

# ... OG BEDRE SKAL DET BLI!

## Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten

Til deg som leder og utøver

Veileder

IS-1162

**...og bedre skal det bli!**

**Strategiens mål**

**Tjenester av god kvalitet:**

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelig og rettferdig fordelt

**Handlingsplaner**

Styrke  
brukeren

Styrke  
utøveren

Forbedre  
ledelse og  
organisasjon

Styrke  
forbedrings-  
kunnskapens  
plass i  
utdanningene

Følge med  
og evaluere  
tjenestene

# FORORD

Er du fornøyd med tingenes tilstand, eller har du sett at de tjenestene du er involvert i kunne blitt enda bedre? Har du tenkt på å foreslå forbedringer der du jobber, men likevel ikke gjort det?

Alle vi som arbeider med sosial- og helse-tjenester ønsker at tjenestene skal være gode og trygge. Som ledere, utøvere og brukere av tjenestene har de fleste av oss likevel opplevd svikt i kvaliteten. Hva skyldes dette?

Denne strategien tar for seg disse spørsmålene og setter søkelys på noen viktige valg og aktiviteter som vi mener kan bringe sosial- og helsetjenesten et skritt videre i retning av bedre kvalitet.

Strategien bygger på en erkjennelse av at utøverne har høye faglige kvalifikasjoner og sterk motivasjon. Samtidig vet vi at systemene og rammene vi arbeider innenfor, ikke alltid gir de beste forutsetninger for god kvalitet.

Når du leser strategien, vil du oppdage at den ikke representerer noe som er helt nytt og tidligere ukjent. Tvert i mot bygger den på prinsipper om kvalitet, forbedringsarbeid, læring, og refleksjon over egen praksis som mange vil nikke gjenkjennende til. Har ikke myndighetene mer nytt å komme med, vil du kanskje spørre; dette er som keiserens nye klær.

Men tenk så gjennom følgende: Hvis både motivasjon og kunnskap er tilstede, hvorfor skjer det feil og svikt igjen og igjen? Hvorfor arbeider vi ikke kontinuerlig med å forbedre tjenestene? Hvorfor lot du være å foreslå det du tenkte på sist høst?

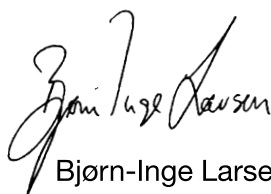
Denne strategien skal gjøre det mulig for deg å ta tak i, og jobbe med de forbedrings-områder som du opplever i din hverdag. I strategien kombinerer vi forskning, kunnskapsbasert praksis og forbedringsarbeid for å muliggjøre en mer helhetlig satsing for gode og trygge tjenester.

Strategien er utviklet i samarbeid mellom fagmiljøene og myndighetene, og den representerer overordnede tanker og veivalg. Det skal utarbeides handlingsplaner på hvert av innsatsområdene som er presentert i strategien. Disse skal også utarbeides sammen med tjenestene. Du inviteres herved til å spille inn forslag og ideer til handlingsplanene.

Bruk strategien allerede nå som inspirasjon til lokalt forbedringsarbeid. Det er vårt håp at strategien kan gi deg innspill og ideer til forbedringstiltak på din arbeidsplass.

Lykke til med kvalitetsarbeidet!

Oslo, september 2005



Bjørn-Inge Larsen  
Direktør

## HVEM HAR MEDVIRKET?

Strategien er utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet på oppdrag fra daværende Sosialdepartement og Helsedepartement i samarbeid med Statens helsetilsyn, en ekstern ressursgruppe og flere andre aktører i sosial- og helsetjenesten. Utviklings-ansvarlige i Sosial- og helsedirektoratet har vært seniorrådgiver Anne-Grete Skjellanger (ask@shdir.no) og seniorrådgiver Per-Arne Stolanowski (pst@shdir.no) under ledelse av avdelingsdirektør Frode Forland (frf@shdir.no)

### Den eksterne ressursgruppen (2002–2003) har bestått av:

Allgot, Bjørnar	Generalsekretær, Norsk diabetesforbund
Andreassen, Sissel	Kvalitetsrådgiver, fylkesmannen i Vest-Agder
Andersen, Ove Kjell	Leder, Norsk Forum for Kvalitet i Helsetjenesten
Bergström, Michael	Change Agent, Global Knowledge Explorer, MD, Landstingsförbundet, Stockholm
Brønne, Ingrid-Hanne	2. nestleder, Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO)
Buschmann, Eva	Fagpolitisk konsulent, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Feet, Irene	Seniorrådgiver, Norsk Sykepleierforbund
Flaatten, Hans	Seksjonsoverlege, avd. anestesi-intensiv, Helse Bergen HF
Fosse, Marius	Fagsjef, Statens helsetilsyn
Grimsmo, Anders	Kommunelege, 1. amanuensis, Inst. for samf.medisin, NTNU
Gulbrandsen, Pål	Direktør, Heltef
Hage, Ingrid	Avd. leder, videreutdanningen, Betanien Sykepleierhøgskole
Hofslid, Asbjørn	Viseadministrerende direktør, Helse Midt-Norge RHF
Holm, Hans Asbjørn	Avd. leder for avd. for Kvalitetsutvikling og utdanning, Den norske lægeforening
Hetta, Ole Mathis	Fylkeslege, Fylkesmannen i Rogaland
Høifødt, Tordis Sørensen	Overlege, psykiatrisk avdeling UNN HF
Kleppe, Magnar	Seniorrådgiver, Statens helsetilsyn
Kvamme, Odd Jarle	Spesialist i allmenmedisin, Stord
Kyrkjebø, Jane Mikkelsen	Stipendiat, Seksjon for utdanningsvitenskap, Psykologisk fakultet, UiB
Mandal, Odd	Opplæringsleder, Kommunal kompetanse, Oppland
Meyer, Christel	Spesialrådgiver, Helse Øst RHF
Mikkelsen, Bente	Viseadministrerende direktør, Helse Øst RHF
Normann, Lisbeth	Avd. sjef fag/helsepolitisk avdeling, Norsk Sykepleierforbund,
Nybø, Jostein	Seniorrådgiver, Fylkesmannen i Rogaland
Nysether, Solveig	2. nestleder, FO
Roald, Borghild	Studiedekan, Det Medisinske Fakultet, UiO
Stuvøy, Kari Skive	Kommunalsjef, Hurum kommune, KS
Vindregg, Jorunn	Fagkonsulent, FO
Wahlstedt, Anders	Direktør, Sørlandet Sykehus HF
Aadland, Einar	Studierektor, DIAVETT, avdeling for etter- og videreutdanning





ORRIGER

KONTROLLIER

# Innhold

1	Forord .....	3
2	Hvem har medvirket? .....	4
3	Innledning .....	8
4	To eksempler på svikt i tjenestene .....	14
5	Hvor vil vi med denne strategien? .....	18
6	Hva er god kvalitet? .....	20
7	Hvordan tenker vi? .....	26
8	Hvilken vei skal vi ta? .....	32
9	Hvordan kommer vi dit? .....	34
10	Veien videre .....	40
11	Hvordan vite at vi når dit? .....	42
12	Til deg som bruker .....	44
13	Referanser og anvendt litteratur .....	46

3.

# INNLEDNING





## 3 INNLEDNING

### 3.1 Hvorfor en ny kvalitetsstrategi?

Sosial- og helsearbeidere har alltid vært opptatt av å forbedre tjenestene og gjennom det bidratt til at norske sosial- og helsetjenester er blant de beste i verden (1,2). Likevel må tjenestene kontinuerlig utvikles og forbedres fordi:

- Samfunn, kunnskap, kompetanse og teknologi er i stadig endring og utvikling
- Brukernes forventninger og krav til medvirkning endrer seg
- Tjenestene ikke alltid virker etter hensikten
- Tjenestene ikke er så trygge og sikre som de bør og kan være
- Tjenester kan være dårlig samordnet
- Det er rom for forbedring når det gjelder ressursutnyttelse og fordeling.

### 3.2 Tidligere satsinger

Det er derfor nødvendig å fortsette det systematiske arbeidet med å forbedre tjenestene som ble påbegynt i «Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten 1995–2001» og handlingsplanen «Kunnskap og brubygging 1997–2001» i sosialtjenesten.

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten hadde som hovedmål at «alle som yter helsetjenester skal etablere helhetlige og effektive kvalitetssystemer innen år 2000». Innføring av internkontroll var et ledd i dette. Det ble i gjennomføringen av strategien også lagt vekt på at virksomhetene utviklet en kvalitetskultur og jobbet med kontinuerlig forbedring av tjenestene. Kvalitetsrådgiverprogrammer for sykehus og for kommunehelsetjenesten, forbedringsprosjekter i helsetjenesten og prosessforbedring i psykiatrien var noen av de mest sentrale satsingsområdene. Strategien ble avsluttet i 2001.

Utgangspunktet for «Kunnskap og brubygging» var to store programmer rettet inn mot sosialtjenesten:

Utviklingsprogram for sosialkontortjenesten 1991–1994

Styringsprogram for sosialkontortjenesten 1994–1997

Begge disse programmene hadde som mål å forbedre kvaliteten på tjenestene gjennom organisasjonsutvikling, opplæring, fagutvikling og bedring av levekårene for brukerne av tjenestene.

