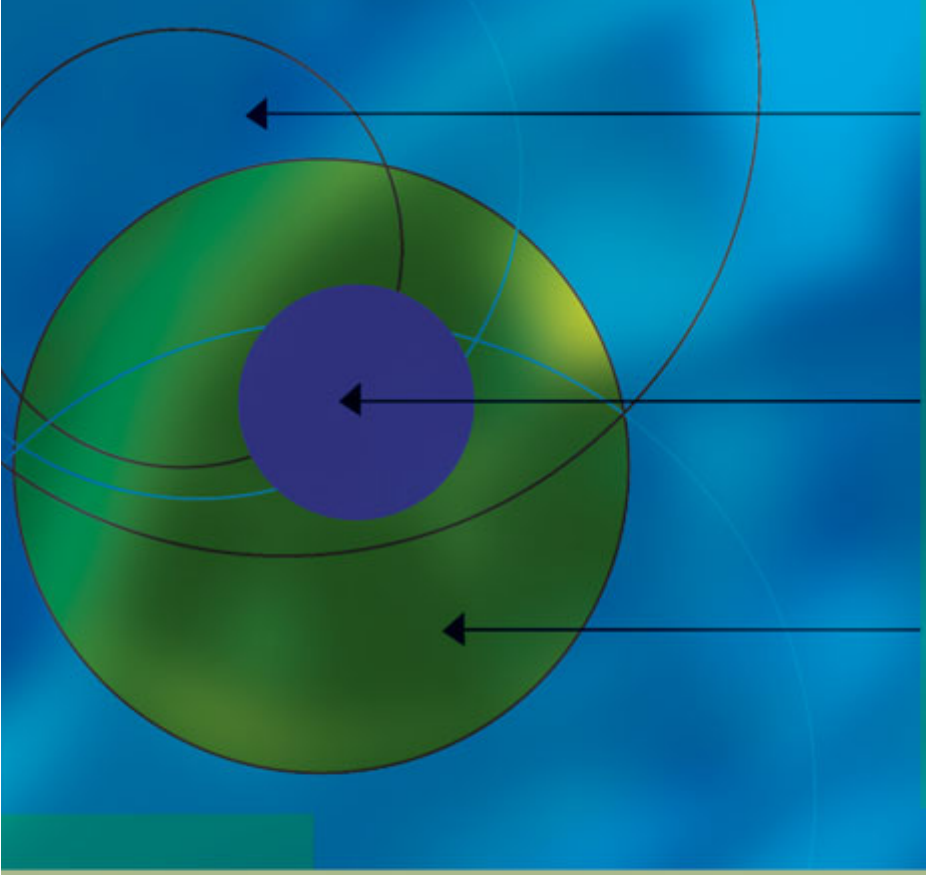


PETTER ØGAR OG TOVE HOVLAND

Mellom kaos og kontroll

LEDELSE OG KVALITETSUTVIKLING I KOMMUNEHELSETJENESTEN

GYLDENDAL
AKADEMISK

PETTER ØGAR OG TOVE HOVLAND

MELLOM KAOS OG KONTROLL

Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten

GYLDENDAL
AKADEMISK

© Gyldendal Norsk Forlag AS 2004
1. utgave

ISBN 978-82-05-45055-4

Brødtekst: 10,5/15 Minion
Papir: 90 g Munken Lynx

Alle henvendelser om boka kan rettes til Gyldendal Akademisk
Postboks 6730 St. Olavs plass
0130 Oslo

www.gyldendal.no/akademisk
akademisk@gyldendal.no

Det må ikke kopieres fra denne boka i strid med åndsverkloven eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

FORORD

Denne boka ble skrevet fordi vi som ledere i kommunehelsetjenesten i mer enn 10 år, og senere som rådgivere ved et fylkeslegekontor og nå hos fylkesmannen, har savnet en praktisk og helhetlig bok – en bok som

