.2.1 Omsorgstrapp

Malvik kommune tilbyr mange tjenester, og ifølge kommunens nettsider¹ kan koordinerende enhet i kommunen gi bistand, råd og veiledning om følgende tjenester: støttekontakt, brukerstyrt personlig assistent, praktisk bistand i hjemmet, hjemmesykepleie, omsorgslønn, rehabilitering, dagtilbud, kommunal bolig, heldøgns omsorgsplasser, gjeldsrådgivning, husbankens virkemidler, gode pasientforløp, trygghetsalarm, matombringing til hjemmeboende, bosetting og oppfølging av flyktninger, psykisk helsetjeneste og rus, psykisk utviklingshemmede. Denne listen omfatter både helse- og velferdstjenester. I fagsystemet vil helse- og omsorgstjenestene blant disse bli registrert som ulike tiltak som brukerne kan motta.

Omsorgstrapp er et kjent begrep innen helse- og omsorg. Begrepet er knyttet til LEON-prinsippet: hver enkelt bruker/pasient bør behandles på det laveste nivået som effektivt kan behandle lidelsen. En omsorgstrapp er da en tiltakskjede hvor tjenester rangeres etter nivå (Helsedirektoratet 2016:39). Siden

¹ <https://www.malvik.kommune.no/>

det er mange tjenester i kommunen, og mange standardiserte IPLOS-tjenester, har vi konstruert en forenklet omsorgstrapp med fire trinn: 1) hjemmetjenester, 2) dagtilbud, 3) korttidsplass og 4) langtidsplass. Langtidsplass er i Malvik primært heldøgns bemannet omsorgsbolig. Tabell 1 nedenfor viser grupperingen av tjenester i de fire trappetrinnene, med IPLOS-tjenester og kommunale tiltak på hvert trinn. Hver bruker settes på det høyeste trinnet brukeren mottar tjenester på. Trappetrinnene er ikke gjensidig utelukkende siden brukere kan ha flere tjenester. En bruker med heldøgns omsorgsbolig, trygghetsalarm, matombringing og hjemmesykepleie vil bli klassifisert som langtidsplass selv om de fleste tjenestene vedkommende får er på trinnet for hjemmetjenester.

Utover tjenestene i tabell 1, kan brukere få andre tjenester som kan bidra til å forebygge behovet for IPLOS-tjenester og dermed forlenge den tiden hvor brukeren ikke er pleietrengende. Vi har derfor forsøkt å konstruere ett "trinn 0" med tjenester som inntreffer før helse og omsorgstjenestene (se kapittel 8.2 nedenfor på side 68 for liste over disse tjenestene). Dette var aktuelt for 91 brukere. Imidlertid viser det seg at de fleste brukerne som står som aktive i systemet enten mottar parkeringsbevis eller har tjenester fra kreftkoordinator. Sistnevnte er en tjeneste som kan ses på som helse og omsorgstjeneste, men det er for få i gruppen til å kunne behandle dette som et eget trappetrinn. Dermed ser denne rapporten ikke noe nærmere på et hypotetisk "trinn 0", men kun på de brukere som faktisk får helse- og omsorgstjenester.

I tillegg finnes noen IPLOS-tjenester som ikke er direkte koblet til tiltak i Malvik kommune, og følgelig er det ingen brukere gruppert i disse. Dette gjelder følgende fem tjenester 1) tidsbegrenset opphold – utredning/behandling, 2) planlagte tiltak, 3) skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner, 4) helsehjelp med tvang, og 5) varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS).

2.2.2 Metode

Resultatene i kapittel 4 er stort sett av deskriptiv art, som for eksempel krysstabeller som viser fordelingen av omsorgstrapp og det spesifikke fenomen som studeres.

For å undersøke om gjennomsnittsverdiene i de ulike gruppene er forskjellige, er det utført enveis analyse av varians (som regel kalt ANOVA). Denne testen beregner hvor stor sannsynlighet det er for at gruppene er forskjellige. Dette beregnes ved å kalkulere en F-test og signifikansnivået til denne. Dersom signifikansnivået er 1.0 betyr det at de ulike gruppene er helt identiske. Jo nærmere 0.0 signifikansnivået er, desto større er sannsynligheten for at vi kan si at det ikke bare er tilfeldig at det er forskjeller mellom gruppene. Ved signifikansnivå under 0.01 betyr det at det er mindre enn 1 prosents sannsynlighet at resultatet kun er tilfeldig.

Tabell 1 Tjenester gruppert i omsorgstrapp

Trapp	IPLOS-tjeneste	Malvik kommune: Tiltak
1 Hjemme- tjenester	Helsetjenester i hjemmet	Hjemmesykepleie Psykisk helsearbeid
	Re-/habilitering utenfor institusjon	Fysioterapi Hverdagsmestring Ergoterapi
	Praktisk bistand – daglige gjøremål	Abonnement klesvask Leie av diverse tøy Egenomsorg/personlig stell Praktisk bistand- egenbetaling Vaktmestertjeneste Husmorvikar Praktisk bistand-egenomsorg Praktisk bistand og opplæring – renhold
	Praktisk bistand – brukerstyrt personlig assistanse	Brukerstyrt personlig assistent
	Praktisk bistand – opplæring daglige gjøremål	Boligsosialt arbeid Praktisk bistand opplæring
	Støttekontakt	Støttekontakt
	Omsorgslønn	Omsorgslønn
	Matombringing	Abonnement alle måltider pr mnd Frokostlunsj/middag/kveldsmat pr dag Matombringing Middagsabonnement 7 dager i uken Middagsombringing
	Trygghetsalarm	Alarm Hommelvik bo- og servicesenter Trygghetsalarm Røykvarsler tilknyttet trygghetsalarm
2 Dag- tilbud	Dagaktivitetstilbud	Dagrehabilitering Hommelvik helsetun Dagtilbud Hommelvik Dagtilbud i hjemmet
	Avlastning utenfor institusjon	Avlastning i besøkshjem Avlastning timer
3 Korttid	Omsorgsbolig	Omsorgsbolig
	Annen bolig	Kommunal bolig
	Avlastning i institusjon	Avlastning Avlastning 2
	Tidsbegrenset opphold – habilitering/rehabilitering	Døgnopphold Betania <i>[tjeneste ikke i bruk]</i>
	Tidsbegrenset opphold – annet	Korttidsplass
	Dagopphold i institusjon	Dagplass institusjoner
	Kommunal øyeblikkelig hjelp	Kommunal øyeblikkelig hjelp (Øya Helsehus)
4 Lang- tid	Langtidsopphold i institusjon	Langtidsplass
	Nattopphold i institusjon	Nattopphold i institusjon
	Omsorgsbolig	Omsorgsbolig Stasjonsv 20 Omsorgsbolig Motrøvegen 4

2.3 Den kvalitative undersøkelsen

2.3.1 Metode og utvalg

Den kvalitative studien hadde til hensikt å hente inn de subjektive dimensjonene ved kvalitet gjennom å få innblikk i kvalitetsforståelse hos ledere, ansatte, brukere og pårørende i Malvik kommune, og ulike erfaringer knyttet til arbeide med kvalitetsforbedring (ledere og ansatte) og opplevelser av god og dårlig kvalitet (brukere og pårørende). Det ble gjennomført en kvalitativ beskrivende og fortolkende studie. Fokusgrupper ble valgt som hovedmetode for datainnsamlingen fordi fokusgrupper er egnet til å få tak i deltakererfaringer gjennom utdyping og diskusjon mellom deltakerne om et tema (Asbury 1995). Fire av brukerne ble intervjuet individuelt fordi dette egnet seg best for disse personene. Også kommunalsjef ble intervjuet individuelt.

En intervjuguide ble benyttet med spørsmål om hva kvalitet i helse- og omsorgsarbeidet er, hva som kjennetegner god kvalitet i helsetjenesten og hvilke konkrete erfaringer deltakerne har når det gjelder god og dårlig kvalitet. Ansatte og ledere ble i tillegg spurt om hvordan de jobber med kvalitetsforbedring i deres virksomhet og hvor de tenker at det ligger et forbedringspotensial når det gjelder kvalitet i tjenesten. To moderatorer introduserte temaene i fokusgruppene og la til rette for erfaringsutveksling og diskusjoner mellom deltakerne. Underveis ble diskusjonene oppsummert av moderatorene og deltakerne ble oppfordret til å korrigere eller tilføye informasjon hvis de fant dette nødvendig.

Alle fokusgruppe-intervjuene ble gjennomført enten i et møterom i rådhuset i Malvik kommune eller i et møterom eller en felles-stue i ett av helsetunene i kommunen. To av enkelt-intervjuene ble gjennomført i omsorgsleiligheten til personen som ble intervjuet, mens de to resterende enkeltintervjuene, med personer som var hjemmeboende i egen bolig, ble utført i en av stuen i ett av helsetunene i kommunen. I sistnevnte tilfeller ble deltakerne fraktet til intervjuene i drosje. Alle deltakerne var på forhånd informert om at tema for intervjuet var kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og at det var av interesse å samle informasjon om deltakernes subjektive forståelse og erfaring av kvalitet. Under gruppeintervjuene ble det servert drikke og litt spiselig, og det ble lagt vekt på at intervjuene skulle gjennomføres i omgivelser som føltes komfortable for deltakeren. Innledningsvis ble det informert om prosjektets hensikt og hvordan det de uttrykte i intervjuene skulle benyttes av forskerne og kommunen. Alle ble opplyst om at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet og også om hvem de kunne kontakte hvis de ville gjøre dette i etterkant av intervjuene. Samtlige intervjuer ble gjennomført av Monica Lillefjell og Kirsti Sarheim Anthun, i perioden oktober 2018 til februar 2019. Alle intervjuer unntatt ett ble spilt inn på digital opptaker og transkribert ordrett. I det ene intervjuet som ble gjennomført uten opptaker, ble det tatt utførlige notater underveis. Fokusgruppe-intervjuene varte i 60-90 minutter, mens hver av enkelt-intervjuene varte i omlag 20-30 minutter. Samlet ble det gjort 12 ½ timer med lydopptak.

I alt deltok 55 personer i undersøkelsen: seksten tjenestemottakere eller brukere, ni pårørende, fjorten ansatte fra Helse og rehabilitering og Hjemmesykepleien, en kommunalsjef, fire virksomhetsledere, en rådgiver fra rådmannens stab, tre fastleger og sju avdelingsledere. Undersøkelsen baserte seg på et strategisk utvalg. Prosjektgruppen fra Malvik kommune, SINTEF og NTNU hadde sammen blitt enige om at forprosjektet i hovedsak skulle rekruttere deltakere knyttet til pleie og omsorg. Prosjektgruppe-representantene fra Malvik kommune foretok det endelige utvalget fordi de hadde god kunnskap om de

lokale forholdene og kjennskap til deltakere som kunne ha viktig, relevant kunnskap om tjenestene I rekrutteringen av deltakere var følgende premisser viktige:

- deltakerne jobber med, er relatert til, eller er mottakere av tjenester innen helse og omsorg
- deltakerne representerer ulike posisjoner i forhold til tjenestene, det vil si at både tjenestetilbydere, brukere og pårørende er representert
- deltakergruppene må ha en viss variasjon når det gjelder kjønn og alder, dog det er naturlig at det er en overvekt av kvinner i materialet gitt det faktum at Helse og omsorgstjenesten har en klar overvekt av kvinnelige ansatte og at kvinner lever lenger enn menn og derfor vil være i flertall også i gruppen av brukere.
- deltakergruppene bør ha en viss spredning når det gjelder tjenester (ansatte, ledere, brukere og pårørende fra hjemmesykepleie, omsorgsboliger og sykehjem) og ulike nivå i organisasjonen bør være representert (ledere, mellomledere og førstelinje-ansatte)

Samtlige deltakere fikk informasjon om prosjektets formål og at det var frivillig å delta. Selv om det er forsøkt å rekruttere et robust utvalg, er det ingen garanti for at det ikke kan oppstå skjevheter basert på at deltakerne har ensidig fokus.

2.3.2 Analyse av det kvalitative datamaterialet

Alle intervjuene, unntatt det ene som ikke ble tatt opp på digital opptaker, ble transkribert ordrett. For å systematisere og strukturere datamaterialet, er det benyttet tematisk innholdsanalyse. Tematisk analyse beskrives som «en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønster (tema) i datamaterialet» (Braun & Clarke 2006:79, vår oversettelse). Analysen ble utført i flere trinn.

Hovedtema for studien og analysen var «Kvalitet i kommunal helse og omsorgstjeneste». Undertema var tema vi introduserte i fokusgruppene/intervjuene. I fokusgruppene med ledere og ansatte var undertemaene:

- Hva er god kvalitet i helse og omsorgstjenesten?
- Hva gjøres nå for å fremme god kvalitet i tjenestene?
- Hva bør gjøres for å sikre kvalitet i helse og omsorgstjenestene?

I praksis spørres det her etter deltakernes *forståelse* av kvalitet, hvordan kvalitet *praktiseres* og hvordan kvalitet *bør* praktiseres eller sikres. Som nevnt styres analysen også av Donabedian's tredelte perspektiv på kvalitet, slik at inndelingen i struktur, prosess, og resultat blir et eget undertema eller teoretiske kategorier, før vi kommer til kategoriene som er utledet fra intervjuene. Se Tabell 2 nedenfor for eksempel på organisering av analysen.

I fokusgruppene med brukere og pårørende var hovedtema det samme som for ansatte og ledere, det vil si 'Kvalitet i Helse og omsorgstjenestene', men her avvek undertemaene fra de foregående intervjuene:

- Hva er viktig for meg når det gjelder kvalitet i tjenesten jeg eller min pårørende mottar?
- Hvilke erfaringer har jeg med god og mindre god kvalitet i helse og omsorgstjenesten i Malvik kommune?

I analysens første trinn ble intervju-materialet lest i sin helhet for å få et overblikk over mulige temaer som gikk igjen når det gjaldt kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Etter den overordnede gjennomlesningen, ble materialet lest og 'brutt ned' i relativt små innholds-enheter som fikk beskrivende merkelapper eller koder som viste til det som ble tolket som nøkkeltema i disse mindre enhetene. I dette trinn to av kode-arbeidet ble kun de enhetene fra intervjuene som hadde sammenheng med problemstillingene vi jobbet etter (se over for listen av hovedtema og undertema) inkludert i det videre materialet. Tema som ikke kunne svare på disse problemstillingene eller ikke bar med seg kunnskap om dette, ble sortert bort fra materialet. I trinn tre av analysen ble temaene justert til mer abstrakte koder. Det ble arbeidet videre med de enkelte sub-temaene. Tema som ble tolket som like når det gjaldt meningsinnhold inngikk i en og samme kodegruppe eller tema. For eksempel ble utsagnene «kvalitet handler om god ressursutnyttelse» og «kvalitet er riktig bruk av ressurser» tolket som å tilhøre tema «Ressursbruk», under den teoretiske kategorien «Struktur».

For å sikre at utsagnene ikke stod helt uten kontekst, ble utsagnets kilde, ikke i form av navn, men i form av hvilken deltakergruppe utsagnet stammet fra, lagt til, det vil si at vi noterte hvorvidt utsagnet kom fra en bruker, pårørende, eller ansatt i kommunen, og i sistnevnte tilfelle hvor i kommunen de arbeider (Hjemmetjeneste, Helse og rehabilitering, eller som fastlege, leder i avdeling eller virksomhet i kommunen).

I alt endte analysen i 51 kategorier, 14 fra de ansattes intervjuer (11 under struktur og 3 under prosess), 23 fra bruker-intervjuer (5 kategorier under struktur, 17 under prosess og 1 under resultat) og 14 fra intervjuet med de pårørende (6 kategorier under struktur og 8 under prosess). Eksempler fra analysen av intervjuene og fokusgruppene med ledere og ansatte er vist under i Tabell 2.

Tabell 2 Hovedtema, undertema, teoretisk kategori, kategori og eksempel på utsagn

Hovedtema: «Kvalitet i kommunal helse og omsorgstjeneste».			
Undertema	Teoretisk kategori	Kategori	Utsagn
Hva er god kvalitet i Helse- og omsorgstjenestene?	Struktur	Kontinuitet i tjenesten	«[...] en må prøve å få til god samhandling mellom de ulike enhetene. For det er jo kanskje ikke en og samme virksomhet som sitter med virkemidlene i forhold til alle områdene der skoen trykker. [...] god kvalitet handler også om at vi klarer å samordne og koordinere tjenestetilbudene» (virksomhetsleder).
	Prosess	Omsorg	«Kvalitet er det jeg gjør, og at det skal være bra for den som mottar det da, at de vi hjelper får en god og verdifull hverdag. [...] Og det handler jo også om hvor godt du kjenner den du steller og at du er positivt innstilt og kan få i gang en samtale attpåtil. Det å kunne få muligheten til å bruke tid, se pasienten og høre dem og hva de ønsker» (ansatt).

3 Malvik kommune

Malvik kommune er en over middels stor kommune i Trøndelag og ligger plassert langs Trondheimsfjorden mellom Trondheim og Stjørdal kommune.

Dette kapitlet presenterer bakgrunn om kommunen ved å presentere nøkkeltall for Malvik kommune og kommunene i Trondheimsområdet. Kommunene i Trondheimsområdet er Trondheim, Midtre Gauldal, Melhus, Klæbu og Malvik. Disse kommunene har samarbeidet på helse- og omsorgsfeltet over lengre tid. Klæbu blir en del av Trondheim kommune fra og med 1. januar 2020, men er i denne rapporten vist som egen kommune. Trondheimsområdet er, i motsetning til Trondheimsregionen (som også omfatter Indre Fosen, Orkdal, Skaun og Stjørdal), ikke et formelt, politisk, interkommunalt regionråd. For tidligere beskrivelse av pasienter og brukere i Trondheimsområdet, se for eksempel Anthun og Paulsen 2012.

Tabell 3 nedenfor viser totale befolkningstall, befolkningsutvikling for kommunene i Trondheimsområdet samt sum for hele landet. Kommunene i Trondheimsområdet har veldig ulik størrelse, med Trondheim som eneste storby, og Midtre Gauldal og Klæbu som relativt små kommuner. Malvik og Melhus er omtrent jevnstore.

Befolkningsveksten i Malvik er omtrent på landsgjennomsnittet, men et stykke bak storbyen Trondheim som har vokst mye i løpet av de siste ti årene.

Hvis vi ser på aldersfordeling, forventet levealder og dødelighet (Tabell 3 og Tabell 4 nedenfor) ser vi at Malvik har høyere forventet levealder, lavere dødelighet og en yngre befolkning sammenlignet med de andre kommunene i Trondheimsområdet.

Tabell 3 Befolkningstall, befolkningsutvikling, forventet levealder og dødelighet

Region	Antall innbyggere (1.1.2017)	Årlig befolkningsendring 2007-2017 (%)	Gjennomsnittlig forventet levealder 2003-2017	Dødelighet (antall døde 2017 per 1000 innbyggere)
Hele landet	5 258 317	1,23 %	79,1	7,8
Trondheim	190 464	1,78 %	79,5	6,7
Midtre Gauldal	6 319	0,73 %	80,1	9,5
Melhus	16 213	1,33 %	80,2	6,8
Klæbu	6 050	1,05 %	80,6	6,3
Malvik	13 820	1,22 %	81,0	4,6

Kilde: SSB

Tabell 4 Andel av befolkningen i aldersgruppene 65-74, 75-79 og 80 år og eldre, 2018

Region	Andel yngre (0-64)	Andel eldre (65+)	Herav 65-74	Herav 75-79	Herav 80+
Hele landet	83,1	16,9	9,8	2,9	4,2
Trondheim	85,7	14,3	8,4	2,5	3,4
Midtre Gauldal	80,3	19,7	10,6	3,7	5,4
Melhus	83,4	16,6	9,4	3,2	4,0
Klæbu	87,3	12,7	7,7	2,6	2,4
Malvik	86,3	13,7	8,4	2,4	2,9

Kilde: SSB

Tabell 5 nedenfor viser at Malvik kommune brukte 22 prosent mindre på helse- og omsorgstjenester per innbygger enn landsgjennomsnittet, og også mindre enn de andre kommunene i Trondheimsområdet. Forskjellene kan skyldes ulik prioritering, men dette kan også være en konsekvens av ulik alderssammensetning og dødelighet. Midtre Gauldal er den kommunen med eldst befolkning og høyest dødelighet, og vi ser at kostnadene per innbygger er betydelig høyere her, mer enn 50 % over nivået i Malvik. Hver kommune har mulighet til å velge ulik innretning på sin helse- og omsorgstjeneste. Ved å studere kommuneregnskap kan man si hvor mye som er brukt på ulike deler av helse- og omsorg i KOSTRA rapporteringen. Malvik kommune bruker omtrent like mye på hjemmeboende som landsgjennomsnittet, men betydelig mindre på institusjon. Dette er en annerledes prioritering enn den som er valgt i Trondheim kommune. Trondheim kommune bruker mer på institusjon enn det Malvik gjør, men mindre på hjemmeboende.