«Kunnskap og brubygging» rettet seg mot sosialtjenestens førstelinje. Målet med handlingsplanen var å initiere forsøksordninger som stimulerte til å gjøre landets sosialkontorer bedre. Virkemidlene som ble benyttet var bl.a. flere ulike opplæringsprogram for utvikling av tjenestene, etablering av faglige fora og veiledning i alle landets kommuner.

### 3.3 Føringer for strategien

#### Politiske føringer

Regjeringens politikk og føringer for kvalitetsforbedringsarbeidet fremgår av en rekke dokumenter der de årlige statsbudsjettene (St.prp. 1) for Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet er de mest sentrale.

Det er en grunnleggende verdi at tjenestene skal være preget av respekt for menneskeverdet, omsorg og ansvar for den enkelte uavhengig av alder, kjønn og rase, og uavhengig av sykdom, plager og fase i livsløpet.

Regjeringen setter brukeren og pasienten i sentrum for sin politikk på sosial- og helseområdet. Kvalitet i prosess og resultat, trygghet, tilgjengelighet, omsorg og respekt i møte med brukeren utgjør sosial- og helsetjenestens kjerneverdier. Informasjon, medbestemmelse og kvalitetsforbedring er nødvendig for riktig og effektiv behandling – og for brukerens trygghet.

God samhandling mellom nivåene i sosial- og helsetjenesten skal sikre at alle opplever at tjenesten er til for dem, uavhengig av om det er helseforetakene, kommunene, fylkeskommunene eller private som tilbyr hele eller deler av tjenesten. Tjenester på alle nivåer må samarbeide aktivt for å få til dette.

#### Myndighetskrav

Det er et krav at sosial- og helsetjenestene utøves i samsvar med gjeldende lover og forskrifter. Det er i første rekke 5 lover som regulerer tjenestene i sosial- og helsesektoren;

- Lov om helsetjenesten i kommunene
- Lov om sosiale tjenester m.v.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov om tannhelsetjenesten

I tillegg til disse lovene er ytterligere 3 lover sentrale:

- Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten
- Lov om helsepersonell m.v.

Med hjemmel i disse lovene er det dessuten gitt ut en rekke forskrifter som utdyper bestemmelsene. Mange av disse er direkte knyttet til kvalitetsarbeid. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene og forskrift om internkontroll er eksempler på dette.

### **3.4 Avtalen mellom Regjeringen og KS (Kommunenes Sentralforbund) og andre relevante satsinger**

**Avtalen mellom Regjeringen og KS**

Regjeringen har inngått en avtale med KS om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene fram til 2006. Arbeidet innenfor denne avtalen danner rammene for kvalitetsutviklingsarbeidet innen pleie- og omsorg.

KS har også fått tilskudd til en satsing på ledelse og kvalitetsutvikling i sosial- og helsesektoren – «Flink med folk». Denne satsingen har betydning for strategiens fokus på forbedring av ledelse og organisasjon. Det samme gjelder Nasjonalt ledelsesutviklingsprogram for helseforetakene i Helse- og omsorgsdepartementets regi.

De regionale helseforetakene har alle egne satsinger på kvalitet som utfyller denne strategien innenfor sine tjenesteområder.

Det er flere nasjonale satsinger som har som mål å forbedre tjenestene blant annet når det gjelder kreft, psykisk helse, rus og fattigdom. Denne strategien skal understøtte og trekke veksler på disse satsingene.

### **3.5 Definisjon av kvalitet**

**Kvalitetsbegrepet**

Kvalitetsbegrepet kan defineres på mange måter. Definisjonen er avhengig av den enkeltes ståsted og subjektive oppfatning.

Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2000) definerer kvalitet på følgende måte:

«Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav».

I denne strategien har vi valgt å gi kvalitetsbegrepet et mer konkret innhold som bygger på samfunnets føringer, som oppfyller lovverkets krav og hva som ut fra et faglig perspektiv gir best mulig tjenester til brukerne. For sosial- og helse-tjenesten innebærer god kvalitet at tjenestene:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

### **3.6 Ansvarsforhold**

Sosial- og helsedirektoratet har med denne strategien trukket opp linjene for arbeidet med kvalitetsforbedring i de kommende år. Strategien er overordnet og skal være en fellesnevner for tjenestene både i den kommunale sosial- og helse-tjenesten, i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, i spesialisthelsetjenesten og i privat virksomhet.

Strategien gjennomføres i nært samarbeid mellom direktoratet og fylkes-mennene, de regionale helseforetakene og kommunene.

Kommunene og fylkeskommunene er selvstendige forvaltningsenheter som har ansvar for utbygging, utforming og organisering av et forsvarlig tjenestetilbud. Den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten gir uttrykk for nasjonale sosial- og helsemyndigheters forventninger til hvordan kommunene og fylkeskommunene innretter sitt kvalitetsarbeid i årene fremover og representerer en invitasjon til et felles løft for kvaliteten i landets sosial- og helsetjenester.

De regionale helseforetakene drives etter en statlig eierskapsmodell etter føringer gitt i lovgivning, gjeldende styringsdokumenter og foretaksmøtet. Ansvar for kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetjenesten følger den statlige eierlinjen. Også for spesialisthelsetjenesten representerer strategien nasjonale myndigheters forventninger til innretningen på kvalitetsarbeidet.

Når tjenester leveres av andre aktører, må kravene til kvalitet og forbedringsarbeid nedfelles i avtalene som regulerer dette. I tillegg til forsvarlighetskravet som følger av lovverket, forventes private aktører i sosial- og helsetjenesten å arbeide med kvalitet i samsvar med føringene i denne strategien. Det stilles samme krav om kvalitet til private som til offentlige tjenesteleverandører.

### 3.7 God ledelse er en forutsetning

Sosial- og helsetjenesten er svært sammensatt med stor variasjon i kompleksitet, størrelse og oppgaveomfang. I forbedringsarbeid må det ikke bare fokuseres på hva som gis av tjenester, men også på hvordan tjenestene ytes, hvordan tjenestene er organisert og hvordan de blir ledet.

Kommunene, fylkeskommunene og helseforetakene er ansvarlige for organisering av tjenestene og for å legge til rette for gode møter mellom brukere/pasienter og tjenesteutøvere. De er tillagt faglig og administrativ ledelse på alle nivåer i virksomhetene. Ansvarer omfatter rekruttering av fagpersonell og kontinuerlig vedlikehold/oppdatering av personalets kompetanse samt tilretteleggelse av materielle, strukturelle og kulturelle vilkår for god tjenesteytelse.

Arbeid med kvalitet skal ikke komme i tillegg til de daglige oppgavene, men bør være en integrert del av daglig drift. Utvikling og forbedring av kvalitet forutsetter derfor tydelige føringer, avklarte roller og god ledelse.

### 3.8 Hvilken status har Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten?

Hva betyr det at direktoratet nå fastsetter en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i tjenestene? Strategien representerer ikke myndighetkrav som kommunene, fylkeskommunene eller regionale helseforetak er forpliktet til å etterleve. Samtidig vil direktoratet understreke at de sosial- og helsetjenester som ytes i kommuner, fylkeskommuner og foretak er en del av våre nasjonale tjenester.

Direktoratet har en klar forventning om at kommuner, fylkeskommuner og helseforetak følger opp arbeidet i den nasjonale kvalitetsstrategien. For helseforetakene vil departementet sikre seg dette gjennom sin eierstyring av de regionale helseforetakene. Oppfølging av innsatsområder i forhold til de regionale helseforetakene skal skje gjennom ordinære styringssystemer.

Generelt gjelder at kvalitetsstrategien skal bidra til å understøtte og samtidig tilpasses øvrige tiltak på området. Når det gjelder kommunene, har direktoratet erfaring for godt samarbeid om tidligere kvalitetsstrategier og ser fram til godt samarbeid også om denne.



4.  
TO EKSEMPLER  
PÅ SVIKT I  
TJENESTENE

## 4 TO EKSEMPLER PÅ SVIKT I TJENESTENE

En mann i 30-årene har sonet en narkotikadom. Han har hatt rusproblemer siden 13 års alderen, har mangelfull grunnskoleutdanning og har ikke vært i arbeid over tid. Helsetilstanden er dårlig bl.a. som en følge av tungt rusmisbruk. Han har hatt flere behandlingsopphold, men har «sprukket». Nettverket hans består av rusmiddelmisbrukere. Han har ikke kontakt med familie, er bostedsløs og har kun en bag med klær, toalettsaker og noen lommepenger. Han ønsker kontakt med en sosialkurator og søker om sosialhjelp til livsopphold og et sted å bo.