- viser at ledelse og kvalitetsutvikling er to sider av samme sak, fordi vi vet at dersom kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid skal lykkes må det være forankret og drevet fram av ledelsen
- setter kommunehelsetjenesten i sammenheng med ledelse og styring av den kommunale organisasjonen fordi kommunehelsetjenesten er ett av flere tjenesteområder i en kommune og derfor aldri kan forstås uten at en også forstår hvordan en kommune fungerer
- setter ledelse og styring av kommunehelsetjenesten i sammenheng med den utviklingen som skjer i resten av offentlig sektor fordi modernisering av offentlig sektor er et stort satsingsområde for sentrale myndigheter og derfor kan forklare mange av de endringer som skjer i kommunehelsetjenesten

Tittelen på boka er valgt fordi det er slik mange ledere i kommunehelsetjenesten beskriver sin situasjon – å være *mellom kaos og kontroll.* De styrer organisasjonene og leder medarbeiderne i en hverdag de oppfatter som mer og mer sammensatt, komplisert og vanskelig å kontrollere.

Berit Wetlesen, Geir Sverre Braut og Ellen Aspelund har lest manuskriptet og gitt oss nyttige innspill underveis i skriveprosessen.

Takk til lederne av kommunehelsestjenesten i Sogn og Fjordane; vi kunne aldri skrevet boka uten at de hadde delt sine erfaringer med oss. En særlig takk til Hornindal kommune og Høyanger kommune. Vår grunnutdanning i offentlig administrasjon og ledelse fikk vi ikke gjennom profesjonsutdanningene våre, men som kommunehelsetjenesteledere i disse to kommunene.

Sogndal/Balestrand, november 2003

Petter Øgar og Tove Hovland

INNHOLD

INNLEDNING 14

KAPITTEL 1

KVALITET OG KVALITETSUTVIKLING 17

Hva er kvalitet? 17

Elementer i kvalitetsbegrepet 18

Krav og forventninger til helsetjenesten 23

Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling 25

Nasjonale strategier for kvalitetsutvikling i helsetjenesten 26

Oppsummering 29

Litteratur 30

KAPITTEL 2

KOMMUNENE OG KOMMUNEHELSETJENESTEN 31

Hva er en organisasjon? 31

Komplekse, multiprofesjonelle organisasjoner 33

Kommunene og deres oppgaver 36

Modernisering av offentlig sektor – New Public Management 37

Organisasjonsstruktur – flate organisasjoner 40

Konkurranseutsetting – skille mellom bestiller og utfører 44

Interkommunalt samarbeid og kommunesammenslåinger 46

Kommunale utfordringer 47

Kommunehelsetjenesten 49

Utfordringer for kommunehelsetjenesten 52

Oppsummering 55

Litteratur 57

KAPITTEL 3

LEDELSE OG STYRINGSSYSTEMER 59
Hva er ledelse? 59
Hva er god ledelse? 61
Er ledelse et eget fag? 64
Hva betyr ledelsen for organisasjonen? 65
Prinsipal–agent-teorien 65
Ledelse og styring av komplekse, multiprofesjonelle organisasjoner 66
Ledelse og styring av kommunens helse- og sosialtjeneste 68
Statlig styring 69
Lokalpolitisk styring 71
Finansiering og betalingsformer 72
Helsepersonell 74
Den faglige og teknologiske utviklingen 75
Næringsinteresser 76
Brukernes innflytelse 76
Styringssystemer 77
Økonomistyring 79
Internkontroll 80
Total kvalitetsledelse 81
ISO 9001 82
CAF- eller EFQM- modellen 83
Balansert målstyring 84
Oppsummering 86
Litteratur 88
Nettsteder 89

KAPITTEL 4

KRAV OG MÅLSETTINGER FOR KOMMUNEHELSETJENESTEN 90
Lover og forskrifter – myndighetskrav 90
Plankrav og planlegging 93
Andre krav 94
Visjoner, overordnede mål og mål 95
Praktisk arbeid med krav og målsettinger 97

Oppsummering 98
Litteratur 99
Nettsteder 99

KAPITTEL 5
PRIORITERING 100
Elementer i prioriteringsprosessen 100
Prioriteringsperspektivet 101
Verdi- og rangeringsgrunnlag – prioriteringskriteriene 102
Operasjonalisering og gjennomføringsredskaper 105
Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten 106
Dokumentert nyttig og tilstrekkelig kostnadseffektiv behandling 108
Prioriteringsmessige nøkkelprosesser i kommunehelsetjenesten 110
Retten til nødvendig helsehjelp og faglig forsvarlige tjenester 111
Tildeling av pleie- og omsorgstjenester 114
Prioritering i daglig arbeid 118
Solidaritet og likeverdighet 118
Oppsummering 120
Litteratur 122