Det finnes 175 nasjonale kvalitetsindikatorer i det norske kvalitetsindikatorsystemet. Av disse gjelder 23 for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tabell 6 nedenfor oppsummerer resultatene fra de fem kommunene i Trondheimsområdet for enkelte av indikatorene, i tillegg til nasjonalt gjennomsnitt og gjennomsnitt for Sør-Trøndelag (samt for hele nye Trøndelag). Gjennomgående ligger Malvik høyt for flere av de nasjonale kvalitetsindikatorene. Malvik skårer for eksempel høyt på indikatorene for ventetid. Her rapporteres det om nær 100% på alle indikatorene. Det betyr at kommunens vedtak skjer i løpet av 0 til 15 dager for nesten alle brukere.

For kvalitetsindikatorer som beskriver ansatte, skårer Malvik kommune dårligere enn de andre kommunene. Sykefraværet er 12,8 %, noe som er høyere enn både landsgjennomsnittet og Trøndelag, men lavere enn Trondheim og Klæbu. Legetimer per beboer er gjennomgående lavt i alle kommuner, men lavere i Malvik enn landsgjennomsnittet. Årsverk innen psykisk helse og rusarbeid er betydelig lavere i Malvik enn for eksempel i Trondheim. Ernæring er også vist i tabellen, og her ligger Malvik ganske lavt med kun 3 prosent oppfølging av ernæring hos hjemmeboende og cirka 17 prosent oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem. Dette behøver imidlertid ikke gjenspeile den reelle oppfølgingen av ernæring, men kan være et resultat av ulik praksis i hvordan dette rapporteres i fagsystemet. Både data fra intervjustudien og gjennomgangen av resultatene fra prosjektet med avdelingslederne mot slutten av prosjektet, tydet på at tallene ikke reflekterer den faktiske praksisen. Også store forskjeller i denne rapporteringen mellom kommunene i landet, tyder på ulik rapporteringspraksis. Det kan derfor antas at dette ikke er en god indikator på kvaliteten på dette området.

Tabell 5 Kroner per innbygger for utvalgte KOSTRA-funksjoner, brutto driftsutgifter, 2017.

KOSTRA-funksjon	Hele landet	Trondheim	Midtre Gauldal	Melhus	Klæbu	Malvik
Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	729	763	690	905	554	871
Aktiverings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse	1 196	1 087	1 647	1 509	1 022	869
Diagnose, behandling, re-/habilitering	2 364	2 035	2 706	1 597	2 423	1 744
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	8 344	7 168	10 899	6 799	7 317	4 043
Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende	10 791	7 623	12 359	10 428	8 144	10 731
SUM Helse- og omsorg	24 800	20 175	30 007	22 877	20 349	19 390

SUM Helse- og omsorg omfatter også annet forebyggende helsearbeid, øyeblikkelig hjelp døgnopphold og kostnader institusjonslokaler. Kilde: SSB.

Tabell 6 Utvalgte nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester

Kvalitetsindikator	Hele landet	(Sør-) Trøndelag	Malvik	Melhus	Trondheim	Klæbu	Midtre Gauldal
Andel vedtak om helsetjenester i hjemmet med iverksettingstid på 0-15 dager	95,3	97,7	98,6	96,2	96,3	98,3	99,2
Andel vedtak om langtidsopphold i institusjon med iverksettingstid på 0-15 dager	89,9	84,9	100,0	97,5	76,9	100,0	100,0
Andel brukertilpassede enerom	84,0	76,0	100,0	96,2	80,7	50,0	98,5
Andel samlet sykefravær i pleie og omsorgstjenesten	11,7	12,5	12,8	12,7	13,2	14,5	11,1
Legetimer per beboer i sykehjem	0,55	0,47	0,42	0,35	0,46	0,66	0,22
Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innen 30 dager	15,1	15,7	15,5	15,2	16,2	15,2	14,2
Antall årsverk innen psykisk helse og rusarbeid per 1000 innbyggere	3,0	3,8	1,9	2,3	4,6	2,0	1,3
Andel avtalte årsverk av personell med fagutdanning (høgskole)	35	35	37	35	40	26	32
Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende	15,8	9,3	3,0	2,0	6,5	?	0,0
Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem	46,2	37,1	17,1	11,9	35,5	0,0	?

Kilde: Nasjonale kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet). I tillegg til disse kvalitetsindikatorene finnes det 13 andre kvalitetsindikatorer i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet (se liste i 8.1 nedenfor på side 68).

4 Kvantitative resultater

Dette kapitlets formål er å undersøke hvorvidt det er mulig å konstruere alternative kvalitetsindikatorer – altså annet enn det som ble presentert i Tabell 6 ovenfor – basert på kommunale data fra kommunens eget fagsystem. Et sentralt forskningsspørsmål som kapitlet prøver å besvare er hvorvidt kvalitetsindikatorer kan beregnes for spesifikke tjenester eller geografiske enheter. For å løse dette blir data forsøksvis gruppert etter den forenkla omsorgstrappen (se kapittel 2.2.1 ovenfor) samt etter en geografisk inndeling. Første del av kapitlet fokuserer på deskriptiv og demografisk beskrivelse av brukerne, mens siste del av kapitlet prøver å beskrive kvalitet.

4.1 Geografisk inndeling og demografi

For å få en bedre forståelse for den konteksten kvalitet oppstår i, er det ønskelig å bryte ned kommunen i mindre deler. Men det er grunnlag for å se adskilt på de geografiske enhetene kun dersom de geografiske inndelingene i kommunen er ulike. Da kan det antas at det gir bedre og mer presis informasjon enn om en bare har ett samlet indikator-tall for kommunen som helhet.

I analysene er postnummer valgt som geografisk enhet. Dette gir i utgangspunktet fire forholdsvis store grupper: 7550 Hommelvik, 7560 Vikhammer, 7562 Saksvik og 7563 Malvik. Hommelvik er det største av disse geografiske områdene med nesten 6000 innbyggere, noe som utgjør over 40% av innbyggerne i kommunen. Hommelvik består imidlertid av mange ulike områder med særegne demografiske kjennetegn. I tillegg til Hommelvik, favner postnummeret også Mostadmarka og Sveberg. Sveberg er holdt utenfor resten av Hommelvik for å undersøke hvorvidt befolkningssammensetningen i dette området skiller seg vesentlig fra resten av Hommelvik. For å skille ut brukerne på Sveberg, er det benyttet gateadresser. Disse adressene tilhører grunnkretsene Bjørnmyra-Svehøgda (16630502), Vidhaugen-Svebergmarka 1 (16630503), Svebergmarka 2 (16630504) og Svebergmarka 3 (16630505). Til sammen bor det 1329 innbyggere i disse 4 grunnkretsene². For enkelhets skyld vil vi i resten av rapporten omtale "7550 Hommelvik kun Sveberg" som "7550 Sveberg", og "7550 Hommelvik uten Sveberg" som "7550 Hommelvik", men Tabell 7 viser Hommelvik både med og uten Sveberg.

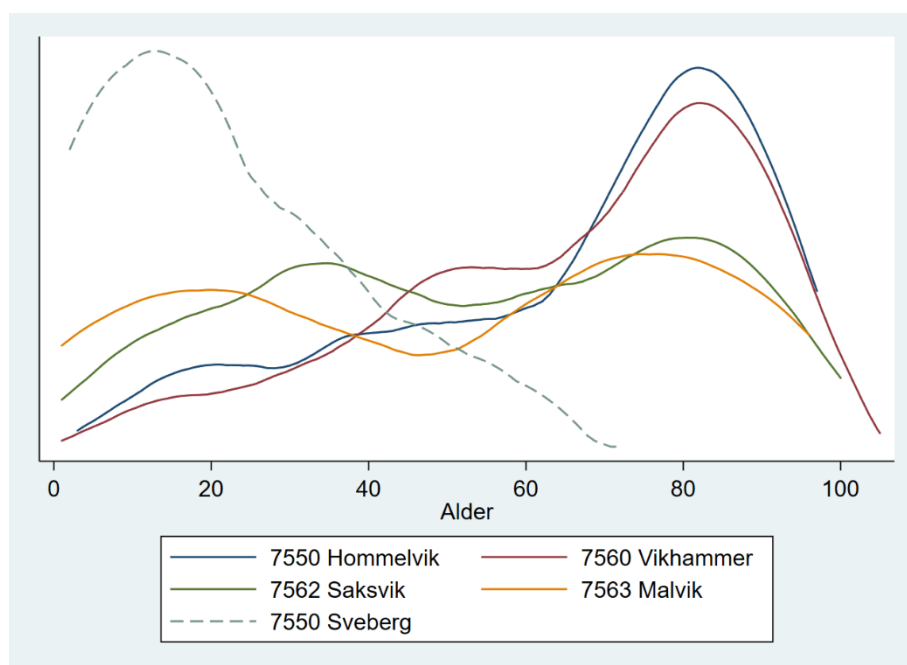
Det er mulig å ta i bruk andre geografiske inndelinger enn de som benyttes her. For eksempel kunne kommunen vært inndelt i de sonene og distriktene som faktisk allerede brukes i kommunens hjemmetjenester. For å konstruere kommunale kvalitetsindikatorer kan dette være et svært velegnet nivå. Men det som taler mot en slik inndeling, er at det kan være utfordrende å koble på annen offentlig statistikk på dette nivået, samt at disse sonene og distriktene i for stor grad er koblet til spesifikke tjenester. En annen mulig inndeling er valgkretser eller grunnkretser. Ulempen med disse er at i en kommune på Malviks størrelse kan valgkretser eller grunnkretser bli for små i analysesammenheng. Av disse grunnene velges postnummer som geografisk nivå i denne rapporten.

² Kilde SSB. Dette innbyggerantallet gjelder 1.1.2017, da ikke nyere statistikk per grunnkrets er publisert på tidspunktet denne rapporten er skrevet. Befolkningstall i Tabell 7 er per 1.1.2018, derfor er tallene for Sveberg i Tabell 7 økt med 1% som tilsvarer befolkningsveksten i hele Malvik fra 1.1.2017 til 1.1.2018.

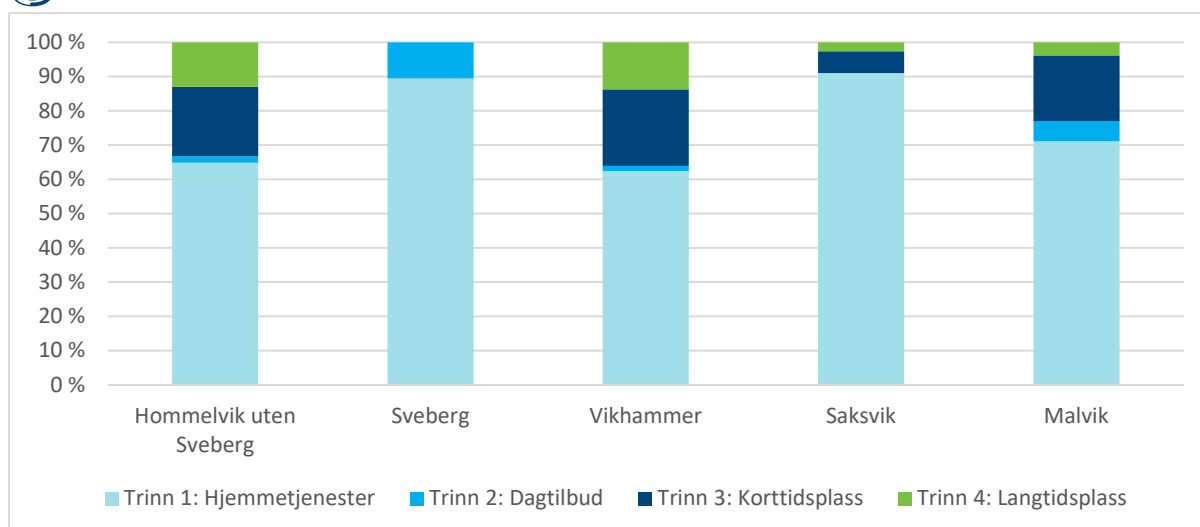
Tabell 7 Innbyggere og brukere per postnummer

Postnummer	Antall innbyggere	Antall brukere	Brukere per 100 innbyggere
7550 Hommelvik	5 958	281	4,7
7550 Hommelvik uten Sveberg	4 616	262	5,7
7550 Hommelvik kun Sveberg	1 342	19	1,4
7560 Vikhammer	3 713	197	5,3
7562 Saksvik	2 740	78	2,8
7563 Malvik	1 505	52	3,5
SUM	13 916	608	4,4
Totalt antall innbyggere (1.1.2018)	13 958		

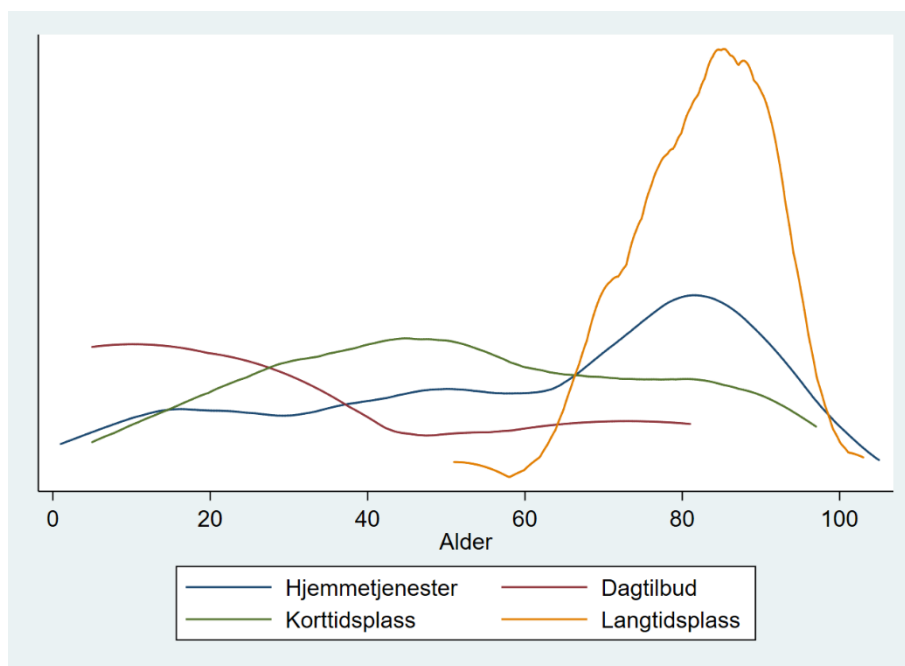
Kilde antall innbyggere per postnummer: <https://www.erikbolstad.no/postnummer/>


Figur 3 Aldersfordeling blant brukere innen hvert postnummer

Sveberg har en betydelig yngre befolkning enn kommunen for øvrig. Samlet sett er kun 1,4 % av befolkningen i Sveberg 67 år eller eldre (kilde: SSB), mot 11,3 % i hele Malvik. Dette gir seg utslag i en helt annen brukersammensetning. Figur 3 ovenfor viser aldersfordeling blant brukerne. Dette er altså hvordan brukerne innen hvert postnummer fordeler seg på ulike aldersgrupper, hvor hver linje viser den prosentvise fordelingen innad i postnummeret. I Sveberg er det i praksis ingen eldre brukere, men en opphopning av yngre brukere. De andre postnumrene har et aldersmessig tyngdepunkt blant brukerne på rundt 80 år, hvor opphopningen er størst i Hommelvik og Vikhammer.



Figur 4 Prosentvis fordeling av brukere innen hvert postnummer etter omsorgstrapp



Figur 5 Aldersfordeling blant brukere innen hvert nivå omsorgstrapp

Figur 4 ovenfor viser fordelingen av brukere på hvert omsorgstrinn innen hvert postnummer. Vi ser tydelig at trinn 1 (hjemmetjenester) er den største gruppen innen hvert postnummer. Samlet sett i kommunen er 69 % av de 608 brukerne gruppert på dette nivået. Sveberg og Saksvik har størst andel brukere med hjemmetjenester, med over 90 % av brukerne på dette omsorgstrinnet. Ingen brukere i Sveberg er på trinn 3 eller 4 i omsorgstrappen. Dagtilbud er et forholdsvis lite trinn med få brukere. Langtidsplass er det mest kostbare omsorgstrinnet med de skrøpeligste brukerne. Her er det størst andel

brukere i Hommelvik og Vikhammer, blant annet på grunn av at heldøgnsomsorgsbolig (Stasjonsvegen og Motrøvegen) ligger innen disse postnumrene.

Figur 5 ovenfor viser aldersfordelingen for hver omsorgstrappetrinn. Vi ser at både dagtilbud og korttidsplass har en yngre brukerprofil, med tyngdepunkt under 60 år. Hjemmetjenester og langtidsplass har imidlertid eldre brukere, med tyngdepunkt rundt 80 år.

4.2 Bistandsbehov

Kommunehelsetjenesten er pålagt å kartlegge bistandsbehov hos alle som søker om, eller mottar helse- og omsorgstjenester. Dette gjøres i IPLOS (Individbasert statistikk for pleie og omsorgstjenester), som er et nasjonalt helseregister. Kartlegging av bistandsbehov skal bidra til å gi systematisk kunnskap om brukeres og søkeres bistandsbehov slik at dette kan bidra til planlegging, overvåkning, styring og kvalitetssikring av helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet 2015). IPLOS registeret består av i alt 16 bistandsvariabler med tilhørende skårverdier og er utviklet basert på internasjonalt anerkjente funksjonsmål og WHOs klassifiseringssystem for funksjon, sykdom og helse (WHO 2001).

Til bruk i IPLOS-registeret skal hver bruker som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester vurderes på 18 ulike funksjonsmål³. Disse funksjonsmålene beskriver daglige aktiviteter hvor brukere har et mulig bistandsbehov. Hver bruker skåres etter hvor stort bistandsbehov brukeren har på den aktuelle funksjonen.

- | |
|--|
| 1 = Utgjør ingen problem/utfordring |
| 2 = Ikke behov for bistand/assistanse |
| 3 = Middels behov for bistand/assistanse |
| 4 = Store behov for bistand/assistanse |
| 5 = Fullt bistands-/assistansebehov |
| 9 = Ikke relevant |

Figur 6 IPLOS-skår

Som Figur 6 ovenfor viser, er skalaen ikke lineær. Det er særlig i overgangen mellom skår 2 og skår 3 et betydelig sprang der brukeren går fra ikke å ha behov til å ha behov. Forskjellene på skår 3, 4 og 5 er dermed ulike grader av behov. For å forenkle presentasjonen i denne rapporten, kalkuleres bistandsbehov som et gjennomsnitt per bruker i denne studien. Det er beregnet et uvektet gjennomsnitt for alle funksjonsmålene, og verdien 9 (ikke relevant) er satt lik 1 (ikke behov). Denne tilnærmingen avviker litt fra SSBs metode som deler skalaen i tre kategorier: noe/avgrenset bistandsbehov, middels til stort bistandsbehov og omfattende bistandsbehov (Mørk et al 2017). I tillegg har vi også beregnet

³ Sosial deltakelse, skaffe seg varer og tjenester, beslutninger i dagliglivet, ivareta egen helse, bevege seg innendørs, alminnelig husarbeid, personlig hygiene, på- og avkledning, lage mat, spise, toalett, bevege seg utendørs, syn, hørsel, hukommelse, kommunikasjon, styre atferd, ivareta egen økonomi.

hvor stor andel av brukerne som er registrert med bistandsbehov, samt hvor lenge det er siden disse opplysningene ble oppdatert. Informasjon om dette vil være nyttig for å vurdere kompletthet i data og kvaliteten på dataene. Dersom data er veldig gamle kan det bety at data ikke reflekterer brukernes reelle bistandsbehov.

Tabell 8 viser hvor stor andel av brukerne som har registrering av bistandsbehov og funksjonsnivå for hvert nivå i omsorgstrappen. Det at andelen ikke er 100%, tyder på at brukere mottar tjenester før deres bistandsbehov er blitt registrert. En nærmere gjennomgang av de brukere som ikke er registrert med bistandsbehov, viser at dette er brukere som stort sett kun har mottatt en tjeneste, og dette er i hovedsak ergoterapi, fysioterapi og psykisk helsehjelp.

Videre har vi beregnet hvor lang tid som er gått fra bistandsbehov sist ble registrert (uavhengig av om dette var en oppdatering eller nyregistrering) til uttrekket av data den 29. november 2018. Tabell 9 viser både gjennomsnitt og medianverdi. Medianverdien deler utvalget i to, det vil si at halvparten av brukerne har mindre enn den aktuelle verdien, og halvparten av brukerne har mer enn den aktuelle verdien. Halvparten av brukerne med IPLOS-tjeneste har fått oppdatert registrering i løpet av de siste 226 dager (over 7 måneder). Gjennomsnittet er imidlertid betydelig høyere. Det tyder på at det er en skjev fordeling med noen høye tall som trekker opp gjennomsnittet.