Sammendrag av erfaringer klienten hadde i møtet med sosialtjenesten:

- Det var ikke kontakt mellom fengsel og sosialtjenesten under soningen bortsett fra utveksling av søknader/vedtak om sosialhjelp.
- Det var ikke utarbeidet en individuell plan eller etablert ansvarsgruppe.
- Han visste ikke hvem som var fastlege.
- Han måtte presentere sitt behov på ny i en åpen skranke i kommunens rådhus.
- Han fikk beskjed om at ingen kunne snakke med ham/behandle søknaden før helgen. Han fikk komme påfølgende mandag og sov på jernbanestasjonen.
- Mandag fikk han tilvist en campinghytte og utbetalt nødhjelp med 57 kroner pr. dag. Vedtaket ble levert av merkantilt personell. Ventetiden på samtale med en kurator var fire uker.
- Kommunen hadde ikke et eget ettervernstilbud. Han ble henvist til kommunens rustjeneste. Det var ventetid på mottak av nye klienter.
- Etter kort tid i campinghytta fikk han tilbud om en kommunal leilighet i et belastet bomiljø, å leie privat var umulig grunnet dårlig rykte.
- Han ble innvilget kr. 1000 til klær og kr. 4000 til innkjøp av innbo på brukmarkedet.

- Han gjenopptok sitt rusmisbruk. Sosialtjenesten anså ham som vanskelig og avviste han ofte pga atferden. Han fikk ofte utbetalt sosialhjelpen i form av rekvisisjoner. Når han til slutt fikk time i rus-tjenesten, møtte han ikke opp.
- Han var etter hvert i en svært forkommen helsetilstand.
- Han klaget på mangelfull sosialhjelp og måten han ble møtt på. Saksbehandlingstid i klagesaker var ca. 8 uker. Fylkesmannens saksbehandlingstid var ca. 10 uker.

**En kvinne i begynnelsen av 50-årene blir diagnostisert med kreft i tykktarmen. Nedenfor følger et sammendrag av de opplevelsene hun og de pårørende hadde i møte med helsetjenesten:**

- Hun ventet i tre uker på prøvesvar om spredning.
- Hun fortalte sin historie om og om igjen til stadig nytt personell.
- Hun ventet i over ett døgn på å få smertebehandling.
- Daglig ble det rutinemessig tatt nye prøver uten at hun ble fortalt hvorfor.
- De pårørende overhørte en høylydt diskusjon blant personalet om hvem som skulle ha ansvar for henne, hun var jo så krevende.
- Hun ble flyttet frem og tilbake mellom ulike sykehus fordi de måtte frigjøre plass til pasienter som skulle ha aktiv behandling. Til slutt fikk hun beskjed om at hun måtte overflyttes til det lokale sykehjemmet. Familien valgte da å pleie henne hjemme.
- Etter kort tid meldte hjemmesykepleien at det ikke var forsvarlig å pleie en så syk pasient i hjemmet. Dersom dette skulle fortsette, måtte familien underskrive på at de var medisinsk ansvarlige for pasienten.
- På en av kvinnens siste levedager i sykehuset fant pårørende henne bevisstløs på gulvet. Hun hadde forsøkt å klatre ut av sengen, brukket lårhalsen og var stygt forslått.
- Familien ba sykehuset om å treffe tiltak for å hindre at dette skulle skje igjen. Svaret var at det ikke var kapasitet til det, og at familien i tilfelle selv måtte sitte døgnvakt.

I begge disse eksemplene sviktet det på mange områder. Tjenestene var ikke virkningsfulle eller trygge. De var ikke brukerorienterte eller koordinerte, og ressursene ble ikke utnyttet på en god måte.

Årsakene til slike mangler kan være mange og sammensatte: trange økonomiske rammevilkår, mangelfull ledelse og organisering av arbeidet, utilstrekkelig kunnskap og kompetanse, uhensiktsmessige holdninger, motstand mot endring og en lite brukervennlig kultur er eksempler på mulige årsaker.







**5.  
HVOR VIL VI  
MED DENNE  
STRATEGIEN?**

Kontinuu

## 5 HVOR VIL VI MED DENNE STRATEGIEN?

Denne strategien skal bidra til at brukerne og pasienten får sosial- og helsetjenester av god kvalitet. Strategien skal bidra til at myndighetenes politikk for god kvalitet gjennomføres, og at igangsatt kvalitetsarbeid på ulike områder innen sosial- og helsetjenesten samordnes og styrkes. Strategien har hentet inspirasjon fra tilsvarende strategier i andre land, fra arbeidet til Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Health Care Improvement og fra Verdens helseorganisasjon.

### 5.1 Visjon ... og bedre skal det bli

Sosial- og helsetjenesten i Norge fungerer godt på mange områder. Vi erkjenner likevel at tjenestene kan ha feil, mangler, svikt og uønsket variasjon. Visjonen indikerer ikke at tjenestene er dårlige, men rommer ønsket om en kontinuerlig bevegelse i retning mot det bedre. Visjonen bygger på fire avgjørende forutsetninger. Vi må hele tiden:

- Tilstrebe å utnytte den beste tilgjengelige kunnskapen
- Undersøke om det vi gjør faktisk bidrar til å nå våre mål
- Endre kurs hvis så ikke er tilfelle
- Ta hensyn til brukernes behov og ønsker når tjenester skal evalueres og forbedres.

### 5.2 Mål

Målet er at tjenestene er av god kvalitet. For sosial- og helsetjenestene innebærer dette at tjenestene:

- **Er virkningsfulle**
- **Er trygge og sikre**
- **Involverer brukere og gir dem innflytelse**
- **Er samordnet og preget av kontinuitet**
- **Utnytter ressursene på en god måte**
- **Er tilgjengelige og rettferdig fordelt**

Å bli møtt med respekt og omtanke, i kombinasjon med faglig god behandling, vil for de fleste være et uttrykk for god kvalitet. Den enkelte utøvers kompetanse, evne til å skape en god relasjon og handle etisk forsvarlig, vil derfor være av stor betydning.

### 5.3 Målgrupper

Strategiens primære målgrupper er ledere, beslutningstakere og utøvere i sosial- og helsetjenesten. Andre grupper må også være kjent med og medvirke til at den gjennomføres, f.eks. brukere, interesse- og profesjonsorganisasjoner, utdannings- og forskningsmiljøer.



**6.  
HVA ER GOD  
KVALITET?**

## 6 HVA ER GOD KVALITET?

I dette kapitlet utdypes de seks elementene i kvalitetsbegrepet som samlet utgjør strategiens mål.

### 6.1 Virkningsfulle tiltak

***God kvalitet forutsetter at beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak.***

#### **Eksempler på ineffektive tiltak og intervensjoner:**

- Rutinemessig fjerning av mandler eller visdomstenner
- Fjerning av hele brystet ved brystkreft, er ikke mer effektivt enn brystbevarende kirurgi (3,4)
- Bruk av tidligere rusmiddelmissbrukere i undervisning som forbygging av rusmiddelmissbruk kan virke mot sin hensikt (5)

Det er viktig at tiltakene gir den tilsiktede virkning. Faglige avveininger og beslutninger må derfor bygge på relevant, pålitelig, og oppdatert kunnskap og erfaring.

Kunnskap skapes gjennom forskning, utdanning og den erfaring som utøveren får gjennom veiledning, refleksjon i kollegiale felleskap og i samspillet med brukerne, pasientene og deres pårørende.

Systematisk dokumentasjon av erfaringer og resultater er påkrevd for å kunne ivareta en systematisk kvalitetsvurdering og -forbedring.

Kunnskap fra forskning og praksis må utnyttes slik at den er til støtte for alle beslutningsprosesser i tjenesten. For at slik kunnskap skal bli brukt, må den være basert på åpne og lett tilgjengelige kunnskapsbaser bygd opp av pålitelige og gyldige forskningsresultater.

For å sikre bruk av effektive tiltak, er det nødvendig med målrettet forskning og systematiske metoder for sammenstilling og sammenligning av resultater og erfaringer.

Det er selvsagt også en forutsetning at utøverne i sosial- og helsetjenesten både viser vilje til og har mulighet for kontinuerlig og tilrettelagt kompetanseoppbygging som samsvarer med de oppgaver de skal løse.

## 6.2 Trygge og sikre tjenester

### ***God kvalitet forutsetter at sannsynligheten for feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum.***

#### **Fakta om trygghet og sikkerhet i tjenestene:**

- Undersøkelser i utlandet har funnet uheldige hendelser i 4–17 % av alle sykehusinnleggelser. (6)
- I Norge er det stipulert at uheldige hendelser fører til 2000 dødsfall og 15.000 skader i året. Mer enn halvparten av disse kunne i følge helsepersonellet selv vært unngått. (7)
- I perioden 1990 til 2000 er det rapportert 380 dødsfall som følge av blødning relatert til behandling med det blodfortynnende midlet warfarin. (8)
- I psykiatrien er det både nasjonalt og internasjonalt liten tradisjon for å registrere uheldige hendelser og tilstander, f.eks. vold, selvmord, medisineringsfeil, oversett komorbiditet og tvangsbruk. (7)

Trygge brukere og pasienter forutsetter sikre og forutsigbare sosial- og helsetjenester. Trygghet og sikkerhet i tjenestene er kanskje det viktigste kravet brukerne og pasientene har til tjenestene. Behovet for sikkerhet er uavhengig av om sikkerheten er truet av feil og uønskede hendelser eller av risiko som kan følge av selve behandlingen. Å forbedre pasientens sikkerhet er derfor et arbeide rettet både mot feil og kvalitetssvikt, men også mot komplikasjoner og resultater som kan være mer påregnelige. I mange sammenhenger er det heller ikke klare grenser mellom hva som er påregnelig og upåregnelig og dermed kan forebygges. En strategi for trygge tjenester må være rettet mot brukernes og pasientenes sikkerhet som et hele.

