



# Ledelse av **Fag, Folk og Penger**

Vernepleierkonferansen, Oslo 05.02.2019

Idar Flåto, virksomhetsleder EFF – enhet for funksjonshemmede



# 1. Organisatorisk endring

## Ståa før 1.mai 2016

- Flere resultatenheter med ulike tjenester til samme målgruppe - 2 avlastningsavdelinger, 2 aktivitets-senter og 19 boliger fra 4 omsorgs-distrikt
- Ulike kulturer, på godt og «vondt»
- Fungerte greit, men rom for forbedring ift. samhandling og tjenesteyting
- Stort sprik i tjenestenivået

## EFF - nå

- En stor resultatenhet med: 26 avdelinger
- ca. 450 årsverk/ 750 ansatte.
- Kort vei fra beslutning til utførelse
- «homogen» ledergruppe med tilnærmet likt fokus
- Størrelsen er en stor utfordring og en stor mulighet 😊



## Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten

- Kvalitetsforbedringssirkelen



## Organisering, mål og oppgaver ( § 6a):

- Hvordan tjenesten er organisert.
- Mål for tjenestene bør fastsettes, og det samme gjelder målene for planlagte forbedringstiltak.
- Hovedoppgavene skal avklares.



## 2. Målsettinger for EFF

- **FAG** - Gi gode, effektive, fleksible og samordnede tjenester til målgruppen. Etablere felles faglig plattform, via Veiledningsteamet vårt.
- **FOLK** - Skape en felles EFF-kultur gjennom felles struktur. Satse på kompetansebygging i alle ledd.
- **PENGER** – Skape en robust enhet, hvor nøkternhet generelt gir større handlingsrom spesielt.



### 3. Oppgaver – gi gode, effektive, fleksible og samordna tjenester til målgruppen

*«Internkontroll og kvalitetsstyring er ledelsens verktøy for å kontinuerlig å sikre og forbedre kvaliteten på tjenestene»*

- **Leder** - har ansvar for at det innføres og utøves internkontroll i virksomheten, og at det gjøres i samarbeid med ansatte og deres representanter (TV og VO).
- Leder skal **påse** at krav i lov og regelverk overholdes og **dokumentere** dette skriftlig.
- **Ansatte** – Skal medvirke ved innføring og utøvelse av internkontroll (medarbeidersamtale, medarbeiderundersøkelse, personalmøter, forbedringsgrupper, varsling/ kontinuerlig tilbakemeldinger).



## FAG – Veiledningsteamet EFF

- Veil.teamet skal bistå i å innføre felles faglig plattform i enheten. *Positive Behaviour Support* - Positiv atferdsstøtte (PAS) - alle ansatte skal kurses i dette.
- **PAS** - Målet med Positiv atferdsstøtte er at personer med nedsatt funksjonsevne skal oppnå meningsfulle liv/ha god livskvalitet og sikres aktiv deltagelse i relasjoner, aktiviteter og samfunnet.
- Miljøtiltak må være i tråd med humanistiske verdier og grunnleggende menneskerettigheter.  
Restriktive og inngripende tiltak søkes unngått
- Vektlegger i tillegg kompetanseoppbygging, støtte og oppfølging av ansatte
- Vektlegger også støtte og samarbeid med pårørende og andre involverte



## FAG – Veiledningsteamet EFF (forts.)

- Veiledningsteamet sitt virkeområde er i hovedsak enhetens avdelinger men enkelte eksterne oppdrag tas etter avtale.
- Observere og veilede miljøpersonalet i utforming av tiltak samt gjennomførelsen av miljøarbeid. Øke fagkompetansen blant ansatte.
- Samarbeid med pårørende, spesialisthelsetjenesten og andre instanser i aktuelle saker
- Etikk – lede og koordinere enhetens satsing på dette
- Veiledningsteamet er ambulerende og skal ha kort responstid.





## **FAG - Veiledningsteamet** – Adm. oppgaver:

- Dokumentasjon – løpende i Profil/ klagesaker/ høringsuttalelser
- Medvirke til utarbeidelse og gjennomføring av Kompetanseplan for EFF – både årlig og rullerende flerårig plan for opplæring
- Utarbeide og avholde aktuelle kurs og undervisningstema på den enkelte arbeidsplassen og felles for EFF
- Tvang og makt, kvalitetssikre/ involveres i alle HOL kap.9-vedtak
- Drifte Aggresjonsmestringsgruppa (lede og koordinere gruppa)
- Bidra i Internkontrollarbeid i EFF – et krevende men viktig arbeid



## Plikten til å evaluere og korrigere jfr § 8 og § 9

### Hva?

- ROS (risiko og sårbarhetsanalyser)–analyser og handlingsplaner for HMS
- Vernerunder, i alle avdelinger
- Internkontroll på tema/ oppgaver eller større systemrevisjoner
- Sjekklistor med årlig/ kvartalsvis innlevering
- Kvalitetsutvalget i Helse og velferd, sikrer lik praksis