KAPITTEL 6
ARBEIDSPROSESSER OG PRAKTISK FORBEDRINGSARBEID 123
Kvalitetsutvikling – kjerneoppgaver og pasientforløp 123
Arbeidsprosesser 126
Organisering av kvalitetsforbedringsarbeidet i virksomheten 129
Systematisk forbedringsarbeid 132
Valg av forbedringsområder og prioritering mellom disse 134
Valg av arbeidsform og eventuelt nedsetting av arbeidsgruppe, utforming av mandat 135
Formulering av kvalitetsproblemet og kvalitetsmålet 135
Innsamling og analyse av data for å finne årsakene til kvalitetsproblemet 136
Valg av løsning 138
Iverksetting av løsningen, eventuelt testing av løsningen i et prøveprosjekt 139
Evaluering. Har løsningen gitt de ønskede effekter? 139

Standardisering. Løsningen gjøres til en del av virksomhetens ordinære arbeidsmåte 140
Prosedyrer 141
Nytte-kostnad-forhold ved forbedringsarbeid 145
Oppsummering 147
Litteratur 149

KAPITTEL 7
VERKTØYKASSE 150
Idédugnad 150
Flytskjema 151
Linjediagram/tidsdiagram 153
Enkelt risiko- og sårbarhetsdiagram (ROS-diagram) 155
Fiskebeindiagram 156
Trediagram 157
Radardiagram 159
Paretodiagrammet 160
Handlingsplan 162
Oppsummering 164
Litteratur 165

KAPITTEL 8
SAMARBEID OG SAMHANDLING 166
Samhandlingsparter og forhold som påvirker samhandling 166
Utfordringer for samhandling og samarbeid. Forholdet til spesialisthelsetjenesten 172
Møtet med pasienten og pårørende 175
Møter og møteledelse 177
Team/arbeidslag 180
Individuell plan 182
Hospitering og praksiskonsulentordninger 185
Forholdet til media 185
Oppsummering 188
Litteratur 190
Nettsteder 190

KAPITTEL 9

ARBEIDSMILJØET 191
Generelle betraktninger. Ledelsens rolle 191
Fysisk arbeidsmiljø 193
Kjemisk og biologisk arbeidsmiljø 193
Psykososialt arbeidsmiljø 193
Kartlegging og forbedring av arbeidsmiljøet 195
Myndighetskrav som gjelder arbeidsmiljøet 197
Arbeidsmiljøutvalg 198
Verneombud 198
Bedriftshelsetjeneste 199
Arbeidstilsynets rolle 200
Avtaleverket i arbeidslivet 200
Kommunenes Sentralforbund 201
Hovedavtale 201
Hovedtariffavtale 202
Oppsummering 203
Litteratur 204
Nettsteder 204

KAPITTEL 10

KOMPETANSESIKRING, KOMPETANSEHEVING OG FAGUTVIKLING 205
Å skape en lærende organisasjon 205
Kompetanse- og opplæringskrav 207
Kompetansesikring og kompetanseutvikling 211
Fagutvikling 212
Oppsummering 213
Litteratur 214

KAPITTEL 11

NÅR NOE GÅR GALT 215
Lærings- og forbedringsperspektivet 215
Uønskede hendelser 216
Hensyn som skal ivaretas ved uønskede hendelser 217

Håndtering i egen organisasjon ... 221
Informasjons- og meldeplikter ... 224
Tilsynsmyndighetenes og politiets rolle ... 226
Når en underordnet eller kollega svikter ... 229
Oppsummering ... 230
Litteratur ... 231

KAPITTEL 12
VURDERING AV AKTIVITETER OG RESULTATER ... 232
Ulike vurderingsbehov og vurderingsformer ... 233
Krav til datakilder og kvalitetsindikatorer ... 237
Nasjonale datakilder ... 239
KOSTRA og IPLOS ... 239
Nasjonale kvalitetsindikatorer ... 241
Norgeshelsa, Nasjonalt helseindikatorsystem (NHIS) ... 243
Annet data- og faktagrunnlag ... 243
Brukerundersøkelser ... 244
Tolking og sammenlikning av statistikk og annet faktagrunnlag. Benchmarking ... 247
Evaluering ... 248
Intern systemrevisjon ... 250
Statistisk prosesskontroll ... 251
Vedlikehold av kvalitets- og styringssystemet ... 252
Oppsummering ... 254
Litteratur ... 256
Nettsteder ... 257