Trygghet og sikkerhet handler også om at personvernet og informasjonsplikten er ivaretatt og at råd og veiledning gis på en faglig tilfredsstillende måte.

Organisasjoner som vurderer at uheldige hendelser og resultater som oftest er forårsaket av samspillet mellom menneske, teknologi og organisasjon og ikke av enkeltindivider, har forutsetninger for å lykkes i arbeidet med å forebygge usikkerhet og feil. Slike organisasjoner lærer av å identifisere de underliggende årsakene til uheldige hendelser, og utnytter denne kunnskapen til å eliminere eller redusere faren for gjentakelse. Et systemfokus må balanseres i forhold til den enkelte yrkesutøvers ansvar.

En systematisk tilnærming innebærer å kartlegge risiko ved registrering av uheldige eller uønskede hendelser og tilstander. Kartleggingsarbeidet består blant annet i å svare på hva, hvor, når og hvor ofte, og å ta i bruk statistiske verktøy, for eksempel statistisk prosessanalyse, for å evaluere trender og tiltak. Det innebærer videre å identifisere årsaker og bakenforliggende forhold ved å spørre hvorfor og hvordan. Denne type tilnærming innebærer endelig å gjøre risiko- og sårbarhetsanalyser, ved å spørre hva som er farligst og deretter prioritere forebyggende tiltak.

Organisasjoner som jobber systematisk med sikkerhet, leter ikke etter synderbukker, men ivaretar både bruker og utøver når feil skjer.

## 6.3 Involvere brukerne og gi dem innflytelse

***God kvalitet forutsetter at brukerens og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene.***

### **Eksempler på tiltak for å styrke brukermedvirkning**

- I sosialtjenesten i Østfold anvendes brukerundersøkelser for å tilpasse tjenestene etter brukernes behov.
- Lærings- og mestringssentrene hjelper pasienter til å mestre sin situasjon og sykdom.
- Pasient- og pårørendepanel ved Helse Bergen HF og Sørlandet sykehus, gjør det mulig å fange opp innspill til planlegging og utforming av tjenestene.
- I Fredrikstad kommune er det opprettet stilling for brukerombud.

God kvalitet innebærer at brukeren og pasienten blir sett og tatt på alvor. Med brukere menes i denne strategien personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenestene indirekte som pårørende eller barn.

Brukermedvirkning er en rettighet nedfelt i lovverket og kan skje på ulike nivå; gjennom medvirkning i politikkkutforming, påvirkning på systemnivå og på individnivå.

Brukere skal medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte konsultasjon/samtale. Brukerne opplever hvordan tjenesten fungerer i praksis og kan derfor ofte komme med de beste forslagene til forbedringer av systemet. Forbedringer som skal komme brukeren til gode, tar derfor utgangspunkt i nettopp brukerens erfaringer og synspunkter. Systematisk innhenting av brukererfaring er et viktig verktøy i så måte. I møte mellom den enkelte utøver og bruker må vi anerkjenne brukernes innsikt i egen sykdom eller livssituasjon. De kan ofte ha mer detaljkunnskap om sin egen tilstand enn utøveren. Brukere som er aktivt involvert i beslutninger om eget liv og helse, har bedre behandlingsresultater og fungerer bedre i hverdagen enn de som ikke er aktive (9).

Det er samtidig viktig å vise respekt for de som ikke ønsker å involveres i alle beslutningsprosesser. Brukerperspektivet innebærer også en lydhørhet og tilrettelegging overfor de som ikke selv kan eller ønsker å gi uttrykk for sine behov.

**Eksempler på tiltak for å samordne tjenesten og skape kontinuitet:**

- Individuell plan gir brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester retten til en helhetlig og samordnet behandlingsplan.
- Praksiskonsulentordning skal sikre og styrke samarbeidet mellom sykehushets avdelinger, allmennpraktiserende leger og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten til beste for enkeltpasienten.(10)
- Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helse-tjeneste NOU 2005:3 (11)

## 6.4 God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet

***God kvalitet forutsetter at tiltakene er samordnet og preget av kontinuitet.***

Brukernes kontakt med tjenestene skal utgjøre en mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak.

En forutsetning for dette er tydelig fordeling av ansvar, myndighet, oppgaver og samhandling på langs i en tiltaks-kjede og på tvers av tjenestetyper og nivåer. Brukerne kan også påvirke samordning av tjenestetilbud gjennom brukerutvalg hvor de har en formalisert kanal til de ansvarlige ledernivåene i virksomheten (foretaket/fylkeskommunen/kommunen).

Samordning og kontinuitet forutsetter videre at yrkesgrupper på ulike nivåer samarbeider, viser fleksibilitet og søker å se behovet til brukeren med deres øyne.

## 6.5 God ressursutnyttelse

***God kvalitet forutsetter at ressursene er utnyttet på en slik måte at brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst.***

God ressursutnyttelse betyr å tilby rett tjeneste, til rett bruker, på rett måte og til rett tid.

Ved valg av tiltak må det tas hensyn til brukerens behov, hvor alvorlig situasjonen er, forventet nytte og kostnadene forbundet med tiltaket.

Videre må tjenesten leveres slik at en får mest mulig ut av ressursene som stilles til disposisjon. Dette innebærer at innsatsen dimensjoneres ut fra en åpen og helhetlig prioritering. På denne måten unngås både sløsing, over- og underforbruk.

Et fokus på god ressursutnyttelse må ikke føre til rasjonalisering på bekostning av kvalitet. God kvalitet er effektivt. Tiltak for å unngå feil eller redusere konsekvensene av feil,

**Eksempler på dårlig utnyttelse av ressursene i eksisterende praksis:**

Overforbruk:

- Det brukes for mye anti-biotika mot infeksjoner i øvre luftveier.(12,13)

Underforbruk:

- Flere pasienter med koronar hjertesykdom vil ha nytte av betablokkere. (14–16)



er eksempler på dette. Selve tiltaket koster noe, men å gjøre feilen og konsekvensen feilen fører med seg, koster mer. Tiltakene reduserer derfor kostnaden og hever samtidig kvaliteten på tjenesten. God kvalitet skal lønne seg i en samfunnsøkonomisk sammenheng. Det er viktig at de nasjonale finansieringssystemene understøtter dette.

## 6.6 Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling

***God kvalitet forutsetter at ressursene i det samlede tjenestetilbudet er tilgjengelige og fordelt slik at alle har samme mulighet for å oppnå et godt resultat.***

### Eksempler på ulikhet:

Kjønnsforskjeller:

- Mye medisinsk forskning er gjort på menn, uten sikker overførbart til kvinner.(17)

Mellom brukergrupper:

- Rusmisbrukere får generelt et dårligere helsetjeneste- tilbud enn øvrige sosial-klienter. (18)

Rettferdig fordeling betyr at brukere har likest mulig tilgang på sosial- og helsetjenester uavhengig av kjønn, sosial status og bosted. Brukere med like behov skal få et tilbud med samme innhold og kvalitet. Det er likevel viktig å være klar over at et likt tilbud ikke nødvendigvis gir et likt resultat.

Rettferdig fordeling forutsetter en åpen prioritering av tjenestene. Det er i alle enkeltmøtene mellom bruker og tjenesteyter mange av de reelle prioriteringene foretas.

Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes ulike behov. Dette innebærer blant annet fysisk tilgjengelighet og kulturell og språklig forståelse. En aktiv og utadrettet innsats må til for å nå enkelte brukere.

Et sentralt element når det gjelder tilgjengelighet, er å sikre at de tjenestene det er behov for og brukene har rett til, faktisk finnes.

## 6.7 Mulige målkonflikter mellom kjennetegn på kvalitet

Tjenester av god kvalitet skal være virkningsfulle, trygge og samordnet. De skal involvere brukeren og gi dem innflytelse, være tilgjengelige, rettferdig fordelt og ressursene skal være utnyttet på en god måte. I praksis kan disse målene eller kjennetegnene komme i konflikt med hverandre. Det er et lederansvar å gjøre bevisste valg og prioriteringer når dette skjer.



# 7. HVORDAN TENKER VI?

## 7 HVORDAN TENKER VI?

Det finnes mye nasjonal og internasjonal teori, kunnskap og erfaringer om kvalitetsforbedring. Nedenfor skisseres noe av stoffet som er lagt til grunn i utforming av strategien. Deretter beskrives hvordan dette er innarbeidet i strategien.

### 7.1 Kvalitetsteori

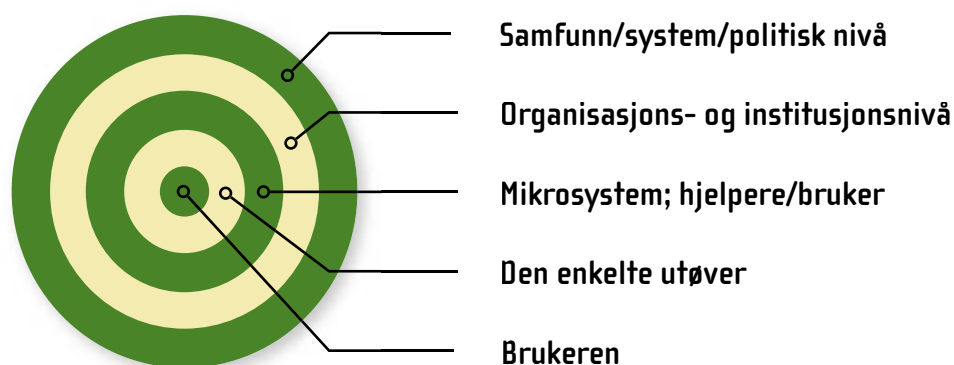
Kvalitetsarbeid har de siste femti årene utviklet seg fra et fokus på sikring av kvaliteten til et fokus på kontinuerlig utvikling og forbedring. Dette illustreres i tabellen nedenfor.