## FAG - felles systemer, årshjul og sjekklister

- Vi har laget **årshjul** for Internkontroll og HMS-arbeid som lederne følger
- Vi har laget **sjekklister** med innlevering på:
  - Brukermedvirkning
  - Pårørendesamarbeid
  - Profil/ dokumentasjon
  - Organisatoriske forhold
  - Vernerunder i alle avdelingene

I tillegg har vi laget et eget system for ROS-analyser/ HMS-arbeid/ ansattmedvirkning



Januar:	Ansvar:	Utført:	Kommentar:
Kvartalsrapportering avvik og fravær 4. kvartal.	Avd.leder		
Sette opp ny handlingsplan HMS på personalmøte	Avd.leder		
Planlegge ferieavvikling	Avd.leder		
Egenvurdering Profil	Superbrukere		
Kontroll av pasientjournal – Avd.lederlogg i Profil jfr. prosedyre 3.32	Avd.leder		
Sjekke lønnsjournal og kontering av lønn	Avd.leder		
Sjekke og skrive ut månedsrapport	Avd.leder		
Brukerkartlegging	Ass. virksom.leder		
<b>Fagtema:</b> AMT, etikk, compilo, ergonomi, seksuelle overgrep, brann, varslingsrutiner, AKAN, sykefraværsrutiner, førstehjelp, PAS, ROS -analyser	Avd.leder		
Samarbeidsavtale verneombud, se HMS Håndbok.	Avd.leder		
Revidere/oppdatere ansvarsfordelingsplan for egen avdeling.	Avd.leder		
Utarbeide/revidere møteplan (Primær, pårørende, samarbeidspartnere, helg, natt møter).	Avd.leder		
KOMPIS, oppdatere/tilføy funksjoner i funksjonsbeskrivelser og kompetansekrav, samt sjekke opplæringsplaner.	Avd.leder		
<b>Februar:</b>			
Påske/mai turnus klar til godkjenning.	Avd. leder		
Revidering av kompetanseplan	Ass. Virksom.leder		
Arbeidsmiljøgruppe/kvalitetsgruppe møte 4. kvartal	Ass. virksom.leder		
Medbestemmelsesmøte verneombud/tillitsvalgte	Virksomhetsleder		
Sjekke lønnsjournal og kontering av lønn	Avd.leder		
Sjekke og skrive ut månedsrapport	Avd.leder		

**Sjekkliste for Internkontroll- organisatorisk**

Enheten skal evaluerer et system av prosedyrer som sikrer å sikre at: - tjenestegjester og tjenesterytne kontinuerlig gjennomfører de enkelte trinnene for de tjenestene vedkommende har behov for til rett tid, og forhold til sikkerhet plan og slik sikres - det gis et helhetlig, samordnet og faglig utvalgt tjenestetilbud som ivareta kvaliteten i tjenesten.

Avdeling: <b>Ar</b>		JA	NEI	Ikke aktuelt	Kommentar
Leder:					
1	Har alle ansatte en godkjent ansattlederkontrakt?				
2	Er det dokumentert levert politattest i Gøst?				
3	Har alle brukere primærkontakt og sekundærkontakt?				
4	Er ansatte satt inn i prosedyre 3.31. Prinsipp og sekundærkontaktoppfølging? - Er dette dokumentert?				
5	Har en systematisk trefølestruktur for: - Prinsipp- og sekundærkontakt? - Dag/ultrastruktur? - Helgerstruktur? - Nattstruktur?				
6	Har en dokumentert opplæring i forhold til: - Nyansatte på avdelingen - Til brukerne				
7	Legemiddelbehandling Prosedyrehåndbok kapittel 5 - Oppdaterte fullsaker - Dokumentert opplæring i avdeling - E-læring kurs lever 4. år				
8	Systematisk oppfølging og opplæring av: - Terapeutisk Aggresjonsbehandling - Forfreming - Vedtak i forhold til kapittel 9 og 4.4 - Profil - Føkk og varighet - Bruk - Førstehjelp - Prosedyre 3.34 klubbbering av seksuelle overgrep - Complis - Polian				
9	Utarbeidet funksjonsbeskrivelse på alle ansatte i KOMPS jf prosedyre 10.6 med definert sikrte oppgaver?				
10	Er all dokumentasjon på opplæring arkivert på avdelingen?				
11	Er det definert «Ansvarsvakt» i valgboka, på alle vakter? - Ansvarsvakt har fått opplæring i sine oppgaver og ansvarssvakter?				
Svarene bekreftes ved underskrift av leder og Måltøstøpt 1					
Avdelingsleder:		Date:	Kommentar:		
Måltøstøpt 1:		Date:	Kommentar:		

**Sjekkliste for Internkontroll- brukermedvirkning**

Bruker av pleie- og omsorgstjenesten, og eventuelt pårørende/vege/hjelpevege, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utøvelse av tjenesten jf. Evalueringskrav for pleie- og omsorgstjenesten 1.3.