Tabell 10 og Tabell 11 viser de samme indikatorene, men ut fra en geografisk inndeling i stedet for omsorgstrapp. Geografisk inndeling gir mindre variasjon mellom de ulike områdene enn det som kom fram med inndeling med omsorgstrapp. Dette kan bety at kvaliteten på dataregistrering av bistandsbehov har lite med geografi å gjøre, men desto mer med tjenestene å gjøre.

Tabell 8 Andel av brukere med registrering av bistandsbehov/funksjonsnivå. etter omsorgstrapp

Omsorgstrapp	Av totalt	Kompletthet
Trinn 1: Hjemmetjenester	418	93 %
Trinn 2: Dagtilbud	13	100 %
Trinn 3: Korttidsplass	112	97 %
Trinn 4: Langtidsplass	65	100 %
Totalt	608	94 %

Tabell 9 Gjennomsnitt og median antall dager siden sist oppdatering av bistandsbehov/funksjonsnivå etter omsorgstrapp

Omsorgstrapp	Gjennomsnitt	Median
Trinn 1: Hjemmetjenester	454	236
Trinn 2: Dagtilbud	365	351
Trinn 3: Korttidsplass	552	321
Trinn 4: Langtidsplass	156	126
Total	437	226

Tabell 10 Andel av brukere med registrering av bistandsbehov/funksjonsnivå, etter postnummer

Postnummer	Av totalt	Kompletthet
7550 Hommelvik	262	94 %
7550 Sveberg	19	84 %
7560 Vikhammer	197	96 %
7562 Saksvik	78	95 %
7563 Malvik	52	90 %
Total	608	94 %

Tabell 11 Gjennomsnitt og median antall dager siden sist oppdatering av bistandsbehov/funksjonsnivå, etter postnummer

Postnummer	Gjennomsnitt	Median
7550 Hommelvik	521	248
7550 Sveberg	544	343
7560 Vikhammer	334	180
7562 Saksvik	430	201
7563 Malvik	385	327
Total	437	226

I tabell 12 ser vi en tydelig trappeeffekt når det gjelder bistandsbehov. Personer som mottar hjemmetjenester har lavest gjennomsnitt med 1,59. Dette tilsvarer for eksempel at det er registrert at brukeren ikke har noen utfordringer for 13 av dimensjonene, men at vedkommende har middels behov for fem av dimensjonene. De tre øverste trinnene i omsorgstrappen har alle over 2 i gjennomsnitt. Brukere med langtidsplass har 3 i gjennomsnitt, det betyr at disse personene i gjennomsnitt har middels behov på alle dimensjoner. Tabellen viser også standardavviket i hver gruppe, og vi ser at gjennomsnittlig spredningen rundt middelveien er størst for personer på korttidsplass som betyr at det er større variasjon innad i denne gruppen enn i de andre gruppene.

I oversikten over bistandsbehov per postnummer (tabell 13 nedenfor) kommer det frem at det er høyest bistandsbehov i Hommelvik og Vikhammer. Dette henger sannsynligvis sammen med brukersammensetningen innen disse postnumrene, med flere brukere på langtidsplass.

Tabell 12 Gjennomsnittlig bistandsbehov, etter omsorgstrapp

Omsorgstrapp	Gjennomsnitt	Standardavvik	Antall
Trinn 1: Hjemmetjenester	1,59	0,50	387
Trinn 2: Dagtilbud	2,18	0,79	13
Trinn 3: Korttidsplass	2,24	0,98	109
Trinn 4: Langtidsplass	3,00	0,74	65
Total	1,89	0,81	574

ANOVA test, $F=100,42$, $P < 0.0000$ **Tabell 13 Gjennomsnittlig bistandsbehov, etter postnummer**

Postnummer	Gjennomsnitt	Standardavvik	Antall
7550 Hommelvik	1,94	0,76	247
7550 Sveberg	1,86	1,07	16
7560 Vikhammer	1,95	0,88	189
7562 Saksvik	1,65	0,68	75
7563 Malvik	1,74	0,74	47
Total	1,89	0,81	574

ANOVA test, $F=2,56$, $P=0.0376$

4.3 Tjenester: ventetid

I henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven §3-1), og i henhold til Forvaltningsloven skal sakene avgjøres uten ugrunnet opphold (Forvaltningsloven §11a). Ventetid til tjenester er dermed viktig å se på som del av kvalitetsaspektet siden det sier noe om struktur og prosesser i kommunen. Mange av de nasjonale kvalitetsindikatorne (se Tabell 6 og seksjon 8.1 på side 68 nedenfor) er indikatorer på ventetid og tjenester. Det finnes lite forskning på ventetid til kommunale tjenester, dette i seg selv er en god grunn til å undersøke ventetid nærmere.

Fagsystemet Profil brukes også som et saksbehandlingssystem for koordinerende enhet i kommunen, noe som gjør det mulig å beregne hvor mange som venter, og hvor lenge de har ventet på å motta en tjeneste. Ventetid er allerede en definert kvalitetsindikator i det nasjonale indikatorsystemet. Som vist tidligere, har Malvik kommune, sammenlignet med andre kommuner, ingen ventetid når det gjelder helse og omsorgstjenester: kommunen skårer nær 100% på de nasjonale kvalitetsindikatorne for ventetid (se tabell 6 ovenfor på side 22). Dataene fra kommunens fagsystem viser at over 99,7% av alle tiltak er definert som å starte på den dagen de er iverksatt. Dermed ser det ut til at måten datoer og tiltak blir registrert på, gjør at brukerne tilsynelatende ikke har noe ventetid.

Et ventetidsforløp kan imidlertid beskrives som en prosess der ulike ting skjer til ulike tidspunkt. For eksempel kan en tenke seg at et vanlig ventetidsforløp består av følgende trinn:

1. Behovet oppstår hos en bruker
2. Brukeren/pårørende orienterer seg og avklarer hvilken tjeneste som kan dekke behovet
3. Brukeren søker om tjenesten
4. Koordinerende enhet i kommunen behandler søknaden
5. Brukeren får tjenesten som dekker behovet

Den opplevde ventetiden for en bruker vil dermed være fra behovet oppstår til brukeren mottar en tjeneste, altså fra tidspunkt 1 til tidspunkt 5. Det kan naturligvis være stor grad av overlapp mellom disse tidspunktene, og med god brukerinvolvering vil de fleste punktene skje samtidig. Men det er ikke slik for alle brukere til enhver tid. Siden det ikke oppgis noe ventetid i det som rapporteres fra Malvik kommune, kan det som nevnt antas at dette kan forklares med hvordan datoer og tiltak blir registrert. Siden den reelle datoen for når behovet inntreffer hos brukeren ikke fanges opp og registreres, vil den opplevde ventetiden ikke kunne beregnes. Slik det ser ut i fagsystemet, er det i praksis iverksettingsdato som registreres, i beste fall blir tidspunkt 2 eller 3 registrert.

For å estimere ventetid på annen måte enn i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet, har vi koblet sammen saker og tiltak fra fagsystemet. For hver bruker har vi hentet ut opplysninger om registrering i journal, journalnummer og dato for journaloppføringen. Her kan en anta at for mange av sakene skjer dette på tidspunkt 3 i det antatt vanlig ventetidsforløpet listet opp over, men dette er dessverre ikke entydig ut ifra fagsystemet. Vi har deretter målt tiden fra dette tidspunktet frem til hendelser i tiltaksregistreringen, og har dermed mulighet til å beregne tiden fra en sak er påbegynt, til tjenesten er påbegynt. Dette målet har imidlertid noen svakheter, da en sak kan ha flere registrerte tiltak, og sakene kan være både vedtak og andre henvendelser. Dersom en tjeneste er påbegynt før den er journalført, har vi tolket dette som 0 ventetid, og de saker med mer enn to års ventetid er ignorert, siden dette antas å være feilregistreringer, eller dette kan være ventetid som ikke har noe med kapasitet å gjøre.

Tabell 14 og Tabell 15 summerer ventetid per tiltak for brukere per omsorgstrapp og per postnummer. Tabell 14 er gruppert etter brukernes nivå, ikke etter tjenestens nivå. Median er 0 for alle gruppene, altså for minst halvparten av tiltakene er ventetiden 0.

Tabell 14 Estimert ventetid (median og gjennomsnitt) på tiltak, per omsorgstrapp

Omsorgstrapp	Median antall dager	Gjennomsnitt antall dager	Antall tiltak
Trinn 1: Hjemmetjenester	0	18,5	3 564
Trinn 2: Dagtilbud	0	20,5	156
Trinn 3: Korttidsplass	0	23,3	2 060
Trinn 4: Langtidsplass	0	22,3	1 322
Total	0	20,7	7 102

Tabell 15 Estimert ventetid (median og gjennomsnitt) på tiltak, per postnummer

Postnummer	Median antall dager	Gjennomsnitt antall dager	Antall tiltak
7550 Hommelvik	0	25,0	3 129
7550 Sveberg	0	19,4	130
7560 Vikhammer	0	16,2	2 648
7562 Saksvik	0	20,0	787
7563 Malvik	0	17,9	408
Total	0	20,7	7 102

Dette gir et bilde av den totale tiltaksmengden som kommunen har iverksatt og inkluderer avsluttede tiltak. Dette kan også estimeres per bruker ved at vi for eksempel kun ser på ventetiden hver bruker har hatt til siste tiltak registrert (se Tabell 16 og Tabell 17). Ventetiden ser vi da er markant høyeste for brukere på langtidsplass. Median er 1 dag mens gjennomsnittet er over 4 uker for denne gruppen.

Tabell 16 Estimert ventetid (median og gjennomsnitt) på siste tiltak per bruker, etter omsorgstrapp

Omsorgstrapp	Median antall dager	Gjennomsnitt antall dager	Antall brukere
Trinn 1: Hjemmetjenester	0	14,2	415
Trinn 2: Dagtilbud	5	13,4	13
Trinn 3: Korttidsplass	0	21,0	98
Trinn 4: Langtidsplass	1	28,2	65
Total	0	16,9	591

Tabell 17 Estimert ventetid (median og gjennomsnitt) på siste tiltak per bruker, etter postnummer

Postnummer	Median antall dager	Gjennomsnitt antall dager	Antall brukere
7550 Hommelvik	0	16,5	251
7550 Sveberg	0	26,7	18
7560 Vikhammer	0	16,0	196
7562 Saksvik	0	19,6	78
7563 Malvik	0	15,5	48
Total	0	16,9	591

4.4 Tjenester: antall og varighet

Kommunene har ansvar for en rekke lovpålagte oppgaver, og flere pasienter trenger mer enn en tjeneste. Jo flere tjenester, desto mer kompleks blir koordineringsjobben som kommunen og de ansatte må utøve for å sikre brukerne gode og sømløse tjenester. Denne seksjonen ser nærmere på antallet tjenester kommunen utøver overfor de ulike gruppene. I tillegg ser vi på hvor lenge brukerne har mottatt

kommunale helse- og omsorgstjenester. Begge disse forhold er i seg selv ikke direkte kvalitetsindikatorer, men nyttig styringsinformasjon for å sikre tjenester av god kvalitet.

Antall pågående/åpne tjenester er antallet tiltak/tjenester per bruker som ikke hadde blitt avsluttet innen det tidspunktet data ble uthentet fra fagsystemet. Tabell 18 viser at brukere på høyere trinn i omsorgstrappen har flere tjenester, noe vi også ser igjen i Tabell 19 der Hommelvik og Vikhammer har flest tjenester og størst variasjon innad i postnummeret.

Tabell 18 Antall pågående/åpne tjenester, gjennomsnitt per bruker etter omsorgstrapp

Omsorgstrapp	Gjennomsnitt	Standardavvik	Antall
Trinn 1: Hjemmetjenester	1,78	1,14	418
Trinn 2: Dagtilbud	2,92	1,19	13
Trinn 3: Korttidsplass	3,39	2,07	112
Trinn 4: Langtidsplass	2,98	1,47	65
Total	2,23	1,55	608

ANOVA-test $F=48,16$, $P<0.0000$

Tabell 19 Antall pågående/åpne tjenester, gjennomsnitt per bruker etter postnummer

Postnummer	Gjennomsnitt	Standardavvik	Antall
7550 Hommelvik	2,35	1,74	262
7550 Sveberg	1,68	0,82	19
7560 Vikhammer	2,45	1,60	197
7562 Saksvik	1,65	0,99	78
7563 Malvik	1,79	0,98	52
Total	2,23	1,55	608

ANOVA-test $F=5,97$, $P<0.0001$

Fagsystemet omfatter tjenestehistorikken til brukerne, og vi kan dermed også se hvor lenge brukerne har "vært i systemet". Vi har målt tiden fra første registrerte tiltak ble påbegynt og frem til 29. november 2018 da uttrekket av data ble utført. Tabell 20 er summert per omsorgstrapp brukeren er på, og ikke per omsorgstrapp tjenesten er på. Vi ser at de antatt tyngre brukerne har vært lengre i systemet; korttidsplass og langtidsplass. Det er gruppen korttidsplass som har vært lengst, med over 10 år i gjennomsnitt. Denne gruppen har behov for tjenester, men ikke behov for langtidsplass. Langtidsplassbrukerne er betydelig eldre (jamfør Figur 5 på side 25) og man kan spekulere i at deres bistandsbehov er aldersrelatert, mens korttidsplassbrukerne kan ha behov relatert til kroniske lidelser som har vært tilstede i større del av livet til disse brukerne.

Tabell 20 År siden første tiltak som bruker, etter omsorgstrapp, og median

Omsorgstrapp	Gjennomsnitt	Standardavvik	Antall	Median
Trinn 1: Hjemmetjenester	6,4	5,1	418	5,1
Trinn 2: Dagtilbud	6,4	4,5	13	4,8
Trinn 3: Korttidsplass	10,9	5,1	112	13,1
Trinn 4: Langtidsplass	7,7	4,0	65	7,4
Total	7,4	5,3	608	6,4

ANOVA test på ulikhet gjennomsnitt mellom grupper, $F=24,57$, $P < 0.0000$

Tabell 21 År siden første tiltak som bruker, etter postnummer, og median

Postnummer	Gjennomsnitt	Standardavvik	Antall	Median
7550 Hommelvik	7,7	5,4	262	7,0
7550 Sveberg	5,3	4,9	19	3,6
7560 Vikhammer	7,8	5,2	197	7,5
7562 Saksvik	6,7	5,2	78	5,7
7563 Malvik	5,8	4,8	52	4,1
Total	7,4	5,3	608	6,4

ANOVA test på ulikhet gjennomsnitt mellom grupper, $F=2,92$, $P < 0.0209$

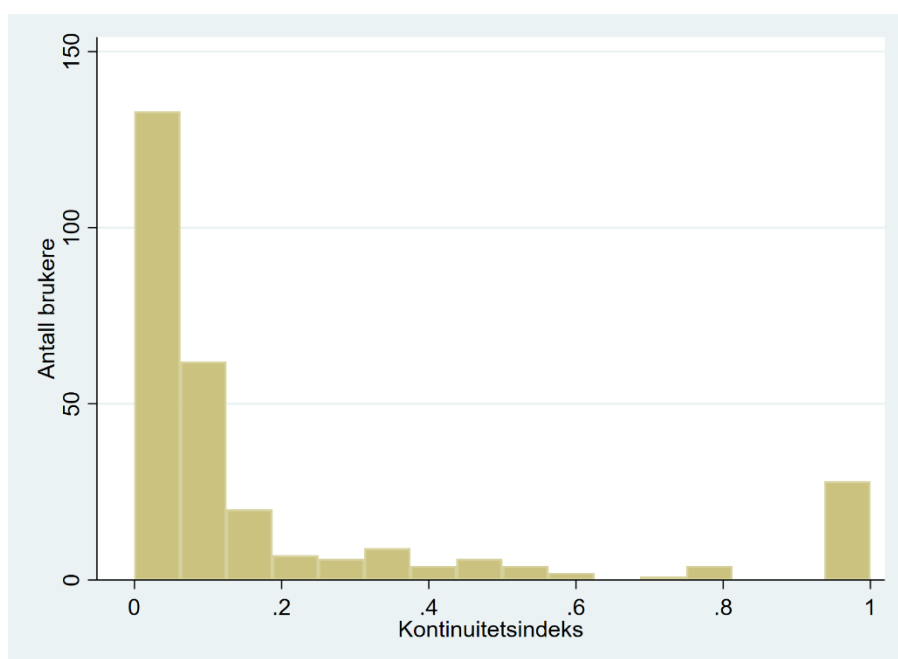
4.5 Kontakt med personell, kontinuitet

Kontinuitet er ansett som en viktig faktor i helse- og omsorgstjenestene (Gulliford 2006), og både for tjenestetilbydere og politikere har det vært en prioritet å unngå diskontinuitet i tjenestene for å sikre trygge tjenester og god pleie og omsorg for brukerne. Kontinuitet er videre forbundet med bedre helse for brukeren (Russell, Rosati, Rosenfeld og Marren, 2011), redusert risiko for sykehusinnleggelse (Chen & Chen, 2011) og høyere tilfredshet hos brukeren (D'Errico & Lewis, 2010). Det er også vist at kontinuitet er positivt forbundet med effektivitet i helsetjenestene (Wierdsma, Mulder, DeVries & Sytema, 2009).

Kontinuitet kan defineres som «en ubrutt og kontinuerlig operasjon av noe over en gitt periode; en tilstand av stabilitet og fravær av brudd» (Lindberg m. fl. 2012, vår oversettelse). I helse og omsorgstjenestene er det et uttalt mål å unngå utilsiktede avbrudd i brukeres tjenesteforløp og å sikre at tjenestene er samordnet. Dette er også en av de seks prinsippene som definerer god kvalitet i tjenestene i Malvik kommune og som er basert på prinsipper utviklet av Sosial- og helsedirektoratet (2005).

Av dette fremgår det at kontinuitet er en viktig kvalitetsindikator. Men hvordan kan den operasjonaliseres med utgangspunkt i data fra fagsystemet? Bice og Boxerman (1977) foreslo et mål på kontinuitet i tjenesten som en indeks som går fra 0 dersom en bruker møter bare forskjellige pleiere, og til 1 dersom en bruker bare har en fast pleier.

Vi har, basert på data fra fagsystemet, beregnet kontinuitet per bruker basert på hvilke ansatte som har kvittert tiltak i fagsystemet. Dette tolkes da som personer som har utført tjenester/tiltak for den enkelte bruker. Dette kan forventes å bli noe underrapportert på langtidsplasser hvor arbeidet ikke er organisert med arbeidslister på samme måte som i hjemmetjenesten. I tillegg har ikke alle ansatte tilgang til å kvittere tjenester i fagsystemet. Kontinuitetsindeksen lot seg ikke beregne for alle brukerne, så man må være varsom med å vurdere på tvers av kategoriene siden enkelte grupper her er forholdsvis små. Figur 7 viser hvordan brukernes mål på kontinuitet fordeler seg fra 0 til 1. Vi ser at de fleste har ganske lav skår (mellom 0 og 0,2) mens noen få brukere har høy kontinuitet (tilnærmet 1). Når vi skiller indikatoren på de ulike omsorgsgruppene ser vi i tabell 22 at det er primært langtidsplass som har høyere grad av kontinuitet, mens de tre første trinnene alle har lavt gjennomsnitt og lite variasjon. Forskjellene mellom gjennomsnittet (se tabell 23) for ulike postnummer er ikke signifikant.



Figur 7 Fordeling (histogram) av kontinuitetsindeks for alle brukere

Tabell 22 Kontinuitetsindeks per omsorgstrapp, gjennomsnitt og median

Omsorgstrapp	Gjennomsnitt	Median	Antall
Trinn 1: Hjemmetjenester	0,16	0,06	183
Trinn 2: Dagtilbud	0,13	0,16	3
Trinn 3: Korttidsplass	0,21	0,07	55
Trinn 4: Langtidsplass	0,35	0,33	45
Total	0,20	0,07	286

ANOVA test av ulikt gjennomsnitt per gruppe: $F=5,17$, $p < 0,0017$

Tabell 23 Kontinuitetsindeks per postnummer, gjennomsnitt og median

Postnummer	Gjennomsnitt	Median	Antall
7550 Hommelvik	0,17	0,07	126
7550 Sveberg	0,40	0,19	3
7560 Vikhammer	0,25	0,07	104
7562 Saksvik	0,13	0,05	32
7563 Malvik	0,24	0,04	21
Total	0,20	0,07	286

ANOVA test av ulikt gjennomsnitt per gruppe: F-test=1,82, p <0,1255

4.6 Kontakt med personell, kompetanse

Tidligere gjennomganger av forskningen på sammenhengen mellom profesjonssammensetning og uønskede pasientutfall viser blandede resultater (Flodgren og Meneses 2017). Men ingen studier på dette er gjennomført i en norsk kontekst og i primærhelsetjenesten. Flere av intervjuene i den kvalitative delen av dette prosjektet, spesielt med virksomhetsledere, avdelingsledere, ansatte og pårørende), etterlyser økt kompetanse blant ansatte. I tillegg er kompetanse og utdanning en del av de nasjonale indikatorene (se for eksempel tabell 6 ovenfor på side 22). Av disse grunnene kan det være interessant å se nærmere på kompetanse hos ansatte.