	Kvalitets- kontroll	Kvalitets- sikring	Kontinuerlig forbedring
Fokus	Hva som ble gjort	Hvordan det ble gjort	Tverrgående samarbeid/ barrierer
Tiltak	Tekniske	Prosedyrer	Utvikle mennesker og prosesser
Måling	Kontroll	Dokumentasjon	Bruker-tilfredshet
Ansvar	Kontrolløren	Kvalitetsavdelingen	Ledere og ansatte

De siste ti årene har det hovedsakelig vært tre **ulike tilnærminger** til kvalitetsarbeidet i sosial- og helse-tjenesten. Noen har fokusert mest på **helhetlige og effektive systemer** for å sikre god kvalitet på tjenestene (eksempler er internkontroll, kvalitetssystem eller ISO-sertifisering). Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i

helsetjenesten (1995–2001), jf pkt 3.2, hadde denne tilnærmingen. Noen har valgt en mer **faglig, eller klinisk tilnærming** til arbeidet (kliniske kvalitetsregistre og gjennombruddsmetodikken er eksempler på dette), mens andre igjen har hatt **brukeren i sentrum** (gjennom f.eks brukerpanel og brukerundersøkelser).

For å sikre kvaliteten på tjenestene, er det nødvendig å jobbe med flere tilnærminger og tiltak på ulike nivåer; samfunns- og systemnivå, organisasjons- og institusjonsnivå, på mikrosystemnivå (bruker og hjelpeteam), i forhold til den enkelte utøver og bruker, se figur nedenfor.

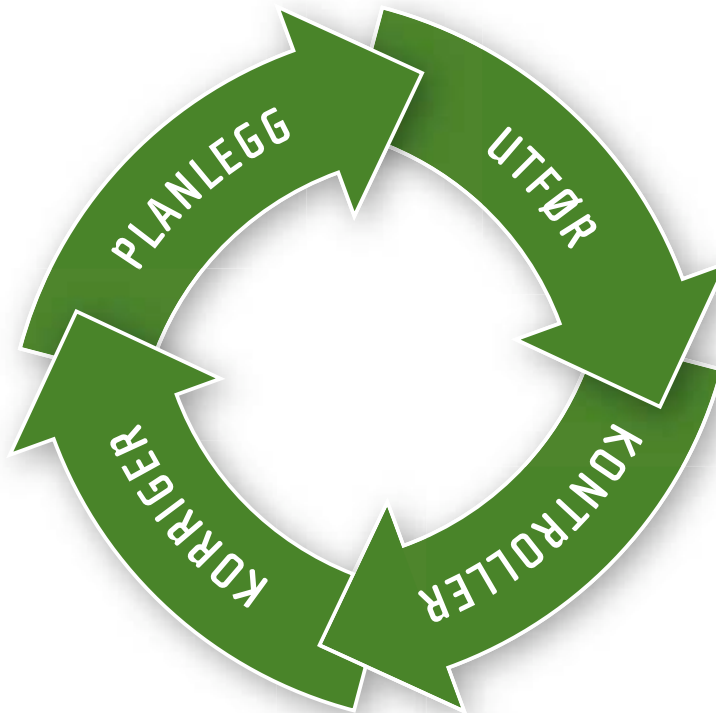


For å skape endring og vite at endringer er forbedringer, kreves forbedringskunnskap. Denne type kunnskap består av:

- Kunnskap om prosess og system
- Kunnskap om variasjon og måling
- Kunnskap om arbeids- og endringspsykologi
- Erfaringskunnskap

En enkel metode for å utvikle kunnskap i praksis er å gjøre bruk av *Demings sirkel* (se neste side). W. E. Deming utviklet denne modellen for systematisk forbedring som består av fire hovedelementer: Planlegge, utføre, kontrollere og korrigere.

Planleggingsfasen består av problemidentifisering, faktainnsamling årsaksanalyse og løsningsforslag. Utføringsfasen består av å teste ut løsningsforslagene i praksis. Kontrollfasen består av å evaluere om endringene fører til forbedring. Korrigeringsfasen består av å justere og standardisere løsningene.



#### Forbedring krever kritisk refleksjon rundt egen praksis

- Refleksjonsarenaer der utøverne kan utveksle erfaringer om hva som påvirker praksis i positiv retning ble etablert i sosialtjenesten som et ledd i «Kunnskap og brukbygging».(19)
- Etterutdanningsgrupper gir allmennpraktikere mulighet til å vurdere og utvikle egen praksis ut fra enkle registreringer. Sammenligning av praksis i kollega-grupper gir utgangspunkt for læring og forbedringsarbeid.
- Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) bistår med lokal laboratorieprofil, kunnskap om kliniske temaer og internettbasert kursvirksomhet.(20)

Forbedringsarbeid setter krav til kulturen i organisasjonen og fordrer videre at det settes av tid og ressurser til dette arbeidet. En kvalitetskultur i sosial- og helsetjenesten har følgende kjennetegn:

- Brukerne og deres pårørende er i fokus for den enkelte medarbeiders aktiviteter.
- Arbeidet tilrettelegges slik at det gode forløp er utgangspunktet og ivaretagelse av brukerens behov er i høysetet.
- Brukeren og de pårørende oppfattes som viktige samarbeidspartnere.
- En felles interesse for hele tiden å være à jour med ny viten av relevans for tjenesteutøvelsen, både i ledelsen og blant tjenesteutøverne.
- En ledelsesform som fremmer en åpen dialog, hvor utvikling, refleksjon og læring er vesentlige elementer.
- En organisatorisk fleksibilitet, som sikrer at ny viten implementeres, herunder også teorier og metoder for kvalitetsutvikling.
- Gode styringssystemer som sikrer kvaliteten på tjenestene.

## 7.2 Strategiens tilnærming til forbedringsarbeid

Norske myndigheter benytter per i dag følgende virkemidler for å legge til rette for bedre kvalitet på tjenestene:

- Gjennom regelverket stilles krav til entydig plassering av organisatorisk ansvar, til forsvarlig virksomhet og internkontroll.
- Gjennom utdanning og autorisering av personell sikres at de som arbeider i tjenestene er kvalifisert for oppgavene.
- Gjennom finansieringsordningene ønskes å fremme effektivitet og kvalitet.
- Gjennom tilsyn søkes å heve trykgheten i tjenesten.
- Gjennom forskning, kunnskapsoppsummering og metodevurdering skal det faglige grunnlaget for tjenesteutøvelsen bli bedre.
- Gjennom prioritering av ressurser kan forebyggende og kurative tiltak til utsatte grupper styrkes.

I tillegg vil myndighetene gjennom denne strategien motivere, skape engasjement samt legge forholdene til rette for å jobbe for en stadig bedre sosial- og helsetjeneste i årene som kommer. Strategien retter seg inn mot virkemidler og tiltak på mange nivåer, jf figuren side 28, samt å skape synergier mellom det som allerede er etablert, og det som settes i gang.

Erfaring tilsier at alle tre tilnærmingene beskrevet på side under punkt 7.1, er viktige for å få god kvalitet på tjenesten, og strategien søker derfor å kombinere dem. Tre elementer er derfor gjennomgående i strategien:

- 1. Faglig gode tjenester**
- 2. Levert på en menneskelig sett god måte**
- 3. I et system som fremmer helhet**

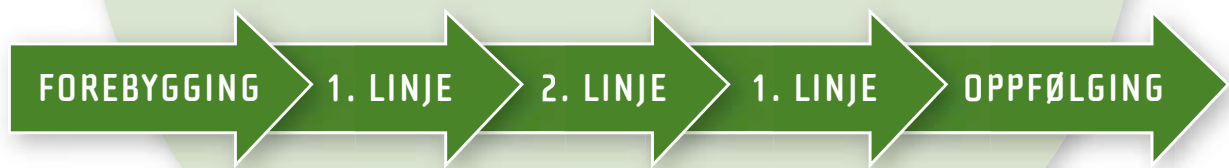
**Kvalitet  
skapes i møte  
mellom utøver  
og bruker**

Strategien tar utgangspunkt i brukeren som en viktig premissleverandør for god kvalitet. Dette gjelder både for utforming av tjenesteapparatet og i det enkelte møte. Kvalitet skapes og prøves i møtet mellom bruker og utøver. Strategien fokuserer på hvordan dette møtet kan forbedres ved å styrke leder/utøveren og brukeren. Den baseres på forutsetningen om at et bedre samarbeid mellom utøvere, på tvers av fag, profesjon og nivå i tjenesten, vil føre til bedre tjenester. Strategien bygger på utøvernes faglige kompetanse, og den ønsker å bidra til at fagutvikling spesielt rettes mot en kvalitetsforbedring av tjenestene.

