

Kvalitetskommuner

1. Hvorfor kvalitetskommuneprogrammet?

Programmet "Kvalitetskommuner" er en omfattende satsning i arbeidet med å realisere kommunalministerens visjon for kommunesektoren:

- Kommunene skal være en levende demokratisk arena hvor folk ønsker å delta.
- Kommunene skal gi tjenester av høy kvalitet.
- Kommunene skal være en dynamisk samfunnsutvikler som legger til rette for samarbeid mellom offentlige myndigheter og frivillige krefter.
- Kommunene skal være en god arbeidsplass for sine ansatte.
- Høy etisk standard skal prege den kommunale hverdagen.

Programmet skal gjennomføres i samarbeid mellom staten, KS og arbeidstakerorganisasjonene, og skal bidra til å styrke kommunesektorens omdømme.

Målet med samarbeidet: Å øke kvaliteten og effektiviteten på det kommunale tjenestetilbudet gjennom en konstruktiv samhandling mellom de folkevalgte, lederne og de ansatte slik at innbyggeren merker en forbedring. Det er et særskilt mål å redusere sykefraværet i kommunesektoren.

Mange kommuner arbeider godt med kvalitetsarbeid og sykefraværsforbygging. Dette arbeidet legges til grunn for videreutvikling av kvalitetsinnsatsen.

I dette notatet skisseres det samlede opplegget for kvalitetskommuneprogrammet.

Arbeidet innebærer blant annet at:

- Aktiviteten skal bygge på arbeid som allerede gjøres eller er gjort, og utfyller og forsterker eksisterende arbeid. Det vises i denne sammenheng blant annet til de bilaterale kvalitetsavtalene mellom KS og regjeringen.
- Fokus rettes mot pleie- og omsorgssektoren og oppvekstsektoren.
- Samarbeidet lokalt må spesielt involvere medarbeiderne som møter innbyggerne.
- Kommunene skal i all hovedsak trekke på egne krefter, med bistand fra prosjektets innsatsteam og ressursmiljøer.
- Det lokale arbeidet må ha god forankring hos de folkevalgte.
- De deltakende kommunene må forplikte seg på konkrete mål når det gjelder nedgang i sykefravær.
- Arbeidet skjer innenfor kommunens vedtatte økonomiske ramme.
- Intensjonene i Hovedavtalen skal ivaretas.

Opplegg og framdrift

- Programmet skal gjennomføres i perioden 01.01.07 – 31.12.09
- Prosjektet vil bestå av to delvis parallelle løp. Det ene går på tiltak for å redusere sykefravær. Det andre løpet konsentreres om andre kvalitetsforbedrende tiltak i kommunen.
- Som første og umiddelbare fase i satsningen startes et arbeid i et allerede utvalgt, mindre antall (10-12) kommuner med høyt sykefravær, særlig innen pleie/omsorg og/eller oppvekst.
- Invitasjon til alle kommuner sendes ut før jul 2006, med frist for deltagelse i første pulje 31.01.07. Det gjennomføres en oppstartskonferanse for de første 50 kommunene i midten av mars 2007.
- Parallelt med dette samles/tilpasses verktøy knyttet til sykefravær og kvalitet. Erfaringer oppsummeres og nødvendige verktøy utvikles løpende ved behov. Opplegg for evaluering, formidling og profilering utarbeides. I midten av juni gjennomføres ny oppstartskonferanse for 50 nye kommuner.
- I løpet av 2008 skal 100 nye kommuner inn i prosjektet. Det gjennomføres oppstartskonferanser to ganger i året, når nye grupper kommuner starter opp.
- Det er et mål at over halvparten av landets kommuner skal ha deltatt.

2. Organisering

Sentralt er samarbeidet organisert med et *Politisk kontaktmøte* som består av politisk ledelse for de deltakende departementene, KS-ledelse, og ledelse for de deltakende arbeidstakerorganisasjonene. Kontaktmøtet ledes av kommunalministeren og møtes ca. to ganger i året for å drøfte policy for samarbeidet og aktuelle problemstillinger.

På administrativt nivå er det etablert en *Styringsgruppe* som skal ha ansvaret for det faglige innholdet i programmet, utvelgelsen av deltakerkommunene og oppfølging av programmet. Styringsgruppen ledes av KRD og utgjøres av representanter på administrativt nivå for de deltakende departementene, KS, og de deltakende arbeidstakerorganisasjonene. *Sekretariatet* er lagt til KS. Sekretariatet skal ha det operative sentrale ansvaret for programmet, med en tett kobling til styringsgruppen. KS har det operative ansvaret og arbeidsgiveransvaret for prosjektleder og veiledere.