Ideelt sett bør man konstruere andel med ulik bakgrunn (for eksempel andel med sykepleierutdanning, andel helsefagarbeidere, andel ufaglærte) på ulike enheter, og se hvordan det sammenfaller med kvalitet. I dataene til bruk i denne rapporten, har vi ikke noe enhetsperspektiv, men har orientert data mot brukerne, og dataene – slik det her er benyttet – er ikke velegnet for å lage enhetsoversikter over kompetanse. Kompetanse (utdanningskode) er registrert for de ansatte som har egen fagsystembruger og bruker systemet aktivt. Styringen av ansatte er registreres i et annet fagsystem, så datagrunnlaget er ikke egnet til dette formålet.

For å bruke de tilgjengelige data til å si noe om kompetanse, har vi koblet ansattes utdanningskode fra ansatte, via opplysninger om siste kvitterte tiltak til bruker. Dermed kan vi få et uttrykk for utdanningskoden til siste ansatte som kvitterte et tiltak per bruker. Denne tilnærmingen har noen mulige ulemper. Blant annet kan det være skjevheter i forhold til hvilken ansatt som var den siste brukeren hadde kontakt med (det er for eksempel ikke gitt at alle ansatte kvitterer tiltak). I tillegg er det kun et mindretall av brukerne vi har klart å få denne type informasjon om fra systemet. Tabell 24 nedenfor viser at kun 43% av brukerne (261 av 608) har fått koblet utdanningsinformasjon fra siste ansatt. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet.

Siden dette er mange og små kategorier, grupperer vi til andel med høgskoleutdanning (ergoterapi, fysioterapi, miljøterapi, sykepleier og vernepleier) og beregner hvor mange av brukerne i en gruppe som sist var i kontakt med en ansatt med høgskoleutdanning. Tabell 25 viser at blant den siste ansatte en bruker hadde kontakt med, hadde 56 % høyere utdanning. Lavest andel med høgskoleutdanning var på kort- og langtidsplass. Merk at omsorgstrapp her er en gruppering av brukere, og ikke hvilket tiltak som sist ble kvittert ut.

Tabell 24 Fordeling brukere etter utdannelseskode til sist ansatt som møtte bruker

Utdannelseskode	Antall som sist møtte bruker	Prosent
Ergoterapeut	1	0 %
Fysioterapeut	6	2 %
Helsefag, barne- og ungdomsarbeider	73	28 %
Hjelpepleier	29	11 %
Miljøterapeut	10	4 %
Pleiemedarbeider	14	5 %
Sykepleier	123	47 %
Vernepleier	5	2 %
Total	261	100

Tabell 25 Andel av ansatte med høgskoleutdanning, gruppert via siste ansatte en bruker var i kontakt med, per omsorgstrapp

Omsorgstrapp	Gjennomsnitt	Beregnet på andel av brukerne
Trinn 1: Hjemmetjenester	68 %	35 %
Trinn 2: Dagtilbud	67 %	23 %
Trinn 3: Korttidsplass	34 %	50 %
Trinn 4: Langtidsplass	45 %	86 %
Total	56 %	43 %

ANOVA test av ulikt gjennomsnitt per gruppe: F 8,02, p<0,0000

Tabell 26 Andel av ansatte med høgskoleutdanning, gruppert via siste ansatte en bruker var i kontakt med, per omsorgstrapp

Postnummer	Gjennomsnitt	Beregnet på andel av brukerne
7550 Hommelvik	61 %	48 %
7550 Sveberg	0 %	11 %
7560 Vikhammer	47 %	47 %
7562 Saksvik	56 %	35 %
7563 Malvik	79 %	27 %
Total	56 %	43 %

ANOVA test av ulikt gjennomsnitt per gruppe: F 2.59, p<0,0370

Ingen av de siste ansatte en bruker var i kontakt med i Sveberg hadde høyere utdanning. Dette tallet ble imidlertid beregnet for kun to brukere. Andel med høgskoleutdanning er en av de nasjonale kvalitetsindikatorene, men utdanning i seg selv trenger ikke være et nødvendig premiss for ytelse av tjenester av høy kvalitet. Kompetent bistand kan være riktig bistand i forhold til bistandsbehovet, og handle vel så mye om kompetanse, rutiner og erfaring som formell utdanning. På grunn av at

utdanningskode er koblet på såpass få brukere, bør alle forskjellene tolkes med varsomhet. Men her ligger det muligheter for mer systematisk registrering for fremtidig bruk som indikator.

4.7 Oppsummering av de kvantitative analysene

Sammenlignet med andre kommuner i Trondheimsområdet, og landsgjennomsnittet forøvrig, har Malvik en yngre, friskere befolkning med lav dødelighet og følgelig lang forventet levealder. Kommunen prioriterer hjemmetjenester og heldøgns omsorgsboliger fremfor sykehjem/institusjonsplasser. På utvalgte nasjonale kvalitetsindikatorer skårer kommunen stort sett tilfredsstillende.

Alle de nasjonale kvalitetsindikatorerne måler kvalitet på kommunalt nivå. Ett av formålene med dette prosjektet har vært å undersøke hvorvidt det går an å skape kvalitetsindikatorer på andre nivå innad i kommunen. Boligtype ble blant annet undersøkt, men dette gav ikke mening som nivå. Derimot har geografisk inndeling blitt undersøkt, og postnummer gir mening som nivå. Kommunen har fire postnumre; Hommelvik, Vikhammer, Saksvik og Malvik. De kvantitative analysene i denne rapporten har, der hvor det har vært mulig, skilt ut Sveberg som et eget område. Befolkningen i Sveberg skiller seg såpass mye fra befolkningen ellers i Hommelvik. Postnummer er imidlertid ikke et ideelt nivå for kvalitetsindikatorer siden den demografiske sammensetningen påvirkes av at heldøgn omsorgsbolig ligger lokalisert i Hommelvik og Vikhammer. For mange av indikatorene har ikke det vært signifikant forskjell mellom postnumrene. Dette kan i så fall tolkes som at brukerne er like i kommunen, eller at tildeling av tjenester skjer likt i kommunen.

I tillegg til postnummer viser rapporten hvordan en gruppering av tjenester i omsorgstrapp er en meningsfull måte både å sammenslå tjenester på, og som en meningsfull inndeling av kvalitetsindikatorer. Vi har laget fire trinn hvor hver bruker er plassert på det høyeste trinnet brukeren får tjenester. Vi inndelte trappen i fire trinn: Hjemmetjenester, dagtilbud, korttidsplass og langtidsplass. Gjennomgående viser omsorgstrappen en økt alder og skrøpeligheit blant brukerne. Særlig brukere på langtidsplass er primært eldre brukere (70 år og eldre) med betydelig høyere bistandsbehov og lavere funksjonsnivå enn brukere på de andre trinnene i omsorgstrappen. For alle indikatorene viser statistiske tester at brukerne i hvert trinn i omsorgstrappen er forskjellige fra hverandre.

Det er mulig å estimere differensiert ventetid til tjenester ved å se på tid fra registrerte saker i journal per bruker frem til tjenester er iverksatt. Brukere på langtidsplass har ventet lengst, mens brukere med hjemmetjenester og dagtilbud har ventet kortest.

Brukere har vært lenge i det kommunale systemet, med over syv år i gjennomsnitt siden første registrerte tjeneste. Det er særlig brukere av korttidsplass som har vært lenge hvor over halvparten har vært lengre enn 13 år.

Vi har også forsøkt å konstruere en indikator på kontinuitet i pleie. På kontinuitetsindeksen var det ikke forskjeller mellom postnumrene. Hjemmetjenestebrukere har flere ansatte på besøk enn brukere på langtidsplass. Det er også tydelig ulik kompetanseprofil blant de ansatte. Selv om mange har høgskoleutdanning blant de ansatte, er det faktisk langt flere med høgskoleutdanning for brukere med

hjemmetjenester og dagtilbud. Fagsystemet isolert sett gir ikke nok informasjon om ansatte og deres aktiviteter til å bli benyttet som kvalitetsindikator.

5 Resultater kvalitativ undersøkelse

5.1 Ansatte

Som nevnt på side 16, deltok 55 personer i den kvalitative undersøkelsen. Av disse var 27 ansatte og ledere i Malvik kommune: fjorten ansatte fra Helse og rehabilitering og Hjemmesykepleien, sju avdelingsledere, fire virksomhetsledere, tre fastleger, en rådgiver fra rådmannens stab og en kommunalsjef. Av anonymiseringshensyn siteres avdelingsledere og virksomhetsledere som «ledere» og ansatte fra ulike institusjoner og tjenester som «ansatt».

I analysen av fokusgruppene og intervjuene med ledere og ansatte fant vi at undertemaet «Hva er god kvalitet?» genererte fire kategorier (markeringene 'S', 'P' og 'R' viser henholdsvis til den teoretiske kategoriseringen 'struktur', 'prosess' og 'resultat'). De fire kategoriene er listet opp under, med tilhørende sub-kategorier. Under listen vil kategoriene presenteres.

- Brukeropplevd kontinuitet (P)
 - Samordnede, tilgjengelige tjenester og kommunikasjon (S)
 - Brukermedvirkning og forventningsavklaring (P)
 - Bemanning og stillingsstørrelse (S)

- Adekvat kompetanse (S)
 - Fagutdanning
 - Personlig egnethet og erfaring
 - Tverrfaglighet

- Arbeidsmiljø (S) og Fornøyde ansatte som føler de gjør en god jobb (R)

- Omsorg til bruker (P)
 - Tid (S)
 - Kjennskap til og kjemi med bruker (P)
 - Bedringsmål og/eller god livskvalitet for bruker (R)

5.1.1 Brukeropplevd kontinuitet

Deltakerne i alle fokusgruppene med ledere og ansatte snakket om viktigheten av at brukere skal oppleve at de får det de har behov og krav på og at dette forutsetter at kommunen på best mulig måte koordinerer tjenester og virksomheter. Det ble snakket om «smidige forløp for brukeren» og om et mest mulig effektivt samarbeid mellom enheter og nivå for at det ikke skal oppstå glipp eller stopp i den tjenesten som brukerne mottar, eller skal motta.

Jeg tenker at [...] kvalitet er det å sikre overgangene mellom tjenestene og disse her berømte gråsonene. I et sånt system som vi jobber i så er det alltid gråsoner hvor vi er usikre på er det min jobb eller er det din jobb? Ikke sant? Og kvalitet det er at det skal ikke brukeren oppleve tenker jeg, for hvis han faller mellom to stoler, så har du en opplevd dårlig kvalitet. [...] Du skal, eller brukeren skal, kunne gli gjennom hele systemet uten at han merker noe stopp.

(leder)

Kommunens koordinerende enhet ble trukket frem som en kritisk suksessfaktor i koordineringen av tjenester og virksomheter, og det å få til god ressursutnyttelse og riktig tjeneste raskt ut til bruker. Mange roste deres innsats og uttrykte også takknemlighet for at det finnes «en slik viktig inngangsport for alle sakene» (ansatt).

Det er fint å ha en koordinerende enhet. Der er det alltid noen som kan ta telefonen, formidle beskjeder, svare ut en del ting. [...] det er viktig med et kontaktpunkt som folk opplever som tilgjengelig.

(fastlege)

Koordineringen krever også en del møtevirksomhet, god informasjonsflyt og kommunikasjon på tvers av virksomheter og avdelinger, og en viss kjennskap til hverandres aktiviteter og oppgaver.

En må prøve å få til god samhandling mellom de ulike enhetene. For det er jo kanskje ikke en og samme virksomhet som sitter med virkemidlene i forhold til alle områdene der skoen trykker. Sånn at god kvalitet handler [...] om at vi klarer å samordne og koordinere tjenestetilbudene.

(leder)

[Koordinering og samarbeid] er kjempeviktig for å få en ordentlig kvalitet, at vi har fellesmøter. For da vet vi om pasientene og hva som trykker i kommunen, og da kan en sammen finne ut hva som må gjøres for å få det til å skli litt lettere. [...] Det er mang en floke som er løst akkurat på de samarbeidsmøtene. At vi hjelper hverandre og finner løsninger [...] når det trykker som verst. Så det gjør at det blir en god kvalitet.

(leder)

Gode møtepunkter gjør at vi kjenner hverandre på tvers av virksomhetene, og hvis du har noe sykefravær og det er mangel på sykepleiere, så er det ikke vanskelig å ta en telefon og høre, hvordan er det, er det noen [...] at en kan bruke kompetansen over hele kommunen. Og det har vi jo gjort noen ganger.

(leder)

Det kom imidlertid fram at det ikke er nok at organisasjonen «rigger seg til» for best mulig koordinering. Vel så viktig er dialogen med brukere og pårørende. Brukermedvirkning, brukerkartlegging, og forventningsavklaring ble løftet frem i alle fokusgruppene som vesentlig for å få til best mulig koordinering og best mulig og riktig tjeneste til bruker.

Brukeren skal være involvert i det vi driver på med, det er viktig for å få til god kvalitet. Og da er god kartlegging av brukerens behov og ønsker viktig.

(leder)

Brukermedvirkning er veldig viktig. Ikke minst i forbindelse med forventningsavklaring. Hvilke forventninger har de når de kommer? Hva KAN vi levere? Mange pårørende vet ikke hva vi kan gjøre og ikke.

(ansatt)

God dialog med brukere og pårørende ble pekt på som en forutsetning for velfungerende og koordinerte tjenester som leverer det brukeren har behov for. Brukere og pårørende skal oppleve at tjenester, og kommunen som organisasjon, er lett tilgjengelig. Det skal være lav terskel for å ta kontakt med kommunen hvis det er noe, og flere av intervjudeltakerne presiserte at hvis tilgjengeligheten ikke er god, vil dette raskt oppleves som dårlig kvalitet hos brukere og pårørende. Brukermedvirkning skal foregå som en form for samproduksjon, der kommunen legger til rette for en god dialog slik at brukeren får innflytelse på tjenesten han eller hun mottar. Innbyggerne skal ha tillit til kommunen og oppleve at de får den samme informasjonen uansett hvor de henvender seg og de skal få informasjon de forstår. Videre, i møtet mellom pleiepersonell og bruker, snakket deltakerne om at bør det være slik at pleieren er noenlunde oppdatert om brukeren slik at brukeren kjenner seg ivaretatt.

Sakene vi møter hver dag er varierte, men det med samordning av innsatsen, for eksempel det at vi skal snakke med en stemme, som organisasjon, det tenker jeg jo er viktig. Hvis [...] jeg [som innbygger] for eksempel hadde gått til en avdeling, sendt en mail og spurt en annen plass [i kommunen] og fått helt forskjellige svar, så hadde jeg jo begynt å stusse. Jeg tenker at det her er jo kommunen. Det er jo den samme bedriften. Samordning, det er både koordinering og at en kommuniserer lik politikk.

(kommunalsjef)

Jeg tror i hvert fall at brukerne må oppleve å få god informasjon, det tror jeg er en sånn.. får du lite informasjon så vil du uansett synes at det er dårlige tjenester også, sånn at man greier det, og jeg tror jo at den primærkontaktløsningen – hvis en greier det, så tror jeg det vil gjøre det lettere for brukeren og pårørende å oppleve og få god informasjon og at man treffer med informasjonen og legger seg på riktig nivå, prøver å beskrive det litt folkelig også da.

(leder)

Og at den som kommer [pleieren] er oppdatert, den vet hvorfor den kommer og den vet hvem det er som skal besøkes og hva er det den skal utøve av tjeneste. Ikke spør hver eneste gang. At en er oppdatert. For da blir mottakeren trygg på at det her, den personen som kommer nå, han vet hvem jeg er og hva mitt behov er.

(leder)

Brukeropplevd kontinuitet ble ikke bare koblet til kontinuitet i tjenestene og i kommunikasjonen med kommunen, men også til det antallet helse- og omsorgspersonell som brukere møter i tjenesten. Idealet er høy kontinuitet, det vil si et lavest mulig antall pleiere, fordi dette forbindes med bedre muligheter til å utvikle en god personlig relasjon og tillit mellom pleier og bruker. I tillegg forbandt deltakerne økt kontinuitet med økt kjennskap til bruker, og derfor høyere kvalitet i både pleie og omsorg (se side 32 for mer om kontinuitet, og side 34 ovenfor for utregning av kontinuitet i personell i helse og omsorgstjenesten i Malvik kommune). Gjentatte ganger ble det uttrykt i fokusgruppene at høy kontinuitet forbindes med bedre kvalitet i helse og omsorgsarbeidet og med bedre brukeropplevd kvalitet i tjenestene

Kontinuitet med ansatte oppleves positivt hos brukere og pårørende. Med en gang vi har litt for mye omrokkinger merker vi uroen. Med en gang. Kanskje spesielt på avdelinger med demens. Der er det ikke bra med mange nye [pleiere].

(ansatt)

Jeg vil trekke frem kontinuitet. Det er en av de aller, aller viktigste indikatorene på kvalitet. Både fra fastlegens ståsted, men også fra de som jobber i pleiehjem, hjemmesykepleien, sykehjemmene, NAV, saksbehandlere, helsesøster på helsestasjon. [...] at det er lite utskiftning av de kontaktpersonene, at det er stabil bemanning og at det er lavt sykefravær, og at man prøver å tilstrebe at hvis du kommer på helsestasjonen, så får du samme helsesøsteren hver gang, at når du har hjemmesykepleie så er det forholdsvis en «pool» med folk som kommer til deg og at fastlegen din er der så lenge som mulig. At det er lite gjennomtrekk

(fastlege)

Jeg tenker litt på det at man prøver å sørge for at det er færrest mulig som besøker den enkelte. For det hører jeg også da, at kanskje er det en 30, 40 ansatte og «vi vet aldri helt hvem som kommer», og jeg tenker at dette også handler om kvalitet for den som skal motta tjenestene - at det er færrest mulig ansatte som følger opp da, og som utfører tjenestene rett og slett, det tror jeg handler mye om kvalitet, på mange vis egentlig. Og det er klart at det er vanskelig det når vi har heldøgns turnuser og mange deltidsstillinger og veldig mange ansatte i et system da ... at vi klarer å begrense antall ansatte til den enkelte brukeren.

(leder)

[...] at det er kontinuitet i personalet, fordi at personalet vil jo i mange tilfeller vite at sånn var det i fjor også, at den her tilstanden hadde denne pasienten for et år siden, og da gjorde vi sånn. Og det er jo veldig mye hverdagslige, trivielle problemstillinger i eldre- og sykeomsorg, som ikke nødvendigvis trenger å eskaleres.

(fastlege)

Disse tre måtene å snakke om kontinuitet på; kontinuitet i tjenesten, kontinuitet i kommunikasjon og kontinuitet i pleiepersonalet som møter brukeren, finner vi også igjen i litteraturen. Saultz (2003) har definert kontinuitet i helse og omsorgstjenestene som hierarkisk inndelt i de tre dimensjoner eller nivåer, som sammenfaller med deltakernes forståelse i denne studien. På nederste og enkleste nivå, finner vi kontinuitet i informasjon (Saultz 2003). Dette er selve grunnlaget for kontinuitet i helse og omsorgstjenestene, en pleier trenger informasjon om brukeren for i det hele tatt å kunne gi pleie. Det neste nivået er 'langsiktig kontinuitet', eller det andre (Reid m. fl. 2002) har kalt 'ledelsesperspektivet på kontinuitet' eller koordinering av tjenestene. Det tredje og mest komplekse nivået i Saultz (2003) tredelte kontinuitetsforståelse, er den interpersonlige kontinuitetsforståelse, den vedvarende relasjonen mellom pleier og bruker som kjennetegnes, ideelt sett, av gjensidig tillit, forpliktelse og kjennskap eller fortrolighet. Saultz (2003) hevder at der det skulle være fravær av interpersonlig kontinuitet, bør det andre nivået, ledelsesperspektivet på kontinuitet, altså kontinuitet i tjenestene, kompensere gjennom å skape en ubrutt og helhetlig tjeneste. Skulle heller ikke det andre nivået innfri, sikres det et minimum av kontinuitet i helse og omsorg gjennom den informasjonsmessige kontinuiteten (Saultz 2003).