**Faglig gode tjenester ...**

**... levert på en menneskelig sett god måte ...**

**... i et system som fremmer helhet**



8.

HVILKEN VEI  
SKAL VI TA?

FRONTLINE



## 8 HVILKEN VEI SKAL VI TA?

For å nå strategiens visjon om en bedre sosial- og helse-tjeneste, er det foretatt flere strategiske veivalg. Disse avveiningene er tatt med bakgrunn i politiske føringer, verdier og normer, samt en analyse av behov og mulighet for å oppnå resultater.

Sosial- og helsetjenesten er svært sammensatt. Den store variasjon i kompleksitet, størrelse og oppgaver i kommunene, fylkeskommunene og i de statlige foretakene, tilsier at det trengs ulike virkemidler og løsninger. De som er ansvarlige for tjenestene på ulike nivå, må derfor foreta valg av virkemidler og løsninger i skjæringspunktet mellom sentrale føringer og lokale behov.

**Følgende skal legges til grunn for alt arbeid i henhold til strategien og er førende for nasjonalt og lokalt forbedringsarbeid:**

- Brukermedvirkning bør sikres i alt forbedringsarbeid.
- Innsatsen bør rettes inn mot områder der svikten gjennomgående er stor, eller der variasjonen er betydelig.
- Tiltak som vil gi betydelig forbedring, bør prioriteres.
- Det bør stimuleres til nytenkning ved anvendelse av eksisterende ressurser.
- Utvikling av ideer og modeller som er overførbare til store deler av tjenestene, bør prioriteres.
- Det bør implementeres tiltak som kan dokumentere vedvarende endring.
- Lokalt engasjement og entusiasme bør stimuleres og utnyttes.
- Arbeidet må forankres i ledelsen og inkludere utøvere og brukere.
- Samarbeid på tvers av tjenestetyper og nivåer i sosial- og helsesektoren og med andre aktører bør ivaretas i alt forbedringsarbeid.

# 9. HVORDAN KOMMER VI DIT?

## 9 HVORDAN KOMMER VI DIT?

For å nå målet om sosial- og helsetjenester av god kvalitet, vil følgende innsatsområder bli fokusert:

- Styrke brukeren
- Styrke utøveren
- Forbedre ledelse og organisasjon
- Styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene
- Følge med og evaluere tjenestene

Innsatsområdene er valgt ut fordi tiltak på disse områdene samlet og hver for seg vil bidra til tjenester av god kvalitet. Kjennetegnene på god kvalitet, jf. kapittel 6, skal prege utvikling og iverksetting av tiltakene. Innsatsområdene retter seg mot personene som er involvert, nemlig brukeren, utøveren og lederen. Samtidig fokuserer strategien på rammene for tjenestene, gjennom systemer, organisasjoner og prosesser. Arbeidsgruppene som er etablert for å lage handlingsplaner under hvert av innsatsområdene, vil vurdere de aktuelle tiltakene som er forslått i dette kapitlet.

## 9.1 Styrke brukeren

Planlegging og utforming av tjenestene i samspill med brukerne er en forutsetning for god kvalitet. For å utvikle og forbedre tjenestene bør brukerne sikres innflytelse både på individnivå og systemnivå. For å få til god brukermedvirkning er utøverens holdninger til brukeren viktige. Det må etableres ordninger for å innhente og bruke kunnskap, opplevelser og erfaringer som brukeren har. Ved å styrke brukerens posisjon, legges det til rette for reell medvirkning og innflytelse på systemnivå, og i det enkelte møte.

Et brukerperspektiv innebærer også lydhørhet overfor befolkningens forventninger, ikke bare de som selv har vært brukere av tjenestene. Brukerne har krav på god informasjon om hva som kan forventes av sosial- og helsetjenesten.

### Aktuelle tiltak:

- Utvikle effektive metoder for å involvere brukeren i beslutningsprosesser.
- Bedre brukerens tilgang på informasjon om kvalitet og sikkerhet.
- Tiltak for å forbedre samarbeidet mellom bruker og utøver.
- Utvikle internettbaserte tjenester som også ivaretar brukerens rettigheter
- Videreutvikle opplærings- og veiledningsprogrammer for brukeren i samarbeid med brukerorganisasjonene.
- Skape brukerorienterte samarbeidsarenaer.
- Tiltak som sikrer at respekt og medvirkning blir ivaretatt også for brukeren i sårbare livssituasjoner.
- Tiltak for å forbedre informasjon til brukeren.
- Evaluere metoder for brukermedvirkning.

## 9.2 Styrke utøveren

Ingen tjenester blir bedre enn det den enkelte utøver yter i møte med brukeren.

Tjenester av god kvalitet sikres gjennom faglig kompetente utøvere på alle nivåer, som evner å ta brukerens behov på alvor og omsette pålitelig kunnskap til gode tjenester i et system som fremmer helhet.

For å oppnå dette trenger utøverne en god utdanning, lett tilgjengelig informasjon og verktøy for beslutningsstøtte. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) må utnyttes for å sikre at relevant dokumentasjon følger brukeren i systemet. IKT må også utnyttes slik at oppdatert faglig informasjon er tilgjengelig som beslutningstøtte når tjenesten ytes.

For å levere faglig gode tjenester trenger utøverne videre gode kommunikasjonsferdigheter og muligheter til samarbeid, erfaringsutveksling og vurdering av eget arbeid.

### Aktuelle tiltak:

- Sikre at ny og relevant kunnskap tas i bruk i tjenesten og raskt kommer brukerne til gode.
- Etablere faglige verktøy for beslutningsstøtte, blant annet elektroniske og nettbaserte informasjonssystemer.
- Skape samarbeids- og refleksjonsarenaer mellom utøvere, på tvers av tjenester og nivåer.
- Utvikle treningsprogrammer for bedre arbeid i tverrfaglige team.
- Gi utøveren kunnskap og ferdigheter i sikkert arbeid og informasjon om risikoforhold knyttet til arbeidet.
- Sikre at tjenestene støttes av retningslinjer som er basert på et godt kunnskapsgrunnlag gjennom et nasjonalt program for faglige retningslinjer.
- Utvikle kommunikasjonsferdigheter.

### 9.3 Forbedre ledelse og organisasjon

Kvaliteten på de tjenester som leveres, er et sentralt lederansvar. Det er også et ansvar for ledere å sikre gode kvalitetsutviklingsprosesser i organisasjonen. Videre må hver enkelt leder bidra til å sikre et tjenestetilbud som oppleves som sammenhengende og helhetlig for brukerne.

Sosial- og helsetjenesten skal være sin egen kontrollør. Internkontroll er et lovkrav. Erfaringene fra andre bransjer viser at internkontroll brukt riktig, er meget nyttig for å sikre kvaliteten på tjenestene. Dette innebærer at mål, oppgaver og ansvar er tydelig kommunisert, og at virksomheten har en struktur for avvikhåndtering og for å lære av erfaringer.

Det er et lederansvar å sikre «rett person på rett plass», og at utøverne har nødvendig kunnskap og kompetanse. Ny kunnskap og erfaring fra utøvere og brukere må også fortløpende tas i bruk.

Ledelsen må utvikle en organisasjon og en kultur der systematisk kvalitetsarbeid inngår i en kontinuerlig prosess. Dette innebærer et system som bidrar til utvikling, iverksetting, evaluering og forbedring av tjenestene.

Ledelsen må også klargjøre hva som forventes av den enkelte medarbeider, både i forhold til individuell arbeidsinnsats og som del av organisasjonen. Den enkelte medarbeider skal delta i det systematiske forbedringsarbeidet, og slik innsats må anerkjennes og belønnes.

#### Aktuelle tiltak:

- Stimulere ledelsesmodeller som fremmer systematisk forbedring.
- Utvikle bevissthet om kulturens betydning for forbedringsarbeid og samspillet mellom menneske, teknologi og organisasjon.
- Bedre sikkerheten i tjenestene med fokus på områder med fare for svikt.
- Bruk av internkontroll og kvalitetssystemer.
- Stimulere til kvalitetsforbedring og forskning.
- Synliggjøre og belønne god ledelse.
- Utvikle ordninger som sikrer en sammenhengende tiltakskjede mellom ulike deltjenester og på tvers av nivåer.

## 9.4 Styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene

Utøvere og ledere i sosial- og helsetjenesten har behov for kompetanse på ulike felt. Det er behov for sosial- og helsefaglig grunnkompetanse, spesialistkompetanse og forbedringskompetanse. Kunnskap om forbedringsarbeid er viktig for å være i stand til å forbedre det systemet man selv er en del av. Forbedringsarbeid må være en integrert del av alt faglig arbeid og dermed integrert i utdanningene.

Gjennom dette innsatsområdet, og i samarbeid med utdanningsinstitusjonene, bør forbedringskunnskap få større plass i grunn-, etter- og videreutdanningene innen medisin, og sosial- og helsefagene. Det bør også stimuleres til mer forskning på området.

### Aktuelle tiltak:

- Styrke kunnskap om forbedringsarbeid i grunn-, videre- og etterutdanningene.
- Styrke kompetanse i forbedringsarbeid og metoder hos lærere i utdanningene.
- Gjennomføring av forbedringsprosjekter som en del av studentenes praksisperioder.
- Tettere samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og tjenestene.

