

Helsepersonell i hjemmetjenesten vurderer kvaliteten på eget arbeid

Kommunene Åfjord og Bjugn utviklet rapporteringsverktøyet Refleks for at helsearbeiderne skal kunne vurdere tjenestene de utfører. Målet er å gjøre tjenestene bedre.

Forfattere

Hans Tilset

Forsker

NTNU Samfunnsforskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Asle Årthun Gauteplass

Forsker

NTNU Samfunnsforskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Marie Nilsen

Forsker

NTNU Samfunnsforskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Administrasjon

Evaluering

Kommunehelsetjenesten

faglig kvalitet

Organisering

Sykepleien 2019 107(79753)(e-79753)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.79753>

Hovedbudskap

For å øke kvaliteten på de kommunale helse- og omsorgstjenestene har kommunene Åfjord og Bjugn utviklet og prøvd ut rapporteringsverktøyet Refleks i hjemmetjenesten. Hensikten er å registrere den enkelte helsearbeiderens individuelle vurdering av kvaliteten på de tjenestene som utføres i løpet av en vakt. I denne artikkelen beskriver vi Refleksmetoden og erfaringene etter at kommunene har brukt den i en periode.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten preges av knappe ressurser og stram prioritering. Det blir bekreftet med jevne mellomrom ved større eller mindre oppslag i mediene om kutt i budsjetter, brudd på forskrifter og uverdige forhold for brukere og pasienter (1, 2).

Politikernes utfordring er å fordele knappe ressurser på mange gode og viktige formål. De vedtar innstramminger i helsebudsjetter samtidig som de forventer at reduserte budsjetter ikke går ut over forsvarlighet og verdighet (3, 4).

Enhetsledere i helse- og omsorgstjenesten tilpasser daglig driften til budsjettet som best de kan, mens det er de utøvende helsearbeiderne som til sist har ansvaret for at tjenestene til enhver tid er forsvarlige og i henhold til helsefaglige retningslinjer.

Ledelsen har kun en sammenstilt forståelse av situasjonen med hensyn til tjenestekvalitet basert på egen observasjon, rapportering i fagsystemer og muntlig tilbakemelding fra helsearbeiderne.

Når enhetslederen rapporterer til politikere og beslutningstakere, vil det være basert på denne forståelsen og kan lett bli preget av individuelle vurderinger og meninger. En mer objektiv måling av tjenestekvaliteten vil kunne bidra til en bedre og riktigere beskrivelse av den virkelige situasjonen i helsetjenesten.

Vanskelig å måle nivået på en tjeneste

Nivået på en tjeneste er i utgangspunktet vanskelig å måle, men helsearbeidernes egen opplevelse av tjenestene de utfører, kan måles. En oversikt over de ansattes vurderinger vil kunne synliggjøre både det som helsearbeiderne selv mener fungerer godt, og det de opplever ikke er slik det skal være. Oversikten vil kunne gi et mest mulig riktig bilde av tilstanden i den kommunale tjenesten.

Vi kjenner ikke til noen eksisterende verktøy til å rapportere kvaliteten på tjenester i helsevesenet slik den oppleves av den enkelte helsearbeideren. For administrativ og politisk ledelse vil et slikt verktøy gjøre det enklere å vurdere kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene.

Ute i avdelingene vil verktøyet være til hjelp i det daglige arbeidet med å forbedre både faglig kvalitet og organisering av tjenestene. Verktøyet vil også kunne bidra til at ledelsen får et bedre grunnlag for å oppfylle gjeldende forskrift om kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (5).

Dessuten får helsearbeiderne muligheter til å si fra anonymt hvis de ikke synes at tjenesten er slik den skal være. Muligheten for anonym tilbakemelding er viktig siden oppslag i mediene antyder at ansatte ikke tør å si fra (6). For den enkelte vil denne muligheten bidra til at vanskeligheter i jobben ikke blir en unødig belastning som man bærer for seg selv.

Refleks ble utviklet


Kommunene Åfjord og Bjugn har siden 2015 samarbeidet med NTNU Samfunnsforskning og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Åfjord, Trøndelag, og utviklet hver sin variant av en metode og et rapporteringsverktøy som er kalt Refleks (7–9). Helsearbeiderne kan reflektere over arbeidsdagen etter endt vakt og rapportere opplevelsene sine anonymt via en app på mobiltelefonen.

Under utviklingsarbeidet var det viktig at refleksjonen skulle ta minimalt med tid og føles meningsfylt der og da. I tillegg måtte det være tydelig for den enkelte helsearbeideren at rapporteringsverktøyet kan bidra til bedre kvalitet på tjenesten og helsearbeidernes arbeidshverdag over tid. Uten en slik forankring er det stor fare for at rapporteringen blir prioritert bort i en travel hverdag.