REGISTER ... 258

INNLEDNING

Dette er en praktisk rettet bok om ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten. Boka er primært skrevet med tanke på å være en grunnleggende lærebok i de ulike videreutdanningene i offentlig administrasjon og ledelse, men den vil også være høyst aktuell for ledere og personell på ulike nivåer i kommunehelsetjenesten. Store deler av boka har generell gyldighet også for sosialtjenesten og andre ledere i kommunen.

Kommunehelsetjenesten byr på store ledelsesmessige utfordringer. Lederne trenger både å forstå den virkeligheten de er en del av og ha relevante praktiske kunnskaper og ferdigheter for å kunne mestre oppgavene de står overfor. Vi håper boka vi har skrevet kan være et nyttig bidrag i dette arbeidet. Ved siden av å gi teoretisk og praktisk innsikt skal boka være et hjelpemiddel i arbeidet for å skape en bedre kommunehelsetjeneste – som kontinuerlig forbedres. Vi legger vekt på å få fram kompleksiteten og de mange mål- og verdikonflikter ledere og helsepersonell stilles overfor der det ikke finnes enkle eller absolutt riktige svar.

Det finnes mange bøker om kvalitet og om ledelse, men de er ikke relatert til kommunehelsetjenesten. Mye av den generelle litteraturen på dette området er i stor grad knyttet til bestemte metoder og trosretninger og er ofte lite praktisk anlagt.

I denne boka prøver vi å beskrive vanlige, konkrete problemstillinger knyttet til ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten og beskrive praktiske metoder og eksempler på hvordan disse problemstillingene kan møtes og håndteres. De som ønsker mer teori, henvises til annen litteratur. Et viktig element i boka er å beskrive kommunehelsetjenesten og den kommunale organisasjon, hvordan den skapes, sty-

res og endres. I dette ligger også å beskrive kommunehelsetjenestens samhandling med brukerne og samfunnet omkring.

For oss er kvalitetsutvikling og ledelse to sider av samme sak. Ethvert større kvalitetsutviklingsarbeid som skal lykkes, må være forankret hos og drevet fram av ledelsen. Enhver leder uten fokus på kontinuerlig kvalitetsutvikling vil fort komme til kort.

Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten er av mange grunner en svært krevende oppgave. De største utfordringene er knyttet til pleie- og omsorgstjenestene, ganske enkelt fordi det er den desidert største og mest sammensatte deltjenesten. Et stort antall ledere og helsepersonell legger ned en imponerende arbeidsinnsats og oppnår gode resultater, men det er også mange som strever og ikke får til det de ønsker. Slitasjetegn ser vi i form av konflikter på arbeidsstedene, høyt sykefravær, uføretrygding og et betydelig omløp av ledere og personell.

Utfordringene og årsakene til disse er mange, sammensatte og ligger på flere plan. Det kan være fruktbart å dele dem i to hovedgrupper: de ytre rammevilkår som skaper utfordringer, og de indre som angår kommunenes, kommunale lederes og helsepersonells mestringsevne.

En av de største utfordringene er spriket mellom de krav og forventninger som stilles til helsetjenestene, og det tjenestene faktisk er i stand til å yte.