## 9.5 Følge med og evaluere tjenestene

Forbedring forutsetter at man har mulighet for å følge effekten av iverksatte tiltak over tid. Målet med å følge med og evaluere tjenestene er å få informasjon som aktivt kan brukes til å forbedre tjenestene, justere kursen underveis og vurdere om endring faktisk fører til forbedring.

Det innebærer å måle, vurdere og følge opp kvaliteten i tjenestene over tid, for å gjøre myndighetene, tjenestene og utøverne selv i stand til å vurdere status og effekt av tiltak innenfor sine respektive områder.

Det er også nødvendig å evaluere tjenestene på vanskelig målbare områder og utvikle hensiktsmessig evalueringsverktøy der det ikke finnes.

### Aktuelle tiltak:

- Bruke, videreutvikle og evaluere nasjonale og lokale kvalitetsindikatorer og andre resultatmål.
- Støtte og videreutvikle faglige kvalitetsregistre, lokalt, regionalt og nasjonalt.
- Videreutvikle systemer for pasientsikkerhet.
- Utvikle nye verktøy for å følge med og evaluere tjenestene.
- Utvikle metoder for å tolke informasjonen, omsette denne til kunnskap og formidle dette tilbake til tjenestene.

10.  
VEIEN VIDERE





## 10 VEIEN VIDERE

### Arbeidsgrupper

Strategien anviser hvilke områder det skal handles på for å nå målet om sosial- og helsetjenester av god kvalitet. For hvert av innsatsområdene er det oppnevnt en arbeidsgruppe som skal lage en handlingsplan. Gruppene har som mandat å:

- Konkretisere innsatsområdet
- Fremskaffe dokumentasjon
- Beskrive hvordan innsatsområdet kan fremme kvalitet i tjenestene
- Utvikle et forslag til tiltak med presisering av rollene til de ulike aktørene i sosial- og helsetjenesten
- Forslå fellesprosjekter og satsinger på tvers av innsatsområdene

Arbeidsgruppene er satt sammen av representanter fra ulike fagmiljøer og brukerorganisasjoner på tvers av tjenestemåtene der dette er naturlig, og hver for seg der ulikhetene mellom områdene forutsetter forskjellige tiltak. Arbeidet koordineres av Sosial- og helsedirektoratet.

### Hjemmeside

Det skal opprettes en hjemmeside for kvalitetsstrategien. Denne siden skal bygges opp og fungere som et arbeidsverktøy for ledere og utøvere i tjenestene. Siden skal bl.a. inneholde relevant regelverk i forhold til arbeid med internkontroll, beskrivelser av metoder og teknikker i kvalitetsarbeidet samt gode eksempler fra praksis.

[www.shdir.no/kvalitetsforbedring](http://www.shdir.no/kvalitetsforbedring)



11.  
HVORDAN VITE AT  
VI NÅR DIT?

## 11 HVORDAN VITE AT VI NÅR DIT?

Forbedringsarbeid må ta utgangspunkt i dagens situasjon. Det fastsettes mål og gjennomføres tiltak som forventes å skape de ønskede resultater. Deretter måles om det aktuelle målet er nådd, og det vurderes om kursen skal justeres. Dette gjelder både for det enkelte forbedringsprosjekt og for denne nasjonale satsingen som helhet. Hensikten er å vurdere om denne typen nasjonal satsing er et effektivt virkemiddel for å videreutvikle gode og trygge tjenester.

Det skal derfor utarbeides en egen plan for evaluering av strategien. Gjennom systematisk analyse av prosess og resultat skal faktorer som har bidratt til eller forhindret måloppnåelse, vurderes.

### 11.1 Prinsipper

- Evalueringen skal gi informasjon, råd og anbefalinger som kan brukes som verktøy for å styre arbeidet.
- Kunnskap fra evalueringen skal inngå i avveininger gjennom hele strategiperioden.
- Evalueringen må ta hensyn til det omfattende forbedringsarbeidet som fortløpende pågår lokalt og regionalt uavhengig av en nasjonal satsing.
- Evalueringen skal vurdere om tiltakene bidrar til god kvalitet, slik det er beskrevet i strategiens mål.

### 11.2 Hovedelementer

- Oppfølging av et utvalg av aktører i tjenesten på ulike nivåer for å vurdere strategiens virkninger.
- Vurdering av de sentrale sosial- og helsemyndigheters iverksetting av strategien.
- Publisering av delrapporter som vurderer resultatene underveis og gir mulighet for å styre prosessen i ønsket retning.

### 11.3 Gjennomføring

- Evalueringen skal gjennomføres av eksterne og uavhengige miljøer med relevant kompetanse
- Evalueringen skal benytte arbeidsgrupper og nettverk med et representativt utvalg fra de involverte

# 12. TIL DEG SOM BRUKER



## 12 TIL DEG SOM BRUKER

### **Kierkegaard:**

«At man, naar det i sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der».

«Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden.»

«For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, som han forstaar. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.»(21)

For at du som bruker skal motta gode, trygge og virksomme tjenester, presenterer direktoratet en overordnet strategi for sosial- og helsetjenesten. En slik strategi skal bidra til å sikre at sosial- og helsetjenesten har et felles verdigrunnlag, at det er sammenheng i tjenestetilbudet og at brukeren er i sentrum.

Mennesker møter ofte tjenesteapparatet i de mest sårbare situasjonene i livet. Det er når man trenger hjelp og er avhengige av andres omsorg, omtanke og handling at kvaliteten skal prøves. Denne strategien vil legge forhold og systemer til rette for at det skal bli gode og likeverdige møter.

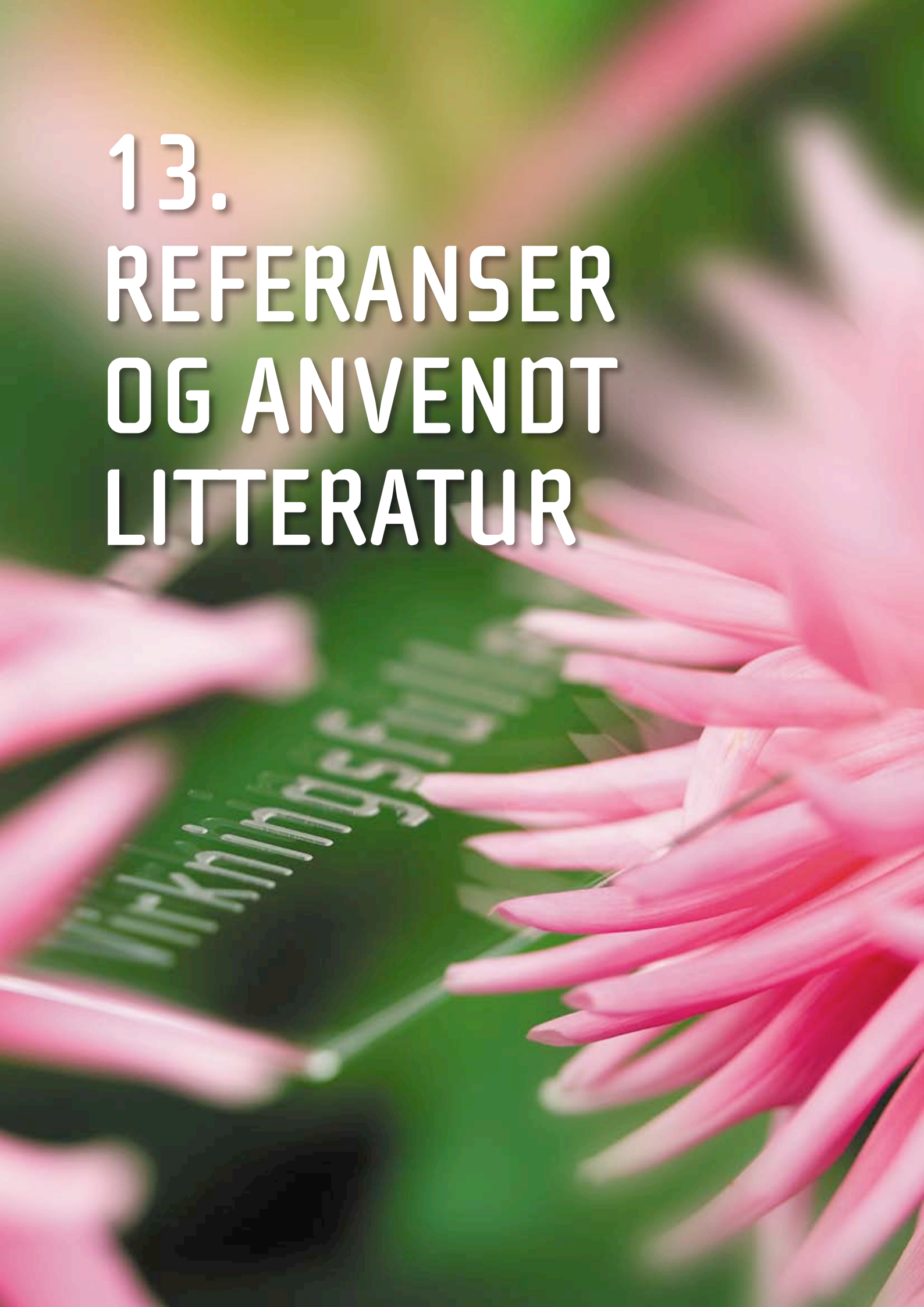
En velinformert og deltakende bruker har større forutsetninger for å oppnå et godt resultat i møtet med sosial- og helsetjenesten. God informasjon skal være tilgjengelig og forståelig for folk flest.