Det var helse- og omsorgsledere i kommunene som først tok initiativ til å utvikle metoden. Alt utviklingsarbeidet ble gjort av en gruppe utøvende helsearbeidere fra hjemmetjenesten i samarbeid med NTNU Samfunnsforskning. Siden det ofte er lokale variasjoner i tjenestene, arbeidet kommunene hver for seg med denne oppgaven.

Slik fungerte Refleks

Helsearbeiderne konkretiserte oppgavene som ble utført i løpet av en vakt, og oppgavene ble gruppert i ulike tjenestekategorier som er vist i tabellen nedenfor. Etter endt vakt skulle verktøyet brukes til å vurdere nivået på de tjenestene som har vært utført den dagen. For hver av de ulike tjenestekategoriene skulle det angis om tjenesten opplevdes som 1) ønskelig, 2) i underkant eller 3) for dårlig.

 **«Etter endt vakt skulle verktøyet brukes til å vurdere nivået på de tjenestene som har vært utført den dagen.»**

Nivået ble angitt med fargene grønn, gul eller rød. Hvis kvaliteten ble vurdert til å være i underkant eller for dårlig, var det mulig å oppgi årsaken til dette. Det kunne handle om tid, prioritering, kompetanse eller samarbeid og koordinering. Metoden skulle bare brukes når tjenestene lå over avviksgrensen, og den var ikke ment å skulle erstatte ordinær avvikshåndtering.

Tabell 1. Kategorier som vurderes ved egenrefleksjon etter endt vakt

Tjenestekategorier som vurderes	Tilleggsdata som registreres
Ernæring	Dato (for vakten)
Medisin	Ukedag
Helse	Type vakt (dag, kveld, natt)
Personlig hygiene	Organisatorisk enhet
Observasjon/tilsyn	Yrkesgruppe/rolle
Praktisk bistand / omsorg	Spesiell situasjon
Sosialt*	Ansatte på vakt
Organisering*	Arbeid ut over vedtak
Dokumentasjon*	Registrert (dato)*
Forutsetning for vedtaksoppgaver*	
Arbeidsbelastning*	
Egen opplevelse	

*Benyttes bare av én kommune

Metoden har vært prøvd ut i begge kommunene i en periode. Først startet det som et prøveprosjekt der de registrerte på et papirskjema. Fra november 2017 registrerte de kun digitalt på en mobiltelefonapp.

Kommunene benyttet systemet EQS fra Extend til å registrere og lagre i en database. I dette systemet er det mulig å endre hva som skal registreres, og hvordan de registrerte dataene presenteres i oversikter og rapporter. Ledelsen hadde tilgang til verktøy for å generere slike oversikter.

Ansatte tok i bruk verktøyet

For å spre verktøyet blant de ansatte valgte begge kommunene en strategi som var basert på frivillighet. De som deltok med å utvikle verktøyet, var de første som tok det i bruk. De demonstrerte appen for sine kolleger i hverdagen og oppmuntret kollegene til å prøve den. Ledelsen orienterte alle helsearbeiderne om det arbeidet som var satt i gang, og oppfordret de ansatte til å bruke verktøyet.

Opplæringen foregikk ved at kolleger demonstrerte appen for hverandre, og noen ble utpekt som superbrukere for å hjelpe til ved tekniske vanskeligheter.

De registrerte dataene skulle etter planen presenteres på eksisterende arenaer og møteplasser for de ansatte. Den ene kommunen hadde faste møter for alle helsearbeiderne i hjemmetjenesten hver sjette uke, og disse møtene var godt egnet til å presentere og diskutere resultatene. Den andre kommunen hadde ikke noen tilsvarende arena, men hadde isteden regelmessige gruppemøter som kunne brukes til refleksjon og dialog.

Refleks ble godt mottatt

Høsten 2018 gjennomførte vi et lite prosjekt for å få kunnskap om hvor mange som brukte Refleks-metoden, og hvordan de registrerte dataene ble brukt. Prosjektet omfattet en spørreundersøkelse som ble sendt til alle helsearbeiderne som hadde mulighet til å benytte appen, både de som brukte den, og de som ennå ikke hadde tatt den i bruk.

Til sammen 127 utøvende helsearbeidere i hjemmetjenesten i de to kommunene fikk anledning til å ta spørreundersøkelsen. Det kom inn 52 svar, noe som gir en svarprosent på 41.

 **«Refleksjon og registrering tar egentlig ikke lang tid, men i en travel hverdag kan det likevel bli en salderingspost.»**

Av resultatene ser vi at over halvparten av respondentene mente at registreringen er tidkrevende. Bruk av verktøyet krever at det reflekteres over det som er gjort i løpet av dagen. Refleksjon og registrering tar egentlig ikke lang tid, men i en travel hverdag kan det likevel bli en salderingspost.