Deltakerne i denne studien anerkjente som sagt viktigheten av alle de tre nivåene for kontinuitet for å oppnå god kvalitet i tjenesten. Og det kom tydelig frem at det jobbes mye og er et sterkt fokus på å sikre informasjonsmessig og tjenestemessig kontinuitet. Også i annen litteratur assosieres kontinuitet i tjenesten med koordinering av tjenestene, integrering av tjenestene, brukermedvirkning og brukersentrering (Uijen m.fl. 2011). I intervjuene i Malvik kommune kom det dessuten frem at *stillingsstørrelser* og *bemanning* kan være viktige dimensjoner i det å sikre god interpersonlig kontinuitet, og det ble vist til at interpersonlig kontinuitet trolig kan bedres ved økt bevissthet om hvordan vakter fordeles.

Det er jo dette med heltid. [...] Det er klart det at hvis du går i hel stilling og er på jobb fem dager i uka, så er det lettere å holde seg oppdatert på brukermassen vår, enn om du jobber halv stilling. Det handler om det at en har mer informasjon, den får en rundt seg hver dag, du er mer tilstede. Og så er det det å ta mer ansvar også tenker jeg, i hverdagen og på arbeidsplassen din. Du engasjerer deg mer, gjør mer utav jobben.

(leder)

Det er dette med stillingsandel også, små stillinger, og uansett om de er på en og samme plass, så blir det lite kontinuitet ettersom de er lite på jobb. Det er egentlig ikke greit med små stillinger. For å ha kontinuitet, så må du ha litt større stillinger, for å få den kontinuitetsfølelsen selv også. Har du liten stilling, så får du ikke den følelsen uansett om du til og med er på samme plass hver gang du er på jobb, så blir det for lite likevel.

(ansatt)

Bemanning er viktig. Hos oss er tyngden i arbeidet, eller arbeidsmengden [...] ganske så statisk, den varierer ganske lite. Hvis vi blir hengende litt etter i rapportering i Profil, så blir det mye å ta igjen. Spesielt hvis vi har perioder med sykemeldinger, da kjenner vi at vi blir litt på hælene.

(ansatt)

Når folk i store stillinger forsvinner i sykdom eller sykemelding og det kommer inn mange strøvakter, da synker kvaliteten drastisk. Ufaglærte kan ikke ha blikket til en faglært. Store nok stillinger spiller inn. Du har ikke sjans å få kontinuitet og kvalitet når de er for sjelden på jobb.

(ansatt)

Vi har jo omkring tretti beboere, og vi som går i store stillinger, vi klarer å ha en viss oversikt over hvordan det er med dem, og hvis vi bare har øynene litt med oss i tillegg, så tror jeg vi har bra oversikt. Men de som jobber i mindre stillinger, for dem tror jeg nok ikke det er sånn. [...] Vi prøver å etterstrebe at de går noen dager på samme liste, men det er veldig vanskelig, spesielt hvis de går både dag og kveld. Men vi prøver i alle fall at de får være noen dager på samme liste, for det hjelper veldig for å få kontinuitet slik at de klarer de å følge med litt, men det er vanskelig det med de her mindre stillingene.

(ansatt)

Med for mange små stillinger så tar ting tid, og tolkningen av hva pasienten feiler kan bli feil. Hva pasienten feiler kommer for eksempel ikke frem eller er ikke blitt agert på. [...] Hvis bare forskjellige ser et står og ser det for første gang, så får en ikke tatt en god nok vurdering på det. En får ikke vurdert tilstrekkelig fordi en klarer ikke å sette sammen de ulike faktorene hos pasienten for å få et helhetlig bilde. Det handler jo om å se de små forandringene og vite hva de betyr.

(ansatt)

Imidlertid ble det nevnt at praktiske hensyn og hensynet til de ansatte og deres trivsel på jobb kan komme til å motarbeide hensynet til brukeren

Men så har du det at det for arbeidsmiljøet kan være viktig med rokkeringer. Når man er fordelt på tre etasjer og når man går litt på omgang i hver etasje, så gjør det noe med arbeidsmiljøet. Man blir kjent med andre sånn at det ikke blir de nede i første, de i andre. Og for å få det til å gå rundt må man også av og til være villig til å hjelpe til andre steder. Men hva skal veie tyngst – brukere og pårørendes ve og vel og deres plager, eller det at vi som jobber sammen skal ha det greit?

(ansatt)

Dette viser at tematikken interpersonlig kontinuitet er et komplekst problemfelt, som trolig krever interne diskusjoner om hvordan de ulike hensynene kan eller bør prioriteres.

5.1.2 Kompetanse

I alle fokusgruppene med ledere og ansatte ble kompetanse pekt på som viktig for kvalitet i tjenestene. Flere refererte til et behov for flere ansatte med helsefagutdanning og mente dette ville lette arbeidsprosesser, øke effektiviteten i arbeidet og bedre samarbeidet mellom kolleger. Men utover i flere av diskusjonene kom det også frem at det vel så mye handler om stillingsandel, hvor mye du er på jobb og får med deg av endringer i rutiner og systemer, hvilken holdning du har til jobben din, og hvor gode eller dårlige muligheter den enkelte har hatt til å få en systematisk innføring i rutiner og systemer (spesielt gjaldt dette fagsystemet Profil). De ulike momentene nevnt her er eksemplifisert under med deltakerutsagn.

Dette med å ha god nok kompetanse på plass er viktig [for kvaliteten]. For vi har jo hatt vanskelig [for] å få rekruttert nok fagfolk, både sykepleiere og helsefagarbeidere faktisk. Det er jo klart at har du en utdanning, så har vi noen forventninger i forhold til den ansatte og kvaliteten på arbeidet.

(leder)

Kunnskap i helsefag er veldig viktig. Utdanning gir bedre kvalitet i tjenesten.

(ansatt)

Vi opplever jo stort sett at kompetansen er god, det er jo ikke noen åpenbare svikt i det. Men vi opplever også det at når kompetansen ikke er helt optimal, altså når det er involverte som ikke har den samme helsefaglige kompetansen som sykepleierne, så kommer det mange rare spørsmål. Det kommer mye som en sykepleier ville ha avklart selv. Det kommer spørsmål om behandling som åpenbart ikke er nødvendig, fordi at det er en person uten helsefaglig bakgrunn som har fått et spørsmål fra en pasient, eller som på eget initiativ har tatt stilling til noe han eller hun synes er pussig, eller at [...] samhandlingen blir litt unødvendig omfattende fordi at det må samhandles om ting som kunne vært avklart på stedet uten å involvere lege eller annen tjeneste. Og det reduseres jo med kompetanse ut i tjenesten da.

(fastlege)

God opplæring av nyansatte og vikarer er viktig for kvaliteten. Og egentlig for fast ansatte også, at vi får oppdatert oss. For det er litt tilfeldig hva vi har hatt av opplæring i Profil, og vi

utnytter ikke det systemet godt nok og det er så ulik praksis når det gjelder hva vi rapporterer der inne.

(ansatt)

[...] du har jo de uten all verdens formelle kompetanse, men med lang fartstid, som ofte gjør en veldig god jobb, fordi de kjenner systemet og pasientene og det de driver med i det hele tatt. Så det handler ikke bare om utdanning.

(fastlege)

5.1.3 Arbeidsmiljø

Flere deltakere pekte på at det ikke bare er tilfredsheten til bruker eller pårørende som teller i kvalitetsarbeidet. De ansattes tilfredshet i jobben er vel så viktig, og i mange tilfeller kan den ansattes fornøydhet med en godt utført jobb være en indikasjon på at det er levert god kvalitet i helse og omsorgsarbeidet.

[...] når ansatte er fornøyd, at det her mestret jeg, det her greide vi, så er det en indikator på at det er god kvalitet som er levert.

(leder)

Men det å være fornøyd på jobb, og det å ha muligheten til å utføre en jobb en kan være tilfreds med, er også nært knyttet til det arbeidsmiljøet en er en del av og hvordan omgangstonen og kommunikasjonen er mellom kolleger og mellom leder og ansatt. Noen deltakere henviste til viktigheten av det de kalte «tilbakemeldingskultur» og det å få til tydelig kommunikasjon på jobb, for å kunne stå i krevende arbeidssituasjoner.

Det handler også om hvordan det er på arbeidsplassen i forhold til det å blant annet reflektere over problemstillinger i hverdagen og kanskje få veiledning og støtte og at det er nærhet mellom leder og ansatt, så langt det er mulig. Og det å ha gode samarbeidsarenaer på arbeid der ansatte har mulighet til å veilede hverandre og reflektere over det man møter i hverdagen, slik at en blir tryggere i møte med brukeren.

(leder)

Positive og fornøyde arbeidstakere er jo en forutsetning [for kvalitet]. Og da er det viktig at alt er lagt til rette rundt oss for at vi skal utrette en god jobb. Det vil også si at det ikke mangler folk på jobb. Og at vi som er på jobb samarbeider godt slik at vi når målene vi har satt oss.

(ansatt)

Vi har jo jobbet mye med det at vi er et kvinnedominert miljø, og vi har jo folk hos oss som kanskje kommer og klager på en kollega eller refererer til en episode de syntes var ugrei. Og vi er ganske opptatt av den gjensvarsretten. Så vi trekker jo inn da, [prøver å ha] en åpen kommunikasjon [...]. Ikke bare gå å ta opp det på vegne av. Og det tror jeg vi må fortsette med til all tid.

(leder)

Det er jo sånn at alt påvirker alt oppi dette her. Ansatte påvirker også hverandre. Og leder påvirker ansatte og ansatte påvirker også leder. Det er jo litt sånn, det er et samspill dette.

Andre deltakere diskuterte mulighetene til å få til mer nærledelse i en sektor med mange små stillinger og der flere ansatte kanskje ikke har mulighet til å treffe lederen sin fordi vedkommende enten har vakter når lederen ikke er på jobb, eller jobber 'utomhus'.

Nærledelse [er viktig], at du har ...at det er overkommelig det lederspennet du har, du ser hver enkelt ansatt, du kan gå inn og veilede og du har mulighet til å samle noen få og ta gode refleksjoner. Være tilstede der ansatte har sine møtearenaer, for når de går i turnus og er ute i tjeneste, så må en være tilstede i rapportsituasjoner, i brukermøtene. Det er litt forskjellig, for jeg har jo en virksomhet der lederen kan møte sine ansatte på hele vakta. Fordi de er innomhus. Mens en annen avdelingsleder, der er de ute og kjører.

(leder)

5.1.4 Omsorg

Ansatte i førstelinjen i tjenestene snakket mer konkret om kvalitet og at dette handlet om å få «såret til brukeren til å gro», og «få gjort det du kom dit for å gjøre, som var å hjelpe dem på med støttestrømper og gi medisin». Men både ansatte, avdelingsledere og virksomhetsledere snakket om en ekstra dimensjon ved kvalitet som var mindre håndfast, og det ble hentydet at det kanskje er nettopp dette vage som er kvaliteten i helse og omsorgstjenestene sett fra brukere og pårørendes side. Det de løftet frem her var tid til å vise omtanke og omsorg for pasientene. Under presenteres utsagn som viser dette spennet mellom det å få levert pleie i henhold til det brukeren har krav på, og det å levere noe mer enn det som er påkrevd i eksplisitte vedtak.

Jeg tenker at jeg har levert god kvalitet når jeg har hatt nok tid til å få utført alle prosedyrer og at alt er blitt ordentlig gjort og kanskje litt ekstra også. Og at brukeren er fornøyd og vi kan være enige sammen om at jeg føler at jeg har utført en god jobb, og du føler at jeg har utført en god jobb. At vi kan stoppe opp såpass lenge og forsikre oss om dette.

(ansatt)

Vi må jo innom det her med tidsfaktoren. Det er litt vanskeligere når vi jobber på en institusjon, for det er jo noen som trenger hjelp hele tida. Vi kan ikke rekke over alle, for alt, hele tida. Og det er noen ganger at tid ødelegger litt den kvaliteten vi egentlig kan gi. Når vi ikke har tid til kommunikasjon. En kan få gjort unna praktiske ting og få fulgt dem på do og tilbake i stolen, men så ser du at åh, pasienten har behov for å prate litt. Det kan være litt sånn at han er redd eller lei seg, men så har vi ikke tid til å ta det opp, eller å ta tak i mer dypere ting fordi at de dagligdagse gjøremålene, når det samler seg opp på alle brukere og pasienter, så er det veldig tidkrevende, og det går jo utover kvaliteten for hver enkelt pasient, fordi det er jo livskvalitet også som er på spill her. Det er ikke bare det grunnleggende stellet som er viktig, men det er hele mennesket.

(ansatt)

Kvalitet er det jeg gjør, og at det skal være bra for den som mottar det da, at de vi hjelper får en god og verdifull hverdag. [...] Og det handler jo også om hvor godt du kjenner den du

steller og at du er positivt innstilt og kan få i gang en samtale attpåtil. Det å kunne få muligheten til å bruke tid, se pasienten og høre dem og hva de ønsker.

(ansatt)

Kanskje det med møtet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og den kommunikasjonen, at det er kvalitet. Måten å kommunisere på, måten å forholde seg til brukeren på. For vi får jo lite klager, selv om vi har mange brukere, men når det er noen som ringer da, så er det gjerne måten de er møtt på, det går på. ikke akkurat tjenesten som ble utøvd. Men språket, hva ble sagt, hva ble ikke sagt.

(leder)

[Kvalitet handler om] hvordan blir man møtt, og det er en ganske så grunnleggende og noe essensielt det å føle at man blir møtt og sett og anerkjent og hørt. Altså, hva er mine behov og hvordan blir det ivaretatt i det møtet? Jeg tror at det er ganske så enkelt, men også så vanskelig kanskje som nettopp det. Så folk er opptatt av kvalitet, at du er blid og hyggelig og informerer og at du får til den relasjonelle samspillet - det tror jeg er ganske så essensielt i forhold til hvordan brukerne opplever kvalitet. At en blir møtt og hørt og anerkjent i forhold til de behovene du har, og at du blir involvert i det som er viktig for deg. Det tror jeg faktisk. [...] Helt sånne grunnleggende ting på det relasjonelle.

(leder)

5.1.5 Hvordan det jobbes med kvalitet i tjenesten, og hvordan det *bør* jobbes for å sikre bedre kvalitet i tjenesten i Malvik kommune.

Analysen av diskusjonene som omfattet temaene «Hva gjøres nå for å fremme god kvalitet i tjenestene?» og «Hva bør gjøres for å sikre kvalitet i helse og omsorgstjenestene?» genererte henholdsvis fire og seks underkategorier.

Hva gjøres for å fremme god kvalitet i tjenestene:

- Koordineringsarbeid (S)
- Dokumentasjon, rapportering, brukerkartlegging og forventningsavklaring (S)
- Arbeidsmiljøarbeid (S)
- Måltankegang og evaluering sammen med bruker, samt aktivitetsplaner med bruker (P)

Hva bør gjøres for å sikre kvalitet i helse og omsorgstjenestene:

- Koordinering og informasjonsflyt i overganger (S)
- Systematikk i opplæring i rapportering, systematikk i kompetanseutvikling og tid til erfaringsutveksling mellom ansatte (S)
- Rekruttering, bemanning og stillingsstørrelse (S)
- Arbeidsmiljøarbeid (S)
- Raskere implementering av endringer i arbeidsstyrken (S)
- Systematisk evalueringsarbeid i forhold til brukers måloppnåelse og systematikk i aktivitetskartlegging i forhold til bruker, og mer systematikk og arbeid i aktivitetskartlegging- og planlegging med bruker (P)

Kategoriene under hver av temaene er slående like og indikerer at det arbeidet som deltakerne i denne studien anerkjenner som relevant for å sikre kvalitet kan fortsette for fremtiden og også systematiseres, og/eller eskaleres og/eller forbedres ytterligere. For å bedre kontinuiteten i tjenestene og den brukeropplevde kontinuiteten, ble det for eksempel vist til at det jobbes med å få på plass primærkontakt for brukere som mottar hjemmesykepleie, ikke for alle, men for de med størst behov. Det er knyttet forventning til dette, for i flere sammenhenger ble det pekt på at det er viktig at noen sitter med oversikt og dybdekunnskap om brukeren, og at det ligger et forbedringspotensial her. Deltakerne pekte på at den totale oversikten over brukeren skal ligge hos koordinerende enhet, men at den som i praksis har best oversikt, er den eller de som er inne hos brukeren mest. Koordinerende enhet har en mer overordnet oversikt over brukerne, derfor er det nødvendig at brukere med omfattende behov, får en primærkontakt eller et primærteam. Deltakerne uttrykte, med litt misnøye, at det fortsatt jobbes mye i siloer, til tross for at mange er samlokaliserte, og at tverrfagligheten ikke er så god som den burde vært, eller som en ansatt sa: «jeg synes jo kanskje at vi har et forbedringspotensial når det gjelder tverrvirksomhetligheten vår». Det ble i fokusgruppene med ansatte også diskutert hvorvidt det gjøres nok for å få kartlagt brukerens behov og ønsker godt nok. Innkomstsamtalen for de som kommer inn på langtids plass ble nevnt, og at det her hentes inn en del praktisk informasjon, men enkelte ansatte mente at det kunne gjøres mer for å komme brukeren i møte og komme inn på brukeren. Det ble også foreslått at noe av kartleggingen kan skje på et senere tidspunkt, at ikke alt trenger å skje i det brukeren kommer inn på fast langtids plass.

Vi har jo innkomstsamtaler og den følger en plan og dekker en del praktiske ting vi trenger å vite, men jeg vet ikke om den åpner nok for brukerens og de pårørendes ønsker. Er det noe dere lurer på – det er jo enkelt å stille det spørsmålet, men vanskelig å svare på kanskje? Vi sender med et skjema der de kan fylle inn bakgrunnsopplysninger om brukeren med livshistorie, men ikke alle skriver dette for det er en frivillig sak. Men vi blir litt lei oss for det. Kanskje burde dette vært skjøvet til litt senere, til de har bodd seg inn?

(ansatt)

I diskusjonen om dokumentering og rapportering ble det stort sett referert til fagsystemet Profil. Dette er et viktig system for å dokumentere arbeidet de gjør og avgi nødvendige oppdateringer om brukerne til hverandre. Men her også snakket deltakerne om et stort forbedringspotensial, og om at dokumentering og rapportering er for lite enhetlig fordi de ansatte ikke kan systemet godt nok, er ikke blitt opplært systematisk i hvordan det skal brukes eller hvordan de bør skrive rapportert.

Det fungerer relativt greit å levere og motta muntlig rapport om brukerne, men 150 ansatte rapporterer helt forskjellig i Profil. Noen skriver lange essay og andre skriver for lite. De vet ikke helt hva som skal inn under «pri» (prioritet) når de rapporterer i Profil. Noen skriver i Profil det som egentlig skal inn i boka for den som skal ta over neste vakt. Vi trenger en opplæring her.

(ansatt)

Hjelpepleiere uttrykte et ønske om endring når det gjaldt Profil.

I Profil burde vi helsefagarbeidere sluppet til. For der er det sykepleierne som styrer, hvis det skal ordnes tiltak og settes inn ting, men helsefagarbeiderne kunne også gjort det i forhold til å legge inn planområder, kvittere for utført og sånne ting. For vi er jo også primærkontakter

til brukerne. Det hadde gjort at sykepleierne hadde sluppet litt av dette ansvaret, og vi ville fått litt mer eierskap og engasjement til det.

Flere var enige i dette, og mente at en utvidelse av ansvarsområdet for helsefagarbeidere ville være fornuftig i og med at helsefagarbeidere er inne hos pasientene i omsorgsboligene på daglig basis og derfor får veldig god kjennskap til brukerne, sannsynligvis bedre kjennskap enn en sykepleier som er inne hos brukeren en halvtime i løpet av en uke for å ta noen tester.

I forbindelse med dokumentering og rapportering, diskuterte deltakerne arbeidet som gjøres for å lage aktivitetsplaner for brukere. Dette kom også opp under diskusjoner omkring forbedringspotensial. Arbeidet med aktivitetsplaner bør intensiveres og systematiseres ble det sagt. «Vi har for lite systematikk på det». Det ble også vist til at det trengs mer systematikk inn i evalueringer av brukere etter iverksatte tiltak. Det gjøres per i dag mye evalueringsarbeid, men dette kunne vært gjort enda mer systematisk og i enda større omfang.

I diskusjoner som omhandlet arbeidsmiljøarbeid, ble det pekt på at dette per i dag er i fokus, men at mye kan gjøres bedre og mer systematisk også på dette feltet. Det ble imidlertid vist til at mye av nøkkelen til et bedre arbeidsmiljø kan ligge i problematikk som er knyttet til det å ha mange små stillinger. Små stillinger gir lite oversikt, dårligere motivasjon til å lære seg nye ting, sette seg inn i nye ting, til å holde seg oppdatert om brukere, kolleger og fagkunnskap. Skjevheter i arbeidsinnsats, i motivasjon til å ta i et tak, til å gjøre ting slik de skal gjøres, skaper irritasjon og misnøye kolleger imellom, ble det sagt.