Det er viktig at du, som bruker, aktivt setter krav og bidrar til å utforme tjenestetilbudet. Dette kan skje både gjennom direkte kontakt med tjenesteyter, gjennom brukerorganisasjoner eller gjennom deltakelse i politisk og faglig arbeid på sosial- og helseområdet.

Denne strategien legger til rette for at brukernes synspunkter skal få prege tjenestene. Flere brukerorganisasjoner har vært med å utforme dette dokumentet. I det videre arbeidet med konkretisering av tiltak er brukermedvirkning et eget innsatsområde. Brukere og brukerorganisasjoner inviteres med til å utforme og konkretisere arbeidet.

13.

# REFERANSER OG ANVENDT LITTERATUR



## 13.1 Referanser

- (1) Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care.[erratum appears in BMJ. 2004 Feb 28;328(7438):494]. BMJ.327(7424):1129, 2003.
- (2) World Health Organization. The World Health Report 2000. Geneve, WHO. 2000.
- (3) DB - EBM Reviews - ACP Journal Club. Different local therapies for early breast cancer do not affect overall survival. Evidence-Based Medicine 1. 1996.
- (4) Lee-Feldstein A, Anton-Culver H, Feldstein PJ. Treatment differences and other prognostic factors related to breast cancer survival. Delivery systems and medical outcomes.[comment]. JAMA. 1994; 271: 1163-8.
- (5) NOU 2003: 04, Forskning på rusmiddelfeltet, En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. ISSN 0806-2633/(NOU Computerfile) +//ISBN 82-583-0686-3//DOCUMENT NOU 2003:04//NO. Oslo, Sosialdepartementet . 2003.
- (6) Alberti KG. Medical errors: a common problem.[comment]. BMJ. 2001; 322: 501-2.
- (7) Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten, Forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet. 2004.
- (8) Breen AB, Vaskinn TE, Reikvam Å, Skovlund E, Lislevand H, Madsen S. Warfarinbehandling og blødninger. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; nr 13-14: 1835-7.
- (9) Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press, 2001.
- (10) Sentralsjukehuset i Rogaland. Praksiskonsulent ordninga ved Sentralsjukehuset i Rogaland. Internett . 24/8/2003.  
<http://praksis.sir.no/index.htm.3/9/2003>.
- (11) NOU 2005: 3, Fra stykkevis til helt, En sammenhengende helsetjeneste. ISSN 0333-2306 ISBN 82-583-0824-6. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. 2005.
- (12) Blix HS. Antibiotikaforbruk i og utenfor helseinstitusjoner i Norge i 1998. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1731-4.
- (13) Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens. I-0983 B. Oslo, Sosial-og helsedepartementet. 2000.
- (14) Gullestad L, Kjekshus J. Plutselig hjertedød. Betydning av betablokkere. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2843-7.
- (15) Gullestad L, Bjørnerheim R, Offstad J, Endresen K, Forfang K, Kjekshus J et al. Aktuell bruk av beta-blokkere ved koronar hjertesykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 24-8.
- (16) Gystad K, Carlsen SM. Betablokker eller ACE-hemmer etter hjerteinfarkt hos diabetikere? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2565-9.

- (17) NOU 1999: 13 Kvinnens helse i Norge. Oslo, Sosial- og helsedepartementet. 1999.
- (18) Ruud T, Reas D. Helsetjenester for tunge rusmiddelmissbrukere. STF78 A035003. Oslo, SINTEF Unimed. 2003.
- (19) Kunnskap og brubygging, handlingsplan I-0910 N, Sosialtenesta si førstelinje. I-0910 N. Oslo, Sosial- og helsedepartementet. 1998.
- (20) Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS). Internett . 20/8/2003. <http://www.uib.no/isf/noklus/.3/9/2003>.
- (21) Kierkegaard S. Samlede Verker, Om min Forfatter-Virksomhed (først publisert 1851). [Bind 18], København: Gyldendal, 1963: 96-7.

## 13.2 Anvendt litteratur

- **Batalden P, Stoltz.** A Framework for Continual Improvement of Health Care. Building and Applying Professional and Improvement Knowledge to Test Changes in Daily Work. Joint Commissions Journal on Quality Improvement 1993; 19: 424-52.
- **Batalden P, Berwick D, Bisognano M, Splaine M, Baker G, Headrick L.** Knowledge domains for health professional students seeking competency in the continual improvement and innovation of health care. Boston: IHI, 1998.
- **Berwick DM.** Escape Fire. New York, The Commonwealth Fund. 2002.
- **Berwick D, Godfrey A B, Roessner J. Curing.** Health Care - New Strategies for Quality Improvement. New York: Jossey-Bass, 1990.
- **Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine.** Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press, 2001.
- **Covell DG, Uman GC, Manning PR.** Information needs in office practice: are they being met? Ann Intern Med 1985; 103: 596-9.
- **Deming WE.** Out of crisis. Cambridge. Massachusetts, USA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Study, 1986.
- **Evans CE, Haynes RB, Gilbert JR, Taylor DW, Sackett DL, Johnston M.** Educational package on hypertension for primary care physicians. Can Med Assoc J 1984; 130: 719-22.
- **Headrick L et al.** Working Upstream to Improve Health Care; The IHI Interdisciplinary Professional Education Collaborative. Joint Commissions Journal on Quality Improvement 1996; 22: 149-64.
- **Headrick L.** Learning to Improve Complex Systems of Care. Council on Graduate Medical Education and National Advisory Council on Nurse Education and Practice Joint Meeting, 2000.
- **Holtedahl KA.** Hva slags kunnskap har leger? Hva slags kunnskap har allmennpraktikere? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1306-8.
- **Kurtze N.** Helsetilstand hos tunge rusmiddelbrukere. STF78 F035002. Oslo, SINTEF Unimed, 2003.



- **Langley G, Nolan T, Nolan K, Norman C, Provost L.** The Improvement Guide. A practical guide to enhancing organizational performance. New York: Jossey-Bass, 1996.
- **Moxnes P.** Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet. Oslo: Universitetet i Oslo, 1981.
- **National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.** København: Sunhedsstyrelsen i Danmark, 2002.
- **Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten.** IK-2482/95. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995
- **NOPUS.** Kvalitetsutvikling. 90-årenes mirakelkur i sosial sektor? Nopus 1996; 3.
- **Plsek P.** Creativity, Innovation and Quality. Quality Press, 2003.
- **Ramsey PG, Carline JD, Inui TS, Larson EB, LoGerfo JP, Norcini JJ et al.** Changes over time in the knowledge base of practicing internists. JAMA 1991; 266: 1103-7.
- **Schiøler T et al,** Forekomsten av utilsiktede hendelser på sygehuse, Danmark: Ugeskrift Læger 2001; 163: 5370-9.
- **Sheldon B, Macdonald G.** Research and Practice In Social Care: Mind the Gap. Exeter: Center for evidence based social services, Exeter University, 1999.
- **Schön DA.** The reflective practitioner. New York: Basic Books, 1983.
- **Stolanowski PA, Rønnestad MH.** Profesjonell utvikling i psykososialt arbeid. Oslo: Cappelen Akademisk, 1997.
- **Stolanowski PA.** Faglig forum i teori og praksis. Oslo: Kommuneforlaget, 2000.
- **The expert patient.** A new approach to chronic Disease Management for the 21st century. London, Department of Health, 2001.
- **To err is Human: Building a Safer Health System.** Washington, D.C, National Academy Press, 1999.
- **World Health Organization.** Continuous quality development: a proposed national policy. København, World Health Organization, 1993.
- **World Health Organization.** A background for national quality policies in health care. København, World Health Organization, 2002.
- **Øvretveit J, Gustafson D.** Evaluation of quality improvement programmes. Quality and Safety in Health Care 2002; 11: 270-5.



Heftets tittel: **...og bedre skal det bli!**  
**– Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring**  
**i Sosial- og helsetjenesten (2005–2015)**

Utgitt: 09/2005

Bestillingsnummer: IS-1162

ISBN 978-82-8081-072-2

1. opplag 2005: 20 000

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling for retningslinjer, prioritering og kvalitet

Postadresse: Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 24 16 30 00 – Faks: 24 16 30 01

[www.shdir.no](http://www.shdir.no)

Hftet kan bestilles hos:

Sosial- og helsedirektoratet v/Trykksakekspedisjonen

E-post: [trykksak@shdir.no](mailto:trykksak@shdir.no)

Tlf.: 24 16 33 68 – Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling oppgi bestillingsnummer: IS-1162

Hftet er også tilgjengelig på:

[www.shdir.no/kvalitetsforbedring](http://www.shdir.no/kvalitetsforbedring)



 Sosial- og helsedirektoratet

Pb 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 24 16 30 00

Faks: 24 16 30 01

[www.shdir.no](http://www.shdir.no)