Denne virkeligheten møter kommune-Norge, med et stort antall små kommuner der kompetansefaktoren ofte er en kritisk minimumsfaktor. Det gjelder ikke minst ledelseskompetansen. Helsepersonells grunnutdanning er helsefaglig dominert og dyktiggjør i liten grad personellet i ledelse og mestring av en prioriteringsmessig hard virkelighet. Tvert imot utvikler mange gjennom utdanningen så høye og ideelle krav til egen yrkesutøvelse at det representerer et betydelig problem når hverdagen ikke tillater en å leve opp til dette. Vi har inntrykk av at mange kommuner ikke prioriterer lederopplæring og ledelse høyt nok. Vi har opplevd mange ensomme ledere og mellomledere. Det understreker den sentrale og tilstedeværende rollen rådmennene må spille i kommunehelsetjenesten. Det store innslaget av konsulenter tolker vi som et tegn på at kommunene ikke makter å løse oppgavene selv. Noen ganger er det riktig å benytte eksperter utenfra, men ofte er det en dyr og dårlig løsning. Eksterne konsulenter har variabel og ofte dårlig kunnskap om organisasjonen de skal hjelpe, og de utfører ofte oppdraget sitt uten at organisasjonen lærer å bli bedre til å hjelpe seg selv ved neste korsvei. Spissformulert kan vi si at det kan bidra til lært hjelpeløshet framfor utvikling av egen mestringsevne.

Ledelse utøves på flere nivåer i kommunehelsetjenesten. Noen er ansatt som ledere og har ledelse som hovedoppgave, men det er også mange andre som i deler av sitt arbeid utøver ledelse ved at de treffer beslutninger som er avgjørende for aktiviteten og ressursbruken i organisasjonen. En sentral oppgave for de øverste lederne i en organisasjon er å lede den samlede ledelsevirksomhet i organisasjonen. Denne boka er primært rettet mot dem som har ledelse som en hovedoppgave. Når vi snakker om lederoppgaver, tenker vi på oppgaver for disse lederne.

Kapittel 1 drøfter begrepene kvalitet og kvalitetsutvikling. Felles språkforståelse er avgjørende for meningsfull kommunikasjon, og begrepsbruken på dette området er ofte inkonsistent og forvirrende.

Kapittel 2 beskriver kommunen og kommunehelsetjenesten som organisasjon. Hva kjennetegner dem? Hva påvirker utformingen og utviklingen av dem, og hvilke utfordringer står de overfor?

Kapittel 3 drøfter ulike sider ved ledelse, styringsvirkemidler og styringssystemer. Nødvendige elementer i et styringssystem beskrives, og ulike modeller for styringssystemer omtales. Ledelse handler både om å identifisere hvilke lederoppgaver som er viktige, og å løse disse på en tilfredsstillende måte.

Kapittel 4 gir en oversikt over og drøfter de krav og målsettinger kommunehelsetjenesten stilles overfor. Det går et viktig skille mellom lovpålagte krav og andre krav og målsettinger.

Prioritering er en av ledelsens vanskeligste og viktigste oppgaver. Kapittel 5 beskriver og drøfter ulike elementer i prioriteringsprosessen og forutsetninger for prioritering på ulike nivåer. Kravet til faglig forsvarlige tjenester står sentralt i prioriteringsprosessene og drøftes spesielt.

Kapittel 6 beskriver arbeidsprosesser i kommunehelsetjenesten og praktiske metoder for å forbedre disse prosessene. Identifikasjon av virksomhetens kjerneoppgaver og arbeidsprosesser er innfallsporten, og pasientforløp det viktigste stikkordet. Målet er at kapitlet skal gi nok kunnskap til å kunne starte praktisk forbedringsarbeid.

Kapittel 7 omtaler ulike problemstillinger knyttet til samarbeid, samhandling og forholdet til ulike samhandlingsparter. Kapittel 8 gir en kortfattet framstilling av problemstillinger knyttet til arbeidsmiljøet. Kapittel 9 drøfter kompetansekrav i kommunehelsetjenesten, og hvordan denne kompetansen kan sikres og utvikles. Kapittel 10 tar opp spørsmål knyttet til uønskede hendelser og svikt i helsetjenesten.

Hvordan håndterer vi disse, og hvordan kan slike hendelser brukes i læringsøyemed slik at tjenesten stadig forbedres og risikoen for nye hendelser reduseres? Kapittel 11 tar opp spørsmålet om hvordan virksomheten kan vite i hvilken grad den oppfyller de mål og krav som er satt til den. Hvilke data kan vi bruke i denne sammenheng, og hvordan skal vi sikre at kunnskapen som ligger i denne informasjonen fører til forbedring av virksomheten?