Kategoriene under temaene «Hva gjøres for å sikre kvalitet?» og «Hva bør gjøres for å sikre kvalitet» sammenfaller relativt godt også med det deltakerne trakk frem når de snakket om hva som er kvalitet i tjenesten. For å rekapitulere handlet det om 1) kontinuitet, 2) kompetanse, 3) arbeidsmiljø og 4) omsorg. Ser vi disse opp mot det deltakerne peker på som gjøres i tjenesten for å sikre kvalitet, avviker listen av kategorier kun på det fjerde og siste punktet (omsorg). Mens god kvalitet defineres som blant annet det å gi noe ekstra i form av tid til omtanke og omsorg til bruker, dukker ikke dette opp i det som ytres omkring pågående innsats for å sikre kvalitet. Men denne fjerde dimensjonen av kvalitet ble også nevnt som den som ble skadelidende på grunn av mangel på tid. Teoretikere har som nevnt også vist til at der den mellommenneskelige relasjonen blir skadelidende (interpersonlig kontinuitet) (Saultz, 2003), er det tjeneste-kontinuiteten og informasjons-kontinuiteten som må kompensere for denne mangelen. Og det er dette fokuset vi ser i det deltakerne peker på som innsats som gjøres, og som det må gjøres mer av, for å sikre kvalitet. Det en også kan tenke seg, er at så snart de to underliggende formene for kontinuitet er godt sikret, vil dette gi bedre muligheter for å sikre den tredje og mest komplekse formen for kontinuitet i tjenesten – mer tid til hver bruker og til å se og lytte til vedkommende.

5.2 Brukere/tjenestemottakere

Vi intervjuet 18 brukere som enten hadde sykehjemsplass, bodde i heldøgns omsorgsbolig, var hjemmeboende og mottok hjemmesykepleie og/eller hadde et dag-aktivitetstilbud. I intervjuene kom det frem at følgende forhold var viktige for dem i kvalitetsvurderingen av tjenesten de mottok:

- Tilgjengelig personale og en forutsigbarhet i det å få hjelp (P)
- Omsorg (P)
- Medvirkning (P)
- Språk jeg forstår (P)

I det følgende redegjøres det for hver av disse.

5.2.1 Tilgjengelig personale og forutsigbarhet i det å få hjelp

Brukerne som vektla tilgjengelighet snakket først og fremst om ønsket om å motta hjelp fra pleiere når de trengte den. Responstiden – fra de ytret sitt behov for hjelp til de fikk den – ble også løftet frem som et viktig aspekt i kvalitetsvurderingen. Det måtte ikke gå for lang tid. Mange uttrykte seg i vendinger som ligner sitatene under, hentet fra deltakerne i undersøkelsen:

Det er viktig at det ikke går for lang tid når jeg ringer etter hjelp.

Når jeg ringer, er det jo ikke bare for å ringe – det er jo fordi jeg trenger hjelp, virkelig trenger det. Da er det viktig at det ikke går for lang tid, for da kan det gå veldig gæli.

(bruker)

Når jeg ringer på noen ganger, så kan det gå lang tid før det kommer noen. Det er helt uriktig og kan være farlig. Men mesteparten av gangene, så kommer de inn og varsler hvis de blir forsinket. Det er bra. Istedenfor at du sitter en halv time og venter.

(bruker)

De som mottok hjelp fra hjemmesykepleien, formidlet det samme ønsket om å kunne ha en viss forutsigbarhet i å vite at det kom noen, og sånn noenlunde når det var ment at de skulle komme. Imidlertid var det her flere som pekte på at de forstod at det kunne oppstå forsinkelser, og at det ikke var den enkelte pleier sin feil at de kom mye senere enn de skulle. Likevel er det klart at både hjemmeboende, institusjonsboende og beboere i omsorgsboliger, uttrykte at tilgjengelige pleiere og forutsigbarhet i tjenestene var viktig for dem.

5.2.2 Omsorg

Omsorg ble nevnt som sentralt for kvalitet i tjenestene av brukere. Vi skal også se at kategorien dukker opp i fokusgruppeintervjuet med de pårørende. Dette underbygger begrunnelsen for å inkludere omsorg som en viktig dimensjon i kvalitetsarbeidet.

Brukere uttalte at de med omsorg tenkte på pleiere som viste omsorg gjennom lyttende samtale, vennlighet, medfølelse og varme og ved å vise interesse for, og kjennskap til, deres behov og ønsker. I omsorg ligger det både en referanse til et visst følelsesmessig engasjement og en intensjon om å ivareta brukeren og dennes ønsker og behov. Brukerne uttrykte seg på følgende vis:

Jeg vil helst ha pleiere som viser meg omsorg og omtanke.

(bruker)

De må være imøtekommende og lyttende, lytte til hva jeg sier og vise omsorg. Det er så viktig.

(bruker)

Jeg hører det på stemmen om de er omsorgsfulle. Omsorg kan være at de stryker meg på kinnnet kanskje. Ja, og du kan se det på kroppsspråket. Du ser det med en gang når de kommer inn,

hvis holdningen er «Her kommer jeg», ja, da vet du at de vil være litt spisse [...] De som er omsorgsfulle er blide og vennlige.

(bruker)

Jeg vil trekke frem hverdagsmestringsteamet, de er så flotte. Og behjelpelige. De ringer til og med og spør 'Hvordan står det til med deg i dag? Skal vi komme bort og gå tur med deg eller noe annet?' Det er imponerende.

(bruker)

Det å bidra positivt til brukeres emosjonelle trivsel kan bidra til at de som leverer tjenestene får en følelse av at deres arbeid er meningsfullt og stimulerende. Dette kom også fram i diskusjonene med de ansatte. For dem var brukerens og egen fornøydhetsgrad med jobben de hadde gjort, en viktig indikator for god kvalitet. Betydningen av å imøtekomme brukerne og ivareta deres emosjonelle stress, er blitt vist i mye forskning (Fjær & Vabø 2013; Hansen 2008; Eriksson 2002). Den relasjonelle kompetansen, det vil si kompetanse til å samhandle med mennesker, er derfor viktig, men studier (se for eksempel Fjær & Vabø 2013), og brukerne som ble intervjuet i dette prosjektet, peker på at dette ikke er nok. I tillegg forventes det at pleierne bruker tid og energi i den enkelte samhandlingssituasjonen med brukeren. Det handler om en kjærlig form for oppmerksomhet, der dets motstykke kan sies å være enten likegyldighet eller en formanende, formynderstil eller «en-her-kommer-jeg»-stil, som en av brukerne nevnte. De fortalte også om opplevelser med uvennlighet, og denne hadde de reagert sterkt på. Uvennlighet burde ikke forekomme i tjenesten, «da burde de ikke jobbet der», ble det sagt.

Brukerne fortalte at det var lett å merke seg graden av tilstedeværelse og omtanke og vennlighet hos pleierne. En av dem koblet det til samholdet og trivselen mellom pleierne, at det var deres arbeidsmiljø som påvirket hvordan de behandlet brukerne:

Samholdet mellom de som jobber her, de som stiller oss, det har mye å si. Hvis det ikke er noe godt samhold, så merker jeg det på det de gjør, på kroppsholdning og hvordan de snakker. Jeg kan lett høre det i stemmene deres.

(bruker)

Andre brukere var opptatt av at pleierne i noen tilfeller ikke makter å vise omsorg og omtanke fordi de er slitne.

De er jo inn og ut hos pasientene flere ganger for dagen. De er slitne mange av dem. Og de også kan jo ha dårlige dager.

(bruker)

5.2.3 Medvirkning

Brukerne var også tydelig på at de ønsket å ha innflytelse over det som angikk dem i tjenesten. Pleiere skulle ikke gå for langt i å ta avgjørelser brukerne mente de burde ha råderett over selv, og som tidligere vist, reagerte mange av dem sterkt på pleiere som har en «her-kommer-jeg»-stil, som en av brukerne kalte det. De vil lyttes til, de vil bli hørt og de vil at deres ønsker skal tas hensyn til.

Pleierne bør være åpne for de som kommer inn her. De bør høre på pasientene, absolutt. De må se på oss og ikke bare på skjermen, men se på mennesket og lytte til oss.

En av brukerne fortalte om negative opplevelser med en pleier som «svinset rundt og bestemte og herset». En annen følte seg dårlig behandlet da noen hadde vært inne i omsorgsboligen og justert ned varmen i boligen, men opplevde det som svært positivt at en pleier tok tak i dette og skrev lapp og hengte over termostaten der det stod at beboer skulle bestemme temperaturen selv. Flere deltakere nevnte også at de ønsket seg aktivitetstilbud som passet spesielt for dem. Men på spørsmål om de følte de fikk nok informasjon (informasjon er en viktig forutsetning for å ta informerte egne valg) og om de følte at de hadde muligheter for medvirkning, uttrykte alle deltakerne at de var relativt tilfredse med hvordan dette ble ivare tatt.

5.2.4 Språk jeg forstår

Flere av brukerne nevnte at de hadde hatt vanskeligheter i samhandling med pleiere som snakket dårlig norsk eller som ikke kunne snakke norsk i det hele tatt.

Det er en del utlendinger som jobber her og jeg er ikke så språkmektig, så jeg må jo gjette meg til mye da. Det er ikke så bra.

(bruker)

Det ble vist til utrygghet i situasjoner der de selv ikke forstod pleieren og der pleieren ikke forstod dem. Men det kom også frem at det var forskjeller i hvor stressende den enkelte opplevde dette, men alle uttrykte at det likevel burde være slik at pleierne kunne forstå og snakke brukbart norsk.

5.2.5 Kontinuitet

Betoningen av kontinuitet varierte noe blant brukerne som deltok i studien. En av dem uttalte for eksempel:

Det er fint at det kommer innom litt forskjellig pleiere. Det er jo nesten aldri den samme damen som kommer, men jeg synes det bare er trivelig med variasjon.

(bruker)

En annen av brukerne var uenig og uttrykte:

Jeg synes det er litt viktigere ettersom jeg blir eldre at jeg kan ha litt mer faste pleiere å forholde meg til.

(bruker)

Flere snakket likevel varmt om de pleierne de følte de hadde god kjennskap til og som hadde god kjennskap til dem selv. Vi så også under kategorien 'omsorg' den sterke betoningen av viktigheten av at pleiere kjenner til brukernes behov og ønsker. En av brukerne snakket om det å få pleiere hjem til seg og at dette lett kunne oppfattes som 'å få fremmede folk på besøk', men at det i hennes tilfelle ikke hadde opplevdes slik fordi hun kjente til et par av hjemmesykepleierne fra den tiden da mannen hennes hadde hjemmesykepleie. Dermed er det mulig å si at mange av brukerne både direkte og indirekte la vekt på viktigheten av kontinuitet, spesielt interpersonlig kontinuitet. Og selv om noen brukere anser det som uproblematisk å forholde seg til mange ulike personer i tjenesten, kan det være av klinisk

relevans at helsepersonell besøker den samme brukeren på regulær basis. Dette er diskutert og vist til tidligere i teksten, se for eksempel hvordan dette problematiseres av de ansatte (side 42 og side 39-40).

Da deltakerne ble oppfordret til å si noe om hva de syntes fungerte godt og mindre godt i tjenesten de mottok, sprikte synspunktene noe. På den ene side var mange av dem svært fornøyde med:

- de fysiske omgivelsene (de som bodde i omsorgsbolig eller hadde sykehjemsplass)
- informasjonen de mottok
- mulighetene for medvirkning
- pleien og opptreningen de mottok
- tilgjengeligheten på personalet

Samtidig var mange misfornøyde med:

- maten (som var for kald eller for salt)
- tilgjengeligheten på personalet (for få på jobb)
- tilgjengeligheten på tjenestene (ventetiden på dagtilbud for eksempel)
- informasjon om aktivitetstilbud
- mulighetene til medvirkning
- språk og kommunikasjon
- aktivitetstilbudet

Vi ser at 'informasjon', 'muligheter for medvirkning' og 'tilgjengeligheten på personalet' går igjen både i den positive og den negative listen. Det er kanskje ikke overraskende i en tjeneste som består av så mange aktører og del-tjenester. Brukerne er også varierte i sine behov og preferanser. Også i denne sammenheng er det derfor verdifullt å gå inn i de jevnlige bruker- og pårørendeundersøkelsene som kommunen gjennomfører, og kartlegge mer nøyere hvor stor tilfredshet og misnøye det er med de ulike faktorene.

5.3 Pårørende

I alt ni pårørende deltok i fokusgruppeintervju. Deres pårørende mottok ulike tjenester. Gruppediskusjonen ble engasjert og de delte mange ulike synspunkter og erfaringer. Analysen av materialet som omhandlet temaet «Hva er viktig for meg når det gjelder kvalitet i tjenesten?» genererte følgende fem kategorier:

- Kompetanse (S)
- Kontinuitet i personalet (S)
- Omsorg (P)
- Ernæringsoppfølging (P)
- Systematikk i oppfølging av pårørende (P)

Deltakerne var opptatt av at det skulle være faglig utdannet personal i tjenestene, eller også kunne det være snakk om «drevet» personal, i betydningen erfarent personal. Videre var de opptatt av at deres pårørende ville ha det aller best om det var kontinuitet i personalet, at det var noenlunde de samme pleierne som hadde omgang med dem og som derfor kjente dem godt. Dette ble også koblet opp mot det å kunne gi omsorg. Det ble i tillegg snakket en hel del om viktigheten av ernæringsoppfølging, og de

fortalte mye om hvordan de fulgte med på ernæringsoppfølgingen av deres pårørende. Flere av deltakerne løftet også frem at hvis tjenestene skulle være gode, innebar dette også et nært samarbeid og en god dialog mellom kommunen og de selv som pårørende. Disse tematikkene, eller kategoriene, vil diskuteres mer i dybden når vi i fortsettelsen presenteres det som kom frem i diskusjoner knyttet det som fungerer godt og mindre godt i helse og omsorgstjenestene i kommunen. På lik linje med brukerne, var det også blant de pårørende ulike meninger om hva som fungerer bra og mindre bra i tjenestene. Mens flere viste til god oppfølging av sine pårørende og fortalte om positive opplevelser i møte med kommunen, tjenesten og pleierne, var andre ikke så fornøyde verken med oppfølgingen av dem selv som pårørende eller med pleien og omsorgen som ble gitt til deres pårørende. Diskusjonen var som nevnt engasjert og ble i stor grad drevet frem av deltakerne selv. De førte en god dialog med hverandre, der de trakk frem forskjeller i tjenester, forskjeller i egen situasjon som pårørende og at det sannsynligvis innebar noe helt annet å være sønn/datter av brukeren enn å være ektefelle av bruker.

Det å møte Malvik kommune når du hadde behov, var jo bare helt fantastisk. Veldig hyggelig fra du får besøk hjemme og de tar en demenstest, og det å åpne opp og la andre få se inn til deg, det er jo også en barriere, føler jeg, for du er jo vant til å klare deg selv fra du var seksten år. Men de var veldig imøtekommende, veldig bra, så det må jeg si. Koordinerende enhet var så bra å ha. Og det at det ikke er plass akkurat når du skal ha det, ja, det går jo på bevilgninger og mye det, så det ...de gjør så godt de kan. Det følte jeg den gangen.

Flere sa seg enig i at også de har kjent på det å bli behandlet med imøtekommenhet og god hjelpsomhet og forståelse. Andre var ikke enige og viste til at de har ventet lenge på plass og synes de er blitt dårlig fulgt opp i ventetiden.

Jeg er i ventefase enda og det synes jeg er tungt. Jeg har ventet i seks måneder på at min mor skal få plass. Men hun har jo en plass, men hun venter på permanent plass, og det synes jeg ikke noe om – den lange ventetiden. Alt blir på vent, du kan ikke gjøre noe. Jeg forstår jo hvorfor vi venter, men det er like fullt tungt. Informasjonen underveis har jeg måttet hente inn selv. De sier jo at jeg bare må ringe. Men det er jo jeg selv som hele tiden tar initiativ, og det er ingen mekanisme for det å holde meg orientert underveis. Men det er veldig hyggelig når jeg ringer. Jeg går jo og venter på et svar hver dag, men de ringer ikke opp hver fjortende dag, eller hver måned eller har noe systematikk i det. Og det er frustrerende.

En annen av deltakerne varsvært fornøyd med hjemmesykepleien og syntes de har fulgt opp mannen hennes på en god måte. «Jeg synes vi får så god hjelp og de har vært alle tiders, jeg kan ikke få fullrost dem nok». Andre pårørende viste til blandede erfaringer med hjemmesykepleien, med mange timer forsinkelser, med at hjemmesykepleien har glemt brukeren, med utallige telefoner til hjemmesykepleien for å få de til å følge opp brukeren der de er blitt lovet at det skal ringes tilbake, men der dette ikke blir gjort. En annen deltaker fortalte om negative erfaringer fra «korttid» og om personale som ikke virker godt informert om brukeren. En annen berettet om det hun omtalte som rystende møter med avlastningsopphold for ektemannen, med dårlig hygiene, stell og fravær av interesse og omsorg. Et par deltakere etterlyste kvalitetssikringssystem.

Det dukket opp spesielt to diskusjoner som engasjerte deltakerne sterkt. Den første gjaldt ernæring og den andre gjaldt personalsituasjonen, og herunder manglende personal og manglende kunnskap og erfaring hos spesielt vikarer.

I diskusjonen omkring ernæring ytret mange bekymring for hvordan deres pårørende følges opp ernæringsmessig. Noen uttrykte misnøye med at de selv må ta så stor del i oppfølgingen av sin pårørende når det gjelder ernæring og mente at dette er en oppgave som burde ligget til tjenesten og at de gjerne skulle sluppet å ha rollen som pleier, «jeg skulle heller gjerne kommet hit på besøk og vært pårørende, men ikke fått den rollen som pleier». Andre så det litt annerledes. De mente at det var slik det burde være, at de ønsket å engasjere seg såpass mye i sine pårørende. Spesielt gjaldt det de pårørende som er pårørende til ektefeller. De pekte også selv på denne forskjellen som viktig for hva de forventet av seg selv i forhold til sin pårørende.

Temaet tvang dukket også opp i diskusjonene omkring ernæring.

Jeg har jo veldig forståelse for at de ikke kan tvinge noen, men det er noe med å ha noen strategier for å få noen til å spise. Hva gjør du da? Og da mener jeg at det å lære de som går rundt til brukerne noen strategier for å få lurt de til å spise og drikke.

Jeg tror på et vis at en har gått i litt feil grøft her. For det har vært veldig stort fokus på det med makt og tvang. At man ikke skal presse den som ikke vil spise. Det synes jeg er på tide at en snur, for nettopp å bruke en sånn avledningsmanøver, eller det jeg kaller tid og avledning, for å få den du har foran deg til å spise. For en av kvalitetsindikatorerne innenfor alders- og sykehjem er ernæring. Det er en nasjonal kvalitetsindikator som skal følges opp, som sikrer at en får næring.

Samtlige deltakere var enige om at mange av problemene og utfordringene de pekte på, har sin bakgrunn i manglende bemanning, og at pleierne gjør så godt de kan, men de har ikke alltid har mulighet til å levere den kvaliteten de pårørende forventer fordi de er underbemannet, og de snakket om det som et problem som ligger på systemnivå.

Det er mange som trenger å ha hjelp til å spise, så er det to stykker der til ti pasienter som skal ha mat, og kanskje fem av dem trenger hjelp til å spise. Hvis jeg ikke er der da, og sitter med min mann og hjelper ham, så ville det vært seks stykker som må mates. Og da kommer vi borti personalsituasjonen altså. Og det tror jeg er mye av det som er sagt her er forbundet med. De har ikke tid til å sitte sammen med dem, [...] for det er for lite folk. [...] Og hvis en skal på do da, så må de gå begge to, for de skal med heis og alt mulig. Og da sitter det ingen igjen sammen med dem, og da blir de redde. De blir frustrerte. Og da blir det til at jeg sitter litt lenger, ikke bare på grunn av mannen min og fordi jeg vil være der for ham, men for de andre på avdelinga. Det er rett og slett personalsituasjonen som er det store problemet. [...] For de vil, de vil virkelig, men de rekker det ikke.

Sommertid er tid for bekymring, uttalte deltakerne. Det handlet om at sommertid er tid for mange vikarer.

Det er jo klart at når det kommer sommervikarer, hvis vi skal nevne det, så er det til å få magesyken av. Det er jo unge jenter på 19 år som er satt til krevende pasienter. Det er jo helt ... Det er jo greit at de må ha sommervikarer, flotte jenter, som gjør så godt de kan, men det må være en drevet person sammen med dem – minimum. Og de sier jo at det er det jo, for det kommer jo noen som gir medisin, men jeg synes det at å oppleve sommeren, og også delvis jula også, julaften syntes jeg var meget betenkelig. Men man skal jo ikke grue seg for lenge, men sommeren synes jeg ikke var noen god periode her.