Den lokale organiseringen av samarbeidet tilpasses hva en skal oppnå i den enkelte kommune. Deltakerkommunene velger selv innretning og organisering av arbeidet, men må sikre representasjon fra de folkevalgte, ledelsen og de ansattes organisasjoner i styringen av arbeidet. Arbeidet må forankres i alle arbeidstakerorganisasjonene lokalt. Prosjektet skal eies av de lokale partene, politisk og administrativt, og disse må være aktivt engasjert i kommunens satsning, både i utforming og oppfølging. Det lokale prosjektet settes sammen av *folkevalgte, ledere, og tillitsvalgte/medarbeidere*. En må sikre seg at medarbeidere som deltar i den direkte tjenesteytingen er involvert i alle faser av prosjektet. De folkevalgte bør delta i både planlegging og gjennomføring av prosjektet. Kommunene må også sikre god analysekompetanse lokalt og at det er forpliktende prosesser for å utarbeide tiltaksplaner og konkrete arbeidsmål på områder med behov for forbedringer. Deltakerkommunene må beskrive partssamarbeidet i søknaden.

Kommunene velges ut fra kriteriene motivasjon for å arbeide med reduksjon i sykefravær/økt nærvær og motivasjon til målrettet arbeid med kvalitet i tråd med intensjonen i prosjektet. Kommunene gis direkte veiledning og oppfølging, primært gjennom nettverksarbeid.

Veiledere fra prosjektet, NAV, og evt andre eksterne ressurser, bistår nettverkene og kommunene. I oppstarten kan prosjektet trekke på ressurspersoner og kompetanse fra partenes miljøer. Alle lokale veiledere gis samme opplæring/trening.

Prosjektleder og sekretariat med veiledere ivaretar løpende kontakt med alle aktører sentralt, regionalt og lokalt - herunder NAV, KS i regionene/fylkene, fylkesmannen og organisasjonene. Prosjektleder har som sentral oppgave å nettverksorganisere arbeidet med kommunene, sørge for direkte bistand til kommunene ut fra de gitte ressurser, og formidle resultater fra arbeidet. Prosjektleder utarbeider forslag til konkretisert prosjektplan med milepæler. Avtalepartene bidrar med/avgir arbeidskraftsressurser. Disse samarbeider direkte med, og bistår prosjektleder.

3. Oppstartfase med hovedfokus på sykefravær

Den første fasen har som mål å redusere sykefraværet i kommuner slik at utstøting til varige helserelaterte trykdeytelser forebygges. Fokus i dette arbeidet er tiltak rettet mot kommunen som arbeidsgiver innenfor sykepengeperioden (1 år). For de 12 allerede utvalgte innsatskommunene i denne fasen, avholdes det en oppstartskonferanse i januar 2007.

Hver kommune skal utarbeide en prosjektplan der mål, tiltak, tidsfrister, ansvar, rapportering og evaluering er beskrevet. Kommunen må utarbeide forpliktende resultatmål for reduksjon av sykefravær. I prosjektplanen må prosjektet sette mål, utarbeide tiltak og rapportere på måloppnåelse. Resultatmål for sykefravær må gjelde alle nivåer.

Både i oppstartfasen og i hovedfasen er medvirkningsprosesser for identifisering av innsatsområder og tiltak for å redusere sykefravær og øke nærvær et viktig element i gjennomføringen. Det foreligger gode beskrivelser av gjennomprøvd metodikk som har nedenfra og opp-perspektivet. Eksempler på dette er Flink med folk, Medarbeiderskap, modellkommuneforsøket, bemanningsvurderingen – FRYD, LØFT, medarbeiderundersøkelser. Gjennom ulikt FoU-arbeid er det identifisert en del kritiske suksessfaktorer som er avgjørende i det lokale sykefraværarbeidet. Denne kunnskapen må anvendes i oppstartsarbeidet med sykefravær.

I tillegg til nedenfra og opp-perspektivet er det også nødvendig å sikre topplederfokus. Sykefraværarbeid og kvalitetsforbedring handler i stor grad om ledelse, forankring, gode styringssystemer, fokus på resultater og gjennomtenkte prioriteringer på høyt administrativt og politisk nivå.

Det faktiske sykefraværet og rutiner for oppfølging av sykemeldte må gis oppmerksomhet for å bedre oppfølging av sykemeldte. Her vil Stoltenbergutvalgets modell som ble lagt fram 6.11.06 være førende. Kjernen i oppfølgingen er lederengasjement og den sykemeldtes egenrevisning av arbeidsevne.

4. Hovedfase - bedre kvalitet for innbyggerne

Effekter av arbeidet skal være:

- At innbyggerne opplever en forbedring i kvaliteten i sin kontakt med kommunen.
- At sykefraværet i kommunesektoren reduseres.