KAPITTEL 1

KVALITET OG KVALITETSUTVIKLING

«Alle» snakker om kvalitet og kvalitetsutvikling, og «alle» er for det. Men snakker vi om det samme, og vet vi hva vi snakker om? Vår erfaring er at det gjør vi ofte ikke, og at det mange ganger er en hindring for meningsfull dialog og konstruktivt kvalitetsarbeid. I dette første kapitlet vil vi derfor drøfte begrepene kvalitet og kvalitetsutvikling. Hovedbudskapet er at kvalitet er et sammensatt fenomen som består av flere elementer og dimensjoner, og at det gjelder å finne den beste kombinasjonen av disse. En vanlig feil er å se seg blind bare på ett eller noen av disse elementene. Hvilken kombinasjon som er uttrykk for best kvalitet, vil bygge på subjektive og verdimessige vurderinger, og derfor ofte resultere i ulike svar. Måling av kvalitet og de store utfordringene det byr på, drøftes nærmere i kapittel 11 om vurdering av aktiviteter og resultater.

HVA ER KVALITET?

Kvalitet er ikke et entydig begrep, men tvert imot et produkt av ulike elementer som vektlegges og vurderes ulikt avhengig av ståsted og egne oppfatninger. Kvalitetsbegrepet er i betydelig grad verdiladet og subjektivt, og de ulike kvalitetselementene kan ofte komme i konflikt med hverandre. Kvalitet er derfor vanskelig å vurdere og måle, og om flere av elementene i kvalitetsbegrepet foreligger det lite systematisk kunnskap. Med et slikt utgangspunkt defineres naturlig nok kvalitet på flere måter.

I Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten 1995–2000 ble Norsk Standards (NS-ISO 8402) definisjon på kvalitet benyttet:

> Kvalitet er en helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller en tjeneste har, som vedrører dets evne til å tilfredsstille fastsatte krav eller behov som er antydet.

I den siste utgaven av Norsk Standard (NS-EN ISO 9000: 2000) er definisjonen forandret til:

> Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav. Merknad: Termen kvalitet kan brukes sammen med adjektiver som dårlig, god eller utmerket.

Det sentrale poenget er at kvalitet handler om forholdet mellom hva som faktisk ytes, og hva som kreves eller forventes. For pasienten eller mottakerens tilfredshet og kvalitetsopplevelse spiller det ikke bare en rolle hvilken tjeneste som faktisk leveres. Det er også helt avgjørende hvilke krav og forventninger pasienten eller mottakeren har til tjenesten. Definisjonen utløser flere spørsmål: Hva er det konkrete innholdet i kvalitetsbegrepet? Hvem kan og bør stille krav til helsetjenesten? Hvem og hvordan skal vi prioritere mellom eller rangere ulike krav når ikke alle kan innfris? Hvordan kan vi vite at kravene er innfridd? Vet vi hvilke virkemidler som skal til for å oppnå ønskede mål, og er vi villige til å ta dem i bruk? Disse spørsmålene vil vi diskutere og prøve å gi svar på senere i dette kapitlet og i resten av boka.

ELEMENTER I KVALITETSBEGREPET

Kvaliteten på en tjeneste består av ulike elementer. Verdens helseorganisasjon (WHO) presenterte i 1995 et kvalitetsbegrep med følgende dimensjoner: faglig kvalitet, risiko for skader, ressursutnyttelse, brukertilfredshet, tilgjengelighet (kapasitet og nærhet) og kontinuitet. Sosial- og helsedirektoratet har på oppdrag fra Sosialdepartementet og Helsedepartementet og i samarbeid med Helsetilsynet utarbeidet et forslag til ny nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helse- og sosialtjenesten fra 2004. Strategien slår fast at tjenestene er av god kvalitet når de er i pakt med sitt formål. I boks 1.1 er det framstilt hva som kjennetegner gode helse- og sosialtjenester.

Boks 1.1 Kjennetegn ved gode helse- og sosialtjenester

Gode helse- og sosialtjenester

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

Kvalitetsutfordringene i helsetjenesten er derfor ensbetydende med utfordringene i tjenesten. En hovedsvakhet ved kvalitetsarbeidet og kvalitetsdiskusjonen her i landet er at diskusjonen både har vært for smal og for lite konkret. Kvalitetsbegrepet og kvalitetsutvikling må omfatte alle dimensjonene som er nevnt her.