Den første sommeren jeg tok med meg mannen min hjem herfra, og vi satt på altanen hjemme og da hadde han vært her fra februar til sommeren, og så begynte jeg å se på ham og da hadde han de klørne til negler og svarte renner under. Og så var jeg borti ham ved ørene og der lå det hele kaker bak ørene på ham, med skitt. Jeg ble så sint at jeg... ja, og da var det bare jentunger, og da begynte de å unnskyldte seg med at de var unge og uerfarne. Men da sa jeg at da må dere lære dem opp. Da må det være noen erfarne med dem.

For å summere opp de pårørendes diskusjoner så utgjorde kompetanse, i form av utdanning og erfaring en viktig forutsetning for kvalitet i tjenestene. Videre var kontinuitet viktig, mest for brukerens ve og vel fordi kontinuitet ifølge de pårørende gir bedre kjennskap til brukeren og derfor bedre oppfølging over tid. For egen del satte de pårørende pris på god oppfølging fra kommunens side. Oppfølgingen her henviste til informasjon. Mange nevnte at de hadde blitt møtt med imøtekommenhet og vennlighet, mens et par av de pårørende mente det ikke var tilstrekkelig med imøtekommenhet og vennlighet, men at kommunen kunne fulgt opp de pårørende på en mer systematisk måte slik at de selv ikke måtte bruke mye tid på å etterlyse informasjon.

Ernæringsoppfølging og oppfølging av brukers hygiene var viktig for flere av de pårørende, og et par av dem trakk fram negative erfaringer her – noe av det var knyttet til ferietid og det de omtalte som uerfarne vikarer, mens i forhold til ernæringsoppfølging mente de det burde gjøres en bedre innsats generelt. Flere av de pårørende var imidlertid tydelige på at de manglene de hadde erfart på disse eller andre områder var knyttet til manglende bemanning og derfor ikke var forbundet med inkompetanse, uvilje eller slurv.

Det som også kom frem i diskusjonene rundt hva de pårørende forventet av tjenestene, var deres egen situasjon og hvilken relasjon de hadde til sine pårørende tjenestemottakere. De pekte på at det virket som de forventet noe annet, eller også kanskje litt mindre av tjenestene, hvis de var ektefeller, og ikke barn av pårørende, spesielt hvis de ikke lenger jobbet selv og hadde voksne barn. Det så helt klart at situasjonen er en annen for pårørende som fortsatt er i jobb og har omsorg for barn. Det er derfor viktig å ha med seg at pårørende ikke er en enhetlig gruppe, og at forskjeller i forventninger til kvalitet, og oppfatninger om hva god kvalitet er, er knyttet til hvorvidt de er barn eller ektefelle av tjenestemottaker og hvilken situasjon de selv som pårørende befinner seg i.

5.4 Hvordan omsette kategoriene til indikatorer på kvalitet i tjenesten?

I denne delen av kapittel fem forsøker vi å si noe om hvordan kategoriene, eller resultatene, fra den kvalitative undersøkelsen kan brukes til å utvikle kvalitetsindikatorer. Som nevnt innledningsvis er dette begynnende forsøk, som kan vurderes for uttesting i et videre utviklingsarbeid.

Ser vi på den kvalitative studien og analysen under ett resulterte den i følgende ni kategorier:

- Brukeropplevd kontinuitet (P)
- Kompetanse (S)
- Arbeidsmiljø (S)
- Omsorg (P)
- Tilgjengelige tjenester og personal (P)

- Brukermedvirkning (P)
- Forståelig kommunikasjon (P)
- Ernæringsoppfølging (P)
- Systematikk i oppfølging av pårørende (P)

Alle forholdene er indikatorer på subjektiv kvalitet i tjenestene, og kan måles ved hjelp av påstander eller spørsmål som kan rettes til tjenestemottakere og pårørende som de kan si seg mer eller mindre enige i. Noen av forholdene er mer sammensatte, og det kan derfor være hensiktsmessig å dele indikatoren inn i under-indikatorer.

Flere av disse forholdene dekkes imidlertid allerede i bruker- og pårørende-undersøkelsen som gjennomføres jevnlig av kommunen. Det gjelder for eksempel kategoriene tilgjengelighet, brukermedvirkning, forståelig informasjon (under informasjon). I bruker- og pårørendeundersøkelsen måles for eksempel tilgjengelighet i form av fem påstander:

Jeg fikk plass i sykehjemmet/leiligheten da jeg trengte det.

Jeg er trygg på at de ansatte kommer når jeg trenger det.

Jeg vet hvem som er min kontaktperson.

Jeg har mulighet til å snakke med pleiepersonalet.

Jeg har mulighet til å snakke med noen her om det som er viktig for meg.

Spesielt for brukerne i vår studie, var det påstand nummer to som var viktig. De brakte ikke de øvrige forholdene på bane når de snakket om tilgjengelighet, men det betyr ikke nødvendigvis at disse ikke var viktige for brukerne eller at de ikke er viktige for andre brukere i kommunen. Når det gjelder påstand nummer fire og fem, kom dette opp under en annen av kategoriene som ble generert i vår analyse, nemlig «omsorg». Dette indikerer ikke annet enn at det tenkes forskjellig om hvordan ulike tematikker kategoriseres. Siden omsorg ble bragt på bane av så mange av deltakerne – det ble nevnt av både ansatte, ledere, brukere og pårørende - har vi valgt å trekke ut omsorg som en egen kategori. Kategorien omsorg er dessuten interessant fordi det ble hentydet av deltakere i studien at det kanskje er her selve essensen i brukeropplevd kvalitet ligger. Eller sagt på en annen måte: det er kanskje dette som er kvalitet i tjenestene for brukere og pårørende.

Gitt de ulike aspektene som ble avdekket i diskusjonene rundt omsorg, kan en operasjonalisering av indikatoren «omsorg» innebære en videre inndeling som tar tak i de de aspektene som brukerne i studien viste til; «Tid til å lytte og samtale», «Vennlighet og varme» og «Interesse for, og kjennskap til mine behov og ønsker». Disse forholdene dekkes delvis av bruker- og pårørende-undersøkelsen, under spørsmålene som handler om «Respektfull behandling».

De ansatte behandler meg med respekt

Jeg opplever at min verdighet blir ivaretatt

Ansatte hører på meg hvis jeg har noe å klage på

Det som kanskje mangler er spørsmål som tar opp dette med at pleierne viser interesser for, og kjennskap til mine behov og ønsker, samt at begrepet som «respekt» og «verdighet» kanskje ikke betyr det samme som å bli behandlet med «vennlighet og varme», som flere deltakere i denne studien løftet frem som viktig.

Bruker og pårørende-undersøkelsen tar som nevnt også opp medvirkning. Spørsmålene i undersøkelsen er:

Jeg får stå opp når jeg vil

Jeg får legge meg når jeg vil

Det legges til rette slik at jeg får spise når jeg ønsker det

Jeg er med når det utarbeides planer som angår meg

Det som imidlertid kunne vurderes i tillegg, er å se på hvordan tjenestene organiseres og struktureres for å gi rom for brukermedvirkning, hvor mange 'punkter' for brukermedvirkning er det lagt opp til i tjenesten i de ulike fasene i levering av tjenesten, i planlegging, utforming og tildeling. En pårørende ytret også ønske om mer systematikk i oppfølging og informasjon i prosessen og beskrivelsen denne pårørende presenterte åpner for at det finnes muligheter for å se på slike prosesser og sette opp noen standarder for grad av medvirkning gjennom hele forløpet. Ansatte pekte dessuten på mer aktiv og systematisk evaluering av brukeres fremgang samt en større systematikk i aktivitetskartlegging og planlegging og oppfølging. Alt dette peker på at brukermedvirkning bør ses på som noe utover hvordan den enkelte tjenesteyteren (pleieren) forholder seg til brukeren, men også om hvordan beslutningsprosesser organiseres. I Norge legger politiske føringer opp til at brukermedvirkning skal foregå som samproduksjon (Torjesen m fl. 2017), men det er ikke undersøkt i dette prosjektet hvorvidt det finnes gode muligheter for samproduksjon mellom tjenesteyter og tjenestemottaker i Malvik kommune.

Når det gjelder informasjonsmessig kontinuitet, inneholder bruker- og pårørendeundersøkelsen spørsmål som måler dette:

Jeg får god informasjon om tjenesten jeg får

Jeg får god informasjon om aktivitets- og kulturtilbud

De ansatte snakker tydelig og slik at jeg forstår dem

Jeg er kjent med hvordan jeg skal gå frem hvis jeg har noe å klage på.

Kontinuitet i tjenesten sett fra et lederperspektiv (det vil si kontinuitet i tjenestene) er det pr i dag ikke noe mål på. Imidlertid ble det i det kvantitative kapitlet (kapittel 4) gjort forsøk på å se på antallet tjenester en mottaker mottar og hvor lenge vedkommende har mottatt en tjeneste. I tillegg forsøkte vi å måle hvor lenge brukere venter på en tjeneste fra behovet deres oppstår til de mottar tjenesten.

Her kan det være hensiktsmessig å sette sammen disse informasjonsbitene, data fra fagsystemet med data fra bruker og pårørendeundersøkelsen, og måle over tid hvordan utviklingen er.

Når det gjelder den tredje type kontinuitet – interpersonlig kontinuitet – er det i kapittel 4 gjort forsøk på å regne ut hvor mange pleiere som oppdaterer fagsystemet om en bruker. Utregningen er basert på en modell fra Bice & Boxerman (1977). Dette kan kanskje være en delvis indikator på interpersonlig kontinuitet. Men den vil trolig ikke være helt dekkende eller gi nok informasjon. Den vil heller ikke kunne si noe om den faktiske relasjonen mellom bruker og pleier. Interpersonlig kontinuitet bør derfor deles opp i en objektiv og en subjektiv indikator. Den objektive sier noe om antallet pleiere som er inne hos en bruker over en definert tidsperiode, mens bruker- og pårørendeundersøkelsen gir informasjon om hvordan de erfarer relasjonen de har med pleiere. Kjennskap til en bruker kan som kjent i enkelte tilfeller komme som følge av andre forhold enn tid med brukeren.

Deltakerne i studien pekte også på at stillingsandeler vil virke inn på interpersonlig kontinuitet. Derfor kunne det være en mulighet, hvis det finnes informasjon om dette i systemene, å kartlegge antallet pleiere i *små* stillinger som er i kontakt med hver bruker, og se på om brukere som er i kontakt med flere pleiere i små stillinger melder om mer misnøye enn brukere som har større andel pleiere i større stillinger.

Kompetanse

Når det gjelder kompetanse, kan denne relativt lett beskrives ut fra arbeidsstyrkens utdanningsbakgrunn. Men i tillegg pekte deltakere på personlig egnethet og erfaring i jobben en gjør. Erfaring i jobben er trolig ikke så vanskelig å få kartlagt, men personlig egnethet er vanskeligere å kartlegge og måle. Vi vil likevel anbefale at kun utdanningsbakgrunn brukes som mål på kompetanse, men at det lages flere kategorier som inkluderer erfaring i jobben.

Arbeidsmiljø

Arbeidsmiljøundersøkelser gjennomføres jevnlig blant ansatte i alle kommuner. I denne studien har vi ikke hatt tilgang til slik data, men siden deltakerne pekte på en positiv sammenheng mellom kvalitet og arbeidsmiljø, kan det være fornuftig å se kvalitetsarbeidet i sammenheng med det som kommer ut av arbeidsmiljøundersøkelser og faktisk også benytte arbeidsmiljøundersøkelser som verktøy i kvalitetsutviklingen. Forskning fra arbeidsliv her til lands og internasjonalt underbygger helt tydelig at ansatte og ledere som har det bra på jobb også er mer produktive og leverer bedre arbeid (Aagestad og Lone 2018; Arends, Prinz og Abma 2017; Van Bogart, Kowalski, Weeks m.fl. 2013; van Bogart, Clarke, Willems og Mondelaers 2013).

6 Oppsummering, diskusjon og vurdering

På grunn av sterkere press på kommunehelsetjenestene og økt krav til kvalitet og effektivitet i tjenestene, har interessen for det å måle kvalitet i helsetjenestene økt sterkt over de siste ti årene både nasjonalt og internasjonalt.

Kvalitet i helsetjenesten kan forstås som iboende egenskaper ved tjenesten og hvordan disse tilfredsstillende visse krav og forventninger. Mål på, og ytringer om, kvalitet sier derfor noe om forholdet mellom det som leveres og det som forventes levert. Det som kompliserer arbeidet med å lage mål på kvalitet, er at oppfatninger om hva som er utgjør god kvalitet varierer. Brukere, pårørende, politikere, ledere og helse- og omsorgsarbeidere vil, selv om de enes om noen forhold, være uenige om hva som er mest avgjørende for god kvalitet i helsetjenestene.

I dette prosjektet har vi derfor forsøkt å gå bredt ut for å undersøke ulike forhold som kan si noe om kvalitet i tjenestene. Data fra fagsystemene i Malvik kommune er analysert og de er kontekstualisert ved hjelp av data fra KOSTRA og SSB. I tillegg har vi intervjuet brukere, pårørende, ansatte og ledere i Malvik kommune for å få innsikt i hvordan de forstår kvalitet og hvor de mener innsatsen bør gjøres for å skape best mulig kvalitet for brukeren. Rapporten diskuterer og peker på noen mulige funn som kan oversettes til kvalitetsindikatorer og/eller som kan benyttes for et mer systematisk tilsyn av den ytelse eller innsats som leveres av kommunehelsetjenesten. Men det er viktig å understreke at dette må ses som noen første skritt i arbeidet med å lage kontekstspesifikke kvalitetsindikatorer.

Den kvantitative delen av prosjektet analyserte data fra kommunens fagsystem og genererte oversikter over forhold som:

- geografisk inndeling og demografi
- bistandsbehov
- ventetid
- antall og varighet på tjenester
- kontinuitet i personalet
- kompetanse hos personalet

Hensikten var å se om sammenstilling av slik informasjon kan si noe meningsfullt om kommunehelsetjenesten i Malvik, som er nyttig for ansatte, ledere og/eller brukere, pårørende og innbyggere. Noen av disse sammenstillingene av data kan det konstrueres mål på, det vil si en kvalitetsindikator, men det vil sannsynligvis være vanskelig å sette målet nå. Det vil være nødvendig å følge med på utviklingen over tid for å kunne være i stand til å si noe om hva som kan eller bør forventes når det gjelder kvalitet. Men det å følge med på forholdene over tid, vil i seg selv gi nyttig informasjon om utviklingen i tjenestene som kan benyttes i den daglige driften og styringen av tjenestene.

I tillegg til å analysere data fra kommunens fagsystem, ble de ulike tjenestene organisert i en omsorgstrapp, spesifikt utviklet for Malvik kommune. Dette er nyttig for å dele inn tjenesteproduksjonen i et håndterbart antall grupper i stedet for å beskrive enten kommunen som helhet, eller å beskrive hvert enkelt tiltak.

Den kvalitative studien av prosjektet undersøkte subjektive oppfatninger av kvalitet, og genererte en liste på ni forhold som ifølge intervjudeltakerne er viktige når det gjelder god kvalitet i Malvik kommunes helse- og omsorgstjeneste:

- kontinuitet for brukeren
- kompetanse
- arbeidsmiljø
- omsorg
- tilgjengelige tjenester og personal
- brukervedvirkning
- forståelig kommunikasjon
- ernæringsoppfølging
- systematisk oppfølging av pårørende

Sett i sammenheng gir den kvantitative og kvalitative undersøkelsen følgende liste med 11 faktorer (det som går igjen i begge studier er slått sammen til en dimensjon eller faktor):

- tilgjengelig personal/tjenester
- brukervedvirkning (systematisk oppfølging av pårørende)
- omsorg
- forståelig kommunikasjon
- ernæringsoppfølging
- kompetanse hos personalet
- arbeidsmiljø
- kontinuitet i personalet (kontinuitet for bruker)
- geografisk inndeling og demografi
- bistandsbehov
- antall og varighet på tjenester

Av disse fant vi at fire forhold dekkes av bruker- og pårørendeundersøkelsen: *tilgjengelig personal*, *brukervedvirkning*, *omsorg* og *forståelig informasjon*. 'Dekkes' henviser her til at det samles synspunkter fra brukere og pårørende om disse forholdene. Hvorvidt dette skal tas inn i kvalitetsarbeidet, er opp til kommunen, og hvis det skal det, er spørsmålet selvsagt *hvordan* slik informasjon skal benyttes i arbeidet. Her må det i så fall gjøres en innsats når det gjelder å definere noen målsetninger for hva som skal utgjøre 'god', 'akseptabel' og 'dårlig kvalitet' i analysen av dataene fra brukerundersøkelsen.

Det kan også nevnes at rapporten viste at dimensjonen *tilgjengelighet* ikke bare handler om brukere og pårørendes selvrapporterte oppfatninger om tilgjengelig personal eller tjenester. I tillegg kan tilgjengelighet måles ved å bruke data fra fagsystemet til å si noe om *ventetid* på tjenester. Det ble også pekt på at *brukervedvirkning* er en mangefasettert faktor og at begrepet brukes om alt fra det å informere brukere til å engasjere brukere og pårørende aktivt i utforming av tjenestene. I forbindelse med et kvalitetsutviklingsarbeid vil det for eksempel være mulig å definere noen standarder og praksiser for brukervedvirkning i helse og omsorgstjenestene i kommunen (hvordan, hvor og når brukervedvirkning bør eller må skje). Videre kan også faktoren *systematisk oppfølging av pårørende*, hvis kommunen ønsker å følge opp dette innspillet fra noen av de pårørende, legges inn under dimensjonen brukervedvirkning, med en egen del for pårørendevirkning. Som det kvalitative materialet avdekket, eksisterer det mange former for, og grader av, pårørendevirkning, og mange av de pårørende ønsker å bidra og være delaktige i tjenesteutformingen.

Når det gjelder faktorene *ernæringsoppfølging* og *kompetanse hos personalet*, dekkes disse av de nasjonale kvalitetsindikatorene for kommunale helse- og omsorgstjenester. Våre studier avdekket

imidlertid at det kan gjøres mer systematisk arbeid i ernæringsoppfølging, og at det arbeidet som faktisk gjøres her ikke alltid blir registrert i systemet, og derfor vil tallene fra Malvik kommune når det gjelder denne indikatoren ikke være helt reell. Det bør imidlertid nevnes at det gjelder svært mange norske kommuner. Når det kommer til faktoren *kompetanse hos personalet*, blir det for den nasjonale kvalitetsmålingen registrert andelen helse- og pleie personell med helse- og sosialfaglig utdanning. Imidlertid avdekket intervjuene i dette prosjektet at pårørende, ansatte i kommunen og fastlegene mente at dette blir en lite nyansert registrering av kompetanse. Det bør vurderes om det skal lages en inndeling som inkluderer erfaring.

Arbeidsmiljø står også på listen over mulige faktorer som virker inn på kvaliteten i tjenestene. Arbeidsmiljøundersøkelser kjøres årlig i de ulike institusjonene i kommunen, så datamaterialet finnes allerede. Men her, som når det gjaldt data fra bruker- og pårørendeundersøkelsene, må det tas en avgjørelse på hvordan dette kan brukes i et kvalitetsforbedringsarbeid som skal komme sluttbrukerne til gode.

Kontinuitet er ikke en faktor som måles pr i dag. I denne studien er det gjort forsøk på å måle dette ved å benytte data fra fagsystemet om antallet pleiere som har registrert at de har vært hos en bruker - ut ifra hypotesen om at jo færre pleiere brukeren har å forholde seg til, desto bedre blir kvaliteten på tjenesten brukeren mottar. Det er ikke innenfor rammene av dette forprosjektet gjort forsøk på å koble data for å undersøke hvorvidt denne hypotesen stemmer for Malvik kommune, men for det videre arbeidet og for å få en forskningsbasert bekreftelse eller avkreftelse for hypotesen, kunne en undersøkt sammenhengen mellom antallet pleiere bruker møter, hvor fornøyd bruker er med tjenestene (med data fra brukerundersøkelsen) og data om feilbehandling/feilmedisinering, reinnleggelser og avviksrapporter.

Det som gjenstår av faktorene på listen over de elleve faktorene fra de to delstudiene er *geografisk inndeling og demografi, bistandsbehov* og til sist *antall og varighet på tjenester*. Alle disse omhandler forhold som ikke direkte lar seg oversette til kvalitetsindikatorer, men er i stedet analyser av forhold som vil være viktige i et løpende kvalitetsutviklingsarbeid. *Geografisk inndeling og demografi* kan fungere som et viktig rammeverk for å få øye på viktige likheter og forskjeller mellom de ulike geografiske enhetene i kommunen.