Gjennomføringen og metodikken beskrevet under ”oppstartsfasen med hovedvekt på sykefravær” (avs. 3.) vil gjelde alle nye kommuner som kommer med i prosjektet. I det følgende beskrives det arbeidet som går på tjenestekvalitet

Kvalitet

Det er et mål for prosjektet at innbyggere og de som mottar kommunale tjenester skal merke at kvaliteten på tjenestene blir bedre når kommunen deltar i programmet ”Kvalitetskommuner”. Den direkte kontakten, dialogen og samhandlingen mellom medarbeider og innbygger er valgt som det sentrale kvalitetsfokus i programmet.

Det finnes en rekke definisjoner og begreper som beskriver hva kvalitet er, også innenfor hvert kommunalt tjenesteområde. Det er viktig i dette prosjektet at vi ikke gjør kvalitetsbegrepet for komplekst og fragmentert. Det er også et hensyn i denne satsingen at kvalitetsforståelsen skal knyttes til den daglige praksis i kommunene på det enkelte tjenestested og i kontakten mellom tjenesteyter og tjenestemottaker.

Kvalitet handler om å tilgodese behov og innfri forventninger. Dette innebærer at kvalitetsforbedring har to innfallsvinkler:

- Å skape realistiske forventninger gjennom god informasjon
- Å forbedre resultater

Ut fra dette kan vi i vår sammenheng oppfatte kvalitet som:

- hva innbyggerne vil kunne forvente seg i kontakten, dialogen og samhandlingen med kommunen
- opplevd kvalitet i kontakten mellom medarbeider og innbygger

Oppsummert handler alt dette om kvalitet i utføring og overlevering av tjenester. Både innholdet i tjenesten, de vilkår tjenesten gis på og måten tjenesten utføres på må ha fokus i arbeid med kvalitet. *Vilkår som tjenesten gis på* kan være tilgjengelighet, regularitet og kontinuitet, forutsigbarhet og punktlighet, riktighet og tydelighet, fleksibilitet og tilpasning.

Ingenting vil imidlertid oppleves som kvalitet om det ikke settes fokus på *måten tjenesten gis på*. Hvordan tjenesten gis, handler om kontakten, dialogen og samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Innbyggerne forventer med rette å bli sett, hørt, møtt med respekt og tatt på alvor. Dette er utgangspunktet for å utvikle praksis i møtet mellom ansatt og den som mottar tjenesten, og må være hovedfokus i prosjektet.

Hver kommune og hver tjeneste i kommunen må drøfte og reflektere over kvalitetsbegrepet og kvalitetskjennetegn ved egen virksomhet ut fra siktemålet med satsingen. Å vurdere egen kvalitet og sette egne kvalitetsmål skal stå sentralt i prosjektet, sammen med å identifisere kommunens forbedringsområder og iverksette tiltak.

Kvalitetsbestemmelser i gjeldende lover og forskrifter og føringene i kvalitetsavtalene mellom stat og kommunesektor legges til grunn, bl.a. forskriften for kvalitet i pleie og omsorg. Kvalitetsarbeidet i dette prosjektet skal foregå innenfor eksisterende ressursrammer. Kvalitetsforbedrende tiltak som skal gjøre innbyggerne mer fornøyd, har ventelig også en effekt for reduksjon av sykefraværet.

Eksempler på – metoder og modeller

For å kunne jobbe målrettet med kvalitetsforbedring må kommunene vite noe om hvor de er i landskapet nå. Det må med andre ord måles, og en situasjonsanalyse basert på statistisk materiale og et grunnlag for å måle endring bør gjennomføres før kommunene går i gang med kvalitetstiltak. Det er viktig at dette faktagrunnlaget oppleves som legitimt av begge parter: både arbeidstaker og arbeidsgiver (både på politisk og administrativt nivå).

Vi må finne fram til noen indikatorer som oppleves treffende for kvaliteten i den tjenesten vi har fokus på. Kunnskapsgrunnlaget skal gi oss et bilde på kvaliteten i tjenestene og verktøy for å videreutvikle kvaliteten. Dette bør velges ut fra kilder som i dag eksisterer, og som kommunene fortrinnsvis alt har data på eller erfaring med. En rekke kilder/metoder kan være aktuelle, og vi peker nedenfor på noen av disse.

Nettverksarbeid. Siden 2002 har alle landets kommuner fått tilbud om å delta i *læringsnettverk; Kommunennettverk for fornyelse og effektivisering*, sammen med andre kommuner. Læringsnettverk handler om å sammenlikne seg med andre for å lære – for så å bli bedre på hjemmebane. Det tilbys en arena for analyser, erfaringsutveksling og læring, og bistand til å tolke resultatene og sette inn tiltak der kommunen ser det trengs. Metoden innebærer i korte trekk at kommuner kartlegger valgte tjenester, de sammenligner effektivitet og kvalitet og utveksler erfaringer - med fokus på beste praksis for forbedringstiltak og effektivisering i egen kommune.