God *faglig kvalitet* er kjerneelementet i enhver kvalitetsvurdering av helsetjenesten. For mange synes faglig kvalitet å være synonymt med kvalitetsbegrepet. Vi vil rett og slett ikke akseptere en helsetjeneste som ikke er av god faglig kvalitet. De aller fleste av oss vil ikke akseptere annet enn det beste den medisinsk-faglige utvikling til enhver tid kan gi oss. Problemet er at verken pasientene eller fagmiljøene alltid vet eller blir enige om hva som er best, og at ressursmessige, geografiske og andre forhold gjør at ikke alle kan få det antatt beste til enhver tid. Tjenestene skal imidlertid ha en minstestandard som gjør at de oppfyller kravet til faglig forsvarlighet, og helst være innenfor det som i fagmiljøene vurderes som god praksis. Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard. Hva som er faglig forsvarlig varierer med faglig utvikling, verdioppfatninger og den konkrete situasjon som foreligger. Kravet til faglig forsvarlighet drøftes nærmere i kapittel 5 om prioritering.

Forventningen om god og lik faglig kvalitet i helsetjenesten har vært og er grunnleggende. Forventningen utfordres imidlertid nå ved den konkurranse som innføres i helsetjenesten blant annet gjennom fritt sykehusvalg, de nye finansieringsordningene og den varslede rangeringen av sykehusene som skal bygge på ulike kvalitetsindikatorer. *Kvalitetsindikatorer* kan defineres som en statistisk verdi som gir en indikasjon på hvordan bestemte prosesser fungerer eller om bestemte resultater er oppnådd ved å antyde kvalitetsegenskaper. Å finne gode kvalitetsindikatorer har

vist seg å være en svært krevende oppgave. Kvalitetsindikatorer og bruken av dem er nærmere beskrevet og drøftet i kapittel 11.

Hensikten med rangeringen er å stimulere sykehusene til å bli bedre, men vi vet ikke hva som vil skje, og det er delte meninger om nytten av slike rangeringer. Sykehus som kommer dårlig ut, kan forbedre seg, men det kan også hende at de av ulike årsaker ikke makter dette. Hva skjer da? Hva tenker pasientene som er nødt til å bruke disse sykehusene? Hva gjør det med trivselen og holdningene til personellet som arbeider der, og rekrutteringen av nytt personell? Regjeringen har besluttet at det skal innføres kvalitetsindikatorer i pleie- og omsorgssektoren innen utgangen av 2004. Dette er en del av en samarbeidsavtale mellom Sosialdepartementet og Kommunenes Sentralforbund om kvalitetsutvikling i kommunenes pleie- og omsorgstjenester. I tillegg til kvalitetsindikatorene skal alle kommuner etablere kvalitetssystemer for tjenestene og gjennomføre brukerundersøkelser. Til gjengjeld lover regjeringen å avstå fra å innføre bemanningsnormer og andre detaljerte regler for tjenestene.

At det skal være *lav risiko for skader* i helsetjenesten, tar de fleste som en selvfølge. Men det er det ingen grunn til. Nesten enhver diagnostikk og behandling innebærer elementer av usikkerhet, skjønn og risiko for bivirkninger. Skader og uønskede hendelser er derfor en uunngåelig del av helsetjenestens hverdag – også uten at noen gjør feil eller kan klandres, og omfanget er betydelig. Det er derfor et viktig mål for kvalitetsarbeidet å redusere omfanget av uønskede hendelser til et minimum. Dette gjøres dels ved å lage systemer og rutiner som reduserer risikoen for slike hendelser, og dels ved å trekke lærdom av de hendelsene som inntreffer, slik at de ikke gjentar seg. Vi kommer tilbake til dette i kapittel 6 om praktisk forbedringsarbeid og i kapittel 10 om uønskede hendelser.

Høy pasienttilfredshet er et kvalitetskrav som stadig tillegges økende vekt. Vi skal ha en tjeneste på brukernes premisser der pasienten settes først. Dette er i tidens ånd med økt vektlegging av individuelle rettigheter og kommer blant annet til uttrykk i pasientrettighetsloven fra 1999. Pasienttilfredsheten påvirkes av en rekke faktorer som er gjengitt i boks 1.2.