Undersøkelsene som gjaldt *bistandsbehov* så på kompletthet i data. Skal det gjøres et godt kvalitetsutviklingsarbeid, er det viktig at datagrunnlaget som gjelder brukerne og deres behov er reelt og noenlunde komplett. Registreres det for alle brukerne, slik kommunen er pålagt, opplysninger om brukeres bistandsbehov? Oppdateres denne informasjonen slik den skal, slik at kommunen sitter på den riktige, gjeldende informasjonen? Det går også an å sette mål på kvaliteten på dataregistreringen, hvor ofte bør det undersøkes at dataene om brukere er komplette? Data om brukeres bistandsbehov kan analyseres nærmere for å se etter typiske forløp og hva som kjennetegner brukere med disse forløpene.

Antall og varighet gav informasjon om hvor mange tjenester brukere mottar og hvor lenge de har mottatt disse. Dette er heller ikke en kvalitetsindikator, men omfatter informasjon som er viktig for god styring og utviklingsarbeid. Hvis kommunen registrerer og analyserer slik informasjon over tid, vil samordning av tjenester rettet mot visse grupper brukere sannsynligvis bli bedre. Det er heller ikke utenkelig at det kan ligge et potensial for tjenesteinnovasjon i å se etter overlapp av tjenester.

6.1 Veien videre med analyser og nye data?

Det er også andre forhold som er interessante å følge opp i et kvalitetsarbeid, men som ikke har vært mulig å skaffe data på innenfor prosjektets tidsrammer. Dette gjelder først og fremst data om bemanningsplaner, stillingsstørrelser, sykefravær mm. Disse opplysningene er ikke lagret og vedlikeholdt i fagsystemet Profil, men ligger i et annet system (Visma Ressursstyring).

Av data som ligger i fagsystemet, kan det være andre forhold som er verdt en nærmere undersøkelse. Dette gjelder klager/avvik, beskjeder/meldinger/epikriser og medikamenter. Blant disse dataene er det flere forhold det kan være aktuelt å konstruere indikatorer fra:

- Stillingsandeler, heltid og deltid
- Hvor mange timer har ansatte vært på jobb i strekk, bemanning i forhold til tid på døgnet og hvor mange ansatte arbeider ved hver enhet
- Sykefravær
- Klager/avvik per postnummer/omsorgstrapp
- Beskjeder, meldinger, epikriser: hvor er flaskehalsen: sykehus, fastleger eller kommunen?
- Medikamenter: over-/undermedisinering
- Gjennomstrømming: Hvor lang tid har hver bruker vært på ett trinn i omsorgstrappen før brukeren har gått opp ett trinn?
- Vurdering av bistandsbehov i forhold til tildelte timer og spesifikke tjenester

Data til konstruksjon av kvalitetsindikatorer er imidlertid avhengig av at datagrunnlaget er av tilstrekkelig kvalitet. Data som er registrert i fagsystemet bør være godt nok registrert for alle brukere, og de bør registreres likt av alle ansatte. Diagnoser er et eksempel på en datatype som ikke er benyttet i denne rapporten. Helsedirektoratet (2015) har pekt på at det har vært svært stor variasjon mellom kommunene når det gjelder andel mottakere med gyldig diagnose rapportering. Videre er det slik at 'kontakt med personell' er basert på kvitterte tiltak i fagsystemet, og tabell 25 og tabell 26 viste at denne informasjonen ikke var komplett for alle brukere. Det kom også frem i intervjuene at mer opplæring i fagsystemet er ønskelig fra de ansatte.

6.2 Tenke fremover (om innovasjon og nye måter å tenke på i kommunehelsetjenestene)

De utviklingstrekkene det ble pekt på innledningsvis, krever at det tenkes nytt om praksis og tilnæringsmåter i de kommunale helsetjenestene. Lenge var det slik at pleie- og omsorgstjenester har tilbudt pasifiserende tjenester der brukerne har fått hjelp til å gjøre ting de kunne gjort selv ved tilrettelegging og rehabilitering. I de senere år har hverdagsmestring blitt innført i flere kommuner landet over. Dette gjelder også i Malvik. Hverdagsmestringsteamet får varm omtale i mange av intervjuene og av alle deltakere; virksomhetsledere, avdelingsledere, ansatte i førstelinjen, brukere og pårørende. Innen hverdagsmestring er tanken at rehabiliterende innsats skal gjøres der det er mulig, så får det suppleres med pleie og hjelp der det er nødvendig. Tjenestene skal støtte opp om og utløse ressurser hos brukerne,

familie og nettverk, i nærmiljøet og lokalsamfunnet og det skal legges sterk vekt på den enkeltes egne ønsker og mål (Førland og Skumsnes 2016). Satsing på hverdagsmestring kan redusere behovet for tjenester med heldøgns omsorg og stedlig bemanning.

I gjennomgangen av datamaterialet fra de kvantitative og kvalitative undersøkelsene, først sammen med prosjektgrupperepresentantene fra Malvik kommune, og dernest for avdelingsledere, oppstod det interessante diskusjoner rundt de tjenester som kommunen leverer som ikke kategoriseres som helsehjelp. Dette omfattet mindre og varierte tjenester, og ved nærmere analyse viste det seg at dette i hovedsak dreide seg om drosjelapper. Men det som ble interessant, var diskusjonen som oppstod i undringen over *hvilke* tjenester dette dreide seg om, og om det kunne ligge noe avgjørende og viktig her for et fremtidig kommunalt helsevesen som videreførte og forsterket intensjonene som ligger i hverdagsmestringstankegangen. Kanskje finnes det, eller det kan utvikles, tiltak eller tjenester som kan tilbys i denne kategorien som kan øke mulighetene for at eldre eller aldrende innbyggere kan bli boende i sine hjem lenger? Og kanskje kunne slike tiltak og tjenester gjøre bruk av også en annen type personell enn helsefagarbeidere og sykepleiere? Diskusjonen er interessant sett i lys av en satsning på kvalitet fordi det gir en viktig påminning om at kvalitetsarbeidet ikke kun skal rettes mot å måle og registrere det eksisterende. Like viktig er det å se etter nye muligheter og løsninger.

7 Litteratur

Aagestad, C. og Lone, J.A. (2018): Betydningen av ledelse for forebygging av sykefravær, *Stat og Styring*, 2018(04), 60-63.

Anthun KS og Paulsen B 2012: "Styringsdata for bruk til pasientforløp. Somatiske sykehuspasienter og kommunale brukere i Trondheimsområdet", SINTEF rapport A23325.

Arends, I., Prinz, C. og Abma, F. (2017): Job quality, health and at-work productivity, *OECD Social, Employment and Migration Papers*, No. 195, Paris: OECD Publishing.

Asbury, J.-E. (1995): Overview of focus group research. *Qualitative Health Research*, 5 (4), 4-14-420.

Bice, T. W., & Boxerman, S. B. (1977). A Quantitative Measure of Continuity of Care. *Medical Care*, 15(4), 347-349.

Bjerkan, J., Hallem, U.L., Brataas, H.V. (2016): Hvordan forstås og praktiseres IPLOS-kartlegging? En kvalitativ studie I helse- og omsorgstjenesten i en kommune. *Tidsskrift for omsorgsforskning*.

Braun, V. & Clarke, V. (2006): Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, Vol. 3(2), 77-101.

Campbell, S.M., Braspenning, J., Hutchinson, A. og Marshall, M. (2002): Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality, Safety Health Care*, 11: 358-364.

Chen, C. C., & Chen, S.-H. (2011). Better continuity of care reduces costs for diabetic patients. *The American journal of managed care*, 17(6), 420-427.

D'Errico, E. M., & Lewis, M. A. (2010). RN continuity in home health: does it make a difference? *Home Health Care Management & Practice*, 22(6), 427-434.

Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*.

Eriksson, K. (2002): Caring science is a new key. *Nursing Science Quarterly*. 15(1), 61-65.

Flodgren GM, Meneses J. Ufaglært personell, profesjonsblanding, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene: en kartleggingsoversikt. [Unskilled personnel, skill mix, quality of care and patient safety in the healthcare services: a mapping review] Rapport – 2017. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.

Fjær, E.G. & Vabø, M. (2013): Shaping social situations: A hidden aspect of care work in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, Vol. 27, 419-427).

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

Forvaltningsloven (1967). Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven), hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>

[Førland, O. og Skumsnes, R. \(2016\): *Hverdagsrehabilitering. En oppsummering av kunnskap.* Omsorgsbiblioteket.](#)

Granheim, K., Agenda Utredning & Utvikling, Hustad, W. (2000): Tjenestekvalitet ved hjelp av indikatorer. Kommuneforlaget.

Gulliford, M. (2006): What is 'continuity of care'? *Journal of Health Services Research & Policy*, 11(4), 248-250. Hansen, K.H. (2008): Neglected opportunities for personal development: Care work in a perspective of lifelong learning, In S. Wrede, I. Henriksson, H. Høst, S. Johansson, & B. Dybbroe (eds.), *Care work in crisis. Reclaiming the Nordic ethos of care.* Malmø: Studentlitteratur.

Helse- og Omsorgsdepartementet (2017): "Leve Hele Livet". Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/leve-hele-livet/>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet (2015): Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester, Helsedirektoratet rapport IS-0511

Helsedirektoratet (2016): Helse-, omsorg- og rehabiliteringsstatistikk. Eldres bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet rapport IS-2375

Helsedirektoratet: Nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester. www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester.

Helsetilsynet (2017): "Det gjelder livet. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2017 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming", Rapport 4/1027.

Hjelmar, U., Bhatti, Y., Rostgaard, T., m.fl. (2016): *Kvalitet på offentlige og private plejecentre i Danmark.* Del-rapport 6. Roskilde: Roskilde Universitet.

Mørk E, Beyrer S, Haugsveit FV, Sundby B, Karlsen H og Wettergreen J (2017) Kommunale helse- og omsorgstjenester – Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. SSB Rapport 2017/26.

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn. IK-2482. 1995.

Norsk Standard ISO 9000:2000.

Reid, R. J., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). *Defusing the confusion: Concepts and Measures of Continuity of Health Care.* Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

Rolland, A. (2004): *KOSTRA og kvaliteten på de kommunale tjenester.* SSB notat, notater 2004/77.

Romøren, T. I. (2001). Den fjerde alderen: funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år. Oslo: Gyldendal akademisk.

Russell, D., Rosati, R. J., Rosenfeld, P., & Marren, J. M. (2011). Continuity in Home Health Care: Is Consistency in Nursing Personnel Associated with Better Patient Outcomes? *Journal for healthcare quality*, 33(6), 33-39.

Rygh LH, Saunes IS (2008): Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Rapport nr 6-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Saultz, J. W. (2003). Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. *Annals of family medicine*, 1(3), 134-143.

Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. 15-1162 veileder.

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Helse og Omsorgsdepartementet.

Torjesen, D.O., Aarrevaara, T., Time, M.S. & Tynkkynen, L.K. (2017). The users' role in primary and secondary healthcare in Finland and Norway. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 21(1), 103–122

Tøndel, G. (2011). Å telle assistansebehov; en kvalitativ studie av individbasert pleie- og omsorgstatistikk i praksis. *Geriatrisk sykepleie*, 3(1), 4-8.

Uijen, A. A., Schers, H. J., Schellevis, F. G., & van den Bosch, W. J. H. M. (2011). How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Family practice*, 29(3), 264-271.

Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S.M., van Heudsen, D. og Clark, S.P. (2013): The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome quality of nursing care: A cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 50(12), 1667-1677.

Van Bogaert, P., Clarke, S., Willems, R og Mondelaers, M. (2013): Staff engagement as a target for managing work environments in psychiatric hospitals: implications for workforce stability and quality of care. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 22(11-12), 1717-1728.

WHO (2001): *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva: World Health Organisation.

Wierdsma, A., Mulder, C., de Vries, S., & Sytema, S. (2009). Reconstructing continuity of care in mental health services: a multilevel conceptual framework. *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(1), 52-57.

8.1 Kvalitetsindikatorer nasjonale kvalitetsindikatorsystem

- Ventetid på støttekontakt
- Ventetid på helsetjenester i hjemmet
- Ventetid på dagaktivitetstilbud
- Ventetid på sykehjemsplass
- Bistand til å delta i arbeid og utdanning
- Enerom med eget bad og WC
- Hjelp til reise til og fra arbeid og utdanning
- Hjelp til reise til og fra organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter
- Bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter
- Sykefravær i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- Legetimer per beboer i sykehjem
- Dagaktivitetstilbud til personer med demens og kognitiv svikt
- Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem
- Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning per kommune
- Kommunale årsverk i psykisk helse- og rusarbeid
- Dagaktivitetstilbud til personer med utviklingshemming
- Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende
- Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem
- Fagutdanning i pleie- og omsorgstjenesten
- Mottakere av habilitering og rehabilitering på institusjon med individuell plan
- Mottakere av habilitering og rehabilitering i hjemmet med individuell plan
- Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder
- Beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder

8.2 Tiltak uten kobling til IPLOS-tjeneste

- TILTAK
 - Individuell plan
 - Skyss til dagtilbud
 - Tekniske hjelpemidler
 - Brannvarsler
 - Dagsats dagtilbud
 - Drosjelapper
 - Full kost abonnement 3 dager i uken
 - Frokost, Lunsj, kveldsmat, pr måltid
 - Fritidsordning
 - Demensteam
 - Helsami+

- Kreftkooordinator/kreftsykepleie
 - Brødmåltid
 - Parkeringsbevis
 - Sykepleieoppgaver
 - Transport dagrehabilitering
 - Sekundærknapp trygghetsalarm
- I tillegg er det også registrert ansattoppgaver som ikke er reelle tjenester men spesifikke oppgaver som tilhører andre tjenester.
- Adm. av tjenesebildet, e- melding mm.
 - Ansvar med.rom
 - Arkivere brukerpapirer
 - Avisutlevering ved postkassene før 07.00
 - Best. av varer, Halsen, Apotek. Se bok
 - Bistå andre brukere når bruker sover
 - Driftsmøte
 - Gruppemøte
 - Helhetlig pasientforløp i hjemmet
 - Hent dosetter på med.rom
 - Hent medisin på medisinrom til hjspl
 - Hent varer apotek
 - Hente post på legekantor
 - Kaste papir ved postkassene
 - Kontroll tr.alarm Motrøtunet
 - Lade telefoner Motrøtunet
 - Legevisitt
 - Legg ferd.vask dos. i brukerkurv medrom
 - Låserunde Motrøtunet
 - Medisin kontroll
 - Midtrapport
 - Møt på midtrapport på Vikhammer
 - Oppdat.al.permer med nye brukerlister
 - Oppsummeringsrapport m/gr.leder
 - Pakk ut flattøy på lager i kjeller
 - Rapport
 - Sjekk el.apparater
 - Sjekke fax/etterfyl.papir/ oppd.vaktperm
 - Skrive ansatt på vakttavle
 - Skrive ut arbeidslister generere fordele
 - Ta imot matlevering
 - Tømme søppel fra basen
 - Ukentlig medisin opplegg
 - Vask av kjøkkenhåndklær (kantine/basen)
 - Vaske dosetter (ikke innmat i maskin)
 - lever ut middag Motrøtunet
 - lever vaskede dosetter på med.rom

8.3 Resultat kategorier kvalitative analyser

Ansatte	Brukere	Pårørende
<p>Hva er god kvalitet?</p> <p><i>Struktur</i></p> <p>1: Kontinuitet i tjenesten (samordning/samarbeid, brukerkartlegging, brukermedvirkning, stillingsstørrelse, god ressursutnyttelse og bruker henvist riktig) [VL, AL, FL, AI, KS, A2]</p> <p>2: Kompetanse og personlig egnethet [FL, AI]</p> <p>3: Arbeidsmiljø og fornøyde ansatte som føler de gjør en god jobb [AL, AI, A2, VL]</p> <p><i>Prosess</i></p> <p>4: Omsorg til bruker (innfri bedringsmål og livskvalitet for bruker) og fornøyde brukere og pårørende som gjør at ansatte føler de gjør en god jobb [AI, AL, A2, VL]</p> <p>Hvordan jobbes det med kvalitet?</p> <p><i>Struktur</i></p> <p>5: Koordineringsarbeid (samarbeidsmøter, infoflyt og kommunikasjon) [AL, VL, A2, AI, FL]</p> <p>6: Dokumentering, rapporteringssystemer, sjekklister og rutiner, og brukerkartlegging og forventningsavklaring [AL, A2, AI, VL, FL]</p> <p>7: Arbeidsmiljøarbeid og ledelse som sørger for åpenhet & romslighet [AL, A2, VL]</p> <p><i>Prosess</i></p> <p>8: Måltankegang og evaluering i forhold til bruker, samt aktivitetsplaner med bruker [AL, A2]</p> <p>Forbedringspotensial, kvalitet</p> <p><i>Struktur</i></p> <p>9: Systematisk opplæring i rapportering, systematisk kompetanseutvikling og tid til erfaringsutveksling mlm ansatte [AI, A2, AL, FL]</p> <p>10: Koordinering og infoflyt i overganger (også mlm tjenester) [AL, VL, AI, A2]</p> <p>11: Bemanning og kompetanse: Mer fagutdannelse og tverrfaglighet, større stillinger, flere i heltidsstillinger, redusere strøvakter og hyppige rokkeringer [AL, VL, AI, A2, FL, KS]</p> <p>12: Arbeidsmiljøarbeid, tilbakemeldingskultur, redusere sykefravær [AL, AI]</p> <p>13: Raskere implementering av endringer blant alle ansatte [AL, VL, A2]</p> <p><i>Prosess</i></p> <p>14: Systematisk evalueringsarbeid i forhold til brukers måloppnåelse og systematikk i aktivitetskartlegging i forhold til bruker, og mer systematikk og arbeid med aktivitetskartlegging og planlegging med bruker [AL, AI, A2]</p>	<p>Viktig for meg når det gjelder tjenesten jeg mottar</p> <p><i>Prosess</i></p> <p>15: Tilgjengelige tjenester (trygg på det) [HT, HB, HVM]</p> <p>16: Omsorg [HT, HB, HVM]</p> <p>17: Medvirkning (slik at de også blir informert godt om meg), livsmestring og deltakelse og aktivitetstilbud som passer for meg. [HT, HB, HVM]</p> <p>18: Språk jeg forstår [HB, HVM]</p> <p>19: Kontinuitet (personal) [HT, HB, HVM]</p> <p>Bra med tjenesten jeg mottar</p> <p><i>Struktur</i></p> <p>20: Fysiske omgivelser fungerer [HT]</p> <p><i>Prosess</i></p> <p>21: Får informasjonen jeg trenger [HT, HB, HVM]</p> <p>22: Medvirkning [HT, HB, HVM]</p> <p>23: Kompetent pleie [HB, HVM]</p> <p>24: Opptrening [HB, HVM]</p> <p>25: Tilgjengelige tjenester [HB, HVM]</p> <p>Mindre bra med tjenesten</p> <p><i>Struktur</i></p> <p>26: Maten [HT]</p> <p>27: Bemanning (få, manglende kontinuitet) [HT]</p> <p>28: Samarbeidet lege/fysio [HB, HVM]</p> <p>29: Ventetid (dagtilbud) [HB, HVM]</p> <p><i>Prosess</i></p> <p>30: Informasjon om aktivitetstilbud [HT]</p> <p>31: Manglende interesse/omsorg, slitent personal [HT]</p> <p>32: Tilgjengelig personal [HT]</p> <p>33: Oppfølging [HT, HB, HVM]</p> <p>34: Medvirkning [HB, HVM]</p> <p>35: Korttidsopphold [HB, HVM]</p> <p>36: Språkproblemet [HB, HVM]</p> <p><i>Resultat</i></p> <p>37: Aktivitetstilbud</p>	<p>Viktig for meg/oss når det gjelder tjenesten</p> <p><i>Struktur</i></p> <p>38: Kompetanse</p> <p>39: Kontinuitet i personalet</p> <p><i>Prosess</i></p> <p>40: Omsorg for bruker</p> <p>41: Ernæringsoppfølging</p> <p>42: Systematikk i oppfølging av pårørende</p> <p>Fungerer godt</p> <p><i>Prosess</i></p> <p>43: Bra oppfølging av brukere og pårørende synes flere av deltakerne.</p> <p>Fungerer mindre godt</p> <p><i>Struktur</i></p> <p>44: Manglende bemanning (lite tid til å følge opp brukere, spesielt i forhold til ernæring)</p> <p>45: Manglende kontinuitet i bemanning/personalet</p> <p>46: Mangelfull kompetanse (ernæringsoppfølging, og oppfølging på "korttid")</p> <p>47: Ferietid og vikarer skaper utrygghet</p> <p><i>Prosess</i></p> <p>48: Manglende oppfølging mens en venter på plass, må hente inn informasjon selv</p> <p>49: Manglende kvalitetssikring (unødvendige svikt skjer)</p> <p>50: Fæl opplevelse med avlastningsopphold flere ganger- lite omsorg for bruker, lite interesse for å ta i mot informasjon om bruker</p> <p>51: Lite tilgjengelighet (pr telefon)</p>



Teknologi for et bedre samfunn