Nærmere 70 prosent av respondentene mente at det er nyttig eller svært nyttig å vurdere kvaliteten på utført arbeid. Bare 36 prosent svarte at de brukte appen ofte eller etter hver vakt. Forklaringen på denne forskjellen er nok at registreringen som kreves, er for omfattende, slik at de synes den tar for lang tid.

Anonyme registreringer var viktig

Registreringen i Refleks er anonym fordi flere av helsearbeiderne som deltok i utviklingsarbeidet, var usikre på hvordan dataene kunne bli brukt.

Fagforeningene fremholdt at det kunne være en risiko for at registrerte data ble misbrukt i tilknytning til medarbeidersamtaler og personalhåndtering.

I noen kommuner er det små forhold hvor det ikke er så mange på vakt i helger og om natten. Da kan det være mulig, selv med anonym registrering, for ledere med tilgang til dataene å avdekke hvem som har registrert hva ved å sammenstille rapporteringene med vaktlistene.

For å gjøre helsearbeiderne tryggere på hvordan de skulle bruke de registrerte dataene, utformet arbeidsgruppen i begge kommunene et skriv i samarbeid med de respektive helse- og omsorgslederne. Det skulle signeres av rådmannen og hovedverneombudet.

Skrivet forklarte at registrerte data ikke på noe vis skulle brukes slik at det gikk ut over personvern eller enkeltpersoners individuelle interesser. I spørreundersøkelsen svarte 12 prosent av respondentene at de likevel var utrygge på hvordan registrerte data ville bli brukt.

Registrerte data ble ikke alltid brukt

Dataene som blir registrert, kan presenteres i oversikter og oppsummeringer som kan tilpasses etter behov. Disse oversiktene kan vise tjenestenivået for en gruppe, en avdeling eller hele hjemmetjenesten over en periode.

Et viktig argument for å utvikle metoden var at oppsummerte data skulle brukes i faglig og organisatorisk utvikling i en gruppe eller avdeling. I tillegg skulle det kunne lages hensiktsmessige oversikter for å formidle tjenestenivået i hjemmetjenesten til administrativ og politisk ledelse.

I spørreundersøkelsen svarte over 70 prosent at registrerte data er viktig eller svært viktig som grunnlag for grupperefleksjon. Men på spørsmål om ledelsen benyttet oppsummerte data som grunnlag for møter med ansatte, svarte over 40 prosent at det i liten eller svært liten grad ble gjort. Dette resultatet stemmer godt overens med det som kom frem da vi intervjuet utvalgte ledere.



«Det ble registrert for lite data til at oversiktene ga noe informasjon av verdi.»

I begge kommunene var lederne tydelige på at de ikke hadde fulgt opp intensjonen med å bruke dataene i møter med helsearbeiderne. De fortalte at det ble registrert for lite data til at oversiktene ga noe informasjon av verdi. Dermed ble oversikter over tjenestenivå lite brukt i møter med helsearbeiderne.

Siden registrerte data ble lite brukt som grunnlag for faglige diskusjoner i gruppe- og avdelingsmøter, var det vanskelig for den enkelte helsearbeideren å se at Refleks faktisk hadde en nytteverdi i hverdagen. Det påvirket motivasjonen for å registrere data, som igjen førte til et ytterligere redusert datagrunnlag. Denne negative spiralen førte raskt til at det hele stoppet opp.

I spørreundersøkelsen svarte 93 prosent av respondentene at dataene er viktige eller svært viktige for å gi ledelsen og administrasjonen økt kunnskap om tjenesten. Åttiåtte prosent svarte at dataene er viktige eller svært viktige for å gi politikere mer kunnskap om tjenesten. Det er altså store forventninger blant de utøvende helsearbeiderne til hvordan de registrerte dataene benyttes.

Få registreringer reduserte nytteverdien

I tillegg til spørreundersøkelsen gikk vi gjennom og analyserte data som hadde blitt registrert i perioden fra november 2017 til september 2018. For den ene kommunen ble det gjort 651 registreringer i denne perioden. For den andre kommunen var det gjort 721 registreringer.

Kravet om anonym registrering gjorde at vi ikke kunne se hvilke registreringer som kom fra samme person. Dermed hadde vi ingen mulighet til å avdekke hvor mange ulike helsearbeidere som benyttet metoden i den aktuelle perioden.

Vi går ikke nærmere inn på de konkrete registreringene her. Likevel er det verdt å merke seg at det er færrest gule og røde registreringer innenfor tjenestekategorier som kan kalles kritiske, som for eksempel helse, medisin og ernæring, mens det er flest røde registreringer for egen opplevelse, det vil si hvordan man selv har det etter endt vakt. Samlet sett er mangel på tid den dominerende årsaken til at helsearbeiderne registrerte gult eller rødt for en kategori.