Kartlegginger, analyser og sammenligninger danner en solid bakgrunn for forbedringstiltak. Kommunene blir mer bevisst hvordan de jobber og er organisert gjennom nettverksarenaen. I nettverkene analyseres kommunens produktivitet, effektivitet og kvalitet, og man sammenligner med andre kommuner og ser på egen endring over tid. Dette gir mer funderte prioriteringsdiskusjoner og beslutninger, både politisk og administrativt. Bedre informasjon og samhandling er stikkord for forbedringsarbeid som er satt i gang.

Modellkommunemetodikken var i utgangspunktet et treårig forsøk som ble gjennomført i noen kommuner. Målsetting for prosjektet var økt ressurseffektivitet og bedre kvalitet på tjenesteytingen. Prosjektet skulle være et alternativ til konkurranseutsetting av kommunale tjenester. Fellesnevneren for virkemidlene i forsøket var at kommunene skulle gjennomføre utviklingsarbeid ved hjelp av initiativ fra medarbeiderne.

Arbeidsformen var konsensusbasert med styringsgrupper bestående av politikere, administrasjon og ansatte. Tanken var at egne ansattes erfaringer med tjenestene var et godt utgangspunkt for å skape ideer om hvordan tjenestene kan forbedres. Dette viste seg å være holdbart. En lang rekke ideer ble utviklet og virkeliggjort gjennom forsøket. De ansattes trivsel økte, partene var særdeles positive til trepartssamarbeidet, sykefraværet gikk ned og effektiviteten økte i virksomhetene som gjennomførte prosjekter. Modellkommuneforsøket bidro også til å oppfylle målsettingen om kvalitativ bedre tjenesteyting i kommunene.

Modellkommunemetodikken er videreutviklet, og fokuset i de nyeste prosjektene har i større grad vært rettet mot involvering av innbyggerne, pilotstrategier og kvalitet enn de tidligste prosjektene.

Brukerundersøkelser gir en indikasjon på opplevd kvalitet. Hva mener brukerne, eventuelt pårørende og verger, om kvaliteten på den tjenesten de mottar? Brukerundersøkelser gir ikke bare nyttig informasjon om hva brukerne mener om kvaliteten på en gitt tjeneste, men gir også et godt grunnlag og utgangspunkt for å gå i dialog med brukerne om utvikling og forbedring av tjenesten. Brukerundersøkelser er derfor et viktig kvalitetsverktøy for kommunene.

Medarbeiderundersøkelser gir en indikasjon på medarbeidernes tilfredshet med egen arbeidsplass. Trivsel på arbeidsplassen er avgjørende for at kommunen skal levere gode tjenester, rekruttere og holde på de rette medarbeiderne og holde sykefraværet nede. På samme måte som med brukerundersøkelser, gir medarbeiderundersøkelser en indikasjon på ”kvaliteten ved arbeidsplassen”, men er først og fremst et redskap for å arbeide videre med arbeidsmiljøet, i samarbeid mellom arbeidstaker og arbeidsgiver.

Målt (objektiv) kvalitet. Det er viktig å finne fram til noen (få) indikatorer som oppleves å være objektive i forhold til hvordan tjenesten utøves. Slike indikatorer bør defineres ut fra hva som er hensikten med tjenesten, og henge tett sammen med hva brukerne opplever som viktig at kommunen leverer i forbindelse med tjenesten.

Indikatorer for målt kvalitet er alltid vanskelig å enes om. Her må det selvsagt bli indikatorer på hvert av tjenestoområdene som velges. Noen av indikatorene på www.skoleporten.no og www.bedrekommune.no vil kunne brukes.

KOSTRA (KOMmune-STat-RApportering) er det nasjonale informasjonssystemet som gir styringsinformasjon om kommunal tjenesteyting. Informasjonen skal gi bedre grunnlag for analyse, planlegging og styring, og herunder gi grunnlag for å vurdere om nasjonale mål oppnås. I tillegg er KOSTRA et sentralt verktøy hvor enkelte nøkkeltall kan benyttes sammen med andre data, for eksempel data om brukernes tilfredshet. Utdanningsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet samler inn data på brukernivå gjennom systemene GSI og VIGO for grunn- og videregående skoler og gjennom IPLOS for pleie og omsorgssektoren. IPLOS er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og statlige myndigheter. Det er obligatorisk registrering for alle kommuner, og vil bli en del av KOSTRA. I KOSTRA har en de siste årene utviklet tall for kvalitet, og en vil i mars 2007 for første gang publisere kvalitetsindikatorer under egen fane i KOSTRA. Disse vil da være basert på objektive data som allerede eksisterer i KOSTRA.