I den ene kommunen registrerte sykepleierne rødt og gult langt oftere enn helsearbeiderne med fagbrev i helsefag. Det fremgår ikke av dataene hvorfor det er slik, men denne typen informasjon gir grunnlag for refleksjon og dialog i arbeidsgruppen for å avklare hva årsaken kan være.



«Helsearbeiderne synes det er nyttig med egenvurdering av tjenestenivået, men for tidkrevende.»

I neste runde vil det være en lederoppgave å håndtere den eller de årsakene som ligger bak slike forskjeller. For den andre kommunen fremkom ikke slike tydelige forskjeller mellom hvilke roller som registrerte rødt.

Med få registreringer blir oversiktene fra Refleks mindre pålitelige, og nytteverdien vesentlig redusert. Det betyr at det ideelt sett bør bli obligatorisk å registrere i Refleks og inngå som en arbeidsoppgave etter endt vakt tilsvarende oppdatering av fagsystemene.

Det har vært vanskelig å få til utstrakt bruk av Refleks blant helsearbeiderne, og det er for få registrerte data til at de gir oss nyttige oversikter. I begge kommunene har tiltaket bred støtte fra lederhold, og helsearbeiderne synes det er nyttig med egenvurdering av tjenestenivået, men for tidkrevende.

Refleks-Light krever mindre registrering

For å komme videre og unngå at initiativet dør ut har vi foreslått en redusert variant som vi har kalt Refleks-Light, der kun to kategorier skal registreres: 1) nivået på utførte tjenester samlet sett, og 2) egen opplevelse etter endt vakt. De registrerte dataene skal vises fortløpende som en oppsummering for siste dag og siste periode, for eksempel siste uke, på skjermer i lokalene der helsearbeiderne oppholder seg.

I tillegg vises denne oppsummeringen på mobiltelefonen umiddelbart etter registrering. Lett tilgang til oppsummerte data for alle helsearbeiderne gir grunnlag for refleksjon og diskusjon i hverdagen.

Både Åfjord og Bjugn skal slå sammen med de respektive nabokommunene fra 2020 og er godt inne i forberedelsen til dette. Begge kommunene planlegger nå å bruke Refleks-Light i den nye, sammenslåtte kommunen, der det uansett vil bli endringer. Dermed er det naturlig å implementere egenrefleksjon i hele organisasjonen.

Omkring 70 prosent av respondentene anså det som nyttig å egenvurdere kvaliteten på utført arbeid. På grunnlag av disse tilbakemeldingene i spørreundersøkelsen er det sannsynlig at en variant av Refleks som er mindre tidkrevende, kan bli en naturlig oppgave på slutten av en vakt.

Referanser

1. Blix A. Omsorg med stoppeklokke. Daglig brytes forskriftene om en verdig eldreomsorg i Trondheim. Adresseavisen. 10.02.2015. Tilgjengelig fra:
<https://www.adressa.no/meninger/leder/article10631336.ece> (nedlastet 02.12.2019).
2. Nilsen L. Helsedirektøren gir sterk støtte til helsearbeidere. Dagens Medisin. 22.10.2015. Tilgjengelig fra:
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/10/22/helsedirektoren-gir-sterk-stotte-til-helsearbeidere/> (nedlastet 02.12.2019).
3. Førde R, Pedersen, Nortvedt P, Aasland O. Får eldreomsorgen nok ressurser? Tidsskr Nor Lægeforen. 2006;126:1913–6.
4. Skaar R, Brodtkorb K, Skisland AV-S, Slettebø Å. Organisering av helsetjenester til eldre i kommunen – noen etiske utfordringer. Nordisk sygeplejeforskning. 2014;4(4):267–78.

5. Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (nedlastet 02.12.2019).

6. Wallum S. Mener det er usunn fryktkultur ved mer enn ti sykehjem i Trondheim. Adresseavisen.

29.07.2019. Tilgjengelig fra:

<https://www.adressa.no/pluss/nyheter/2019/07/29/Mener-det-er-usunn-fryktkultur-ved-mer-enn-ti-sykehjem-i-Trondheim-19564074.ece> (nedlastet 02.12.2019).

7. Opheim A. Helsearbeidere setter karakter på arbeidet sitt. Adresseavisen. 26.09.2017. Tilgjengelig fra:

<https://www.adressa.no/pluss/nyheter/2017/09/26/Helsearbeiderne-setter-karakter-paa-arbeidet-sitt-15329142.ece> (nedlastet 02.12.2019).

8. Danbolt M. Letter på dårlig samvittighet. Kommunal Rapport. 2018;(2):13.

9. Berg S. Fosninger i banebrytende helseforskning. Fosna-Folket. 15.06.2017. Tilgjengelig fra:

<https://www.fosna-folket.no/nyheter/2017/06/15/Fosninger-i-banebrytende-helseforskning-14876738.ece> (nedlastet 02.12.2019).