Avdeling: <b>Ar</b>		JA	NEI	Ikke aktuelt	Kommentar
Leder:					
1	Er det utarbeidet levdokumentert dokumentert systematisk oppfølging av brukere?				
2	Har alle brukere en individuell plan? - Er dette dokumentert i profil? - Hvis nei, er det opprettet ansvarsoppgaver minst 1 gang pr år?				
3	Er tjenesten evaluert og valgboka oppdatert?				
4	Ble det gjennomført brukertilbud for alle brukere? - Hvis nei, hvorfor ikke? - Er dette dokumentert?				
5	Er det systematisk samarbeid mellom pleiende/vege? Hvis ja og hvor ofte?				
6	Har avdelingen ansvar for samarbeid med pårørende? Hvis ja og hvor ofte?				
7	Har avdelingen ansvar for brukermedbestemmelse for sin levetid? Hvis ja og hvor ofte?				
8	Har avdelingen dokumentasjon på ansvarsoverføring av legemiddelbehandling jf. prosedyre 3.6?				
9	Følger avdelingen prosedyre 3.13 når brukeren ikke kan berede sin egen skomatt?				
10	Hvordan sikres det at tvakt fungerende brukere blir ivarettatt i forhold til brukermedvirkning?				
Svarene bekreftes ved underskrift av leder og Måltøstøpt 1					
Avdelingsleder:		Date:	Kommentar:		
Måltøstøpt 1:		Date:	Kommentar:		



## **FOLK - Ansattes kompetanse ( § 7 b): Hvordan gjør vi det?**

«sørge for at medarbeiderne i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet»

- Kompetanseplan, årlig og rullerende plan
- Opplæringsplan for nyansatte, studenter og ferievikarer
- Opplæringsplan på brukerne
- Oppfordre til videreutdanning/ faglig fordypning
  
- **Veiledningsteamet**



## Internopplæring/ bistand fra veil.teamet i 2017-18

- 450 ansatte på Profesjonelt Miljøarbeid 1 (alle ansatte) dagskurs
- 110 ansatte på Profesjonelt Miljøarbeid 2 (miljøterapeuter) 2-dagerskurs
- 290 ansatte på Tvang og Makt (alle ansatte)
- 75 antall ansatte på Saksbehandlingskurs (MT med ansvar for kap.9 vedtak)
- 390 ansatte på Aggresjonsmestringskurs, internt i EFF og i Levekår
- Ulike tilpassede kurs for avdelingene
  
- Kvalitetssikret 29 vedtak etter HOL kap.9
  
- Stor satsing på PAS/ aktiv støtte/ SPELL for alle ansatte i 2018. Heldagssamling for alle miljøterapeutene (150 stk) i april, opplæring ute i avdelingene etterpå.



## PENGER – hva betyr det for oss?

- Det lønner seg å drive «skikkelig»
- Good-will intern og eksternt, og bedre omdømme
- Innsparingskrav på 10 millioner løst, men fortsatt robuste økonomisk
- Grundig brukerkartlegging ga større refusjoner ift. ressurskrevende brukere
  
- Pro-aktivt vs. Reaktivt arbeid. Det er alltid billigere å unngå krisene....
- Bygge sikkerhetskultur gjennom felles strukturer
  
- Satsing på kompetansebygging og felles fagplattform gir resultater
- Økt satsing på dag-/ aktivitetstilbud, inkl. VTA-plasser og ordinært arbeid
- «Sikkerhetshjem» – for ressurskrevende/ forvaringsdømte/ andre med særreaksjonsdom
- Egen sykehjemsavdeling for personer med utvikl.hemming
- Nytt «Natt-team», til atferdsutfordringer





## Krav og forventninger til Avdelingsleder og Miljøterapeut 1

- **Månedlige økonomisamtaler** - avdelingslederne må «eie»/ kjenne til tallene sine
  - Gjennomgang av lønnsjournal og konteringsliste hver måned
  - Kjennskap til de ulike «økonomiverktøyene» vi har
  - Avdekke og endre uheldig overtidskultur i avdelingen
  - Dokumentere og begrunne bruk av ekstra vikarmidler
- **Halvårlige møter med MT1**, avklaring av forventninger til drift, avdelingskultur og økonomi
- Skape forståelse for sammenheng mellom budsjett – drift – regnskap. Hva driver kostnadene og inntektene. Hva kan vi eventuelt kunne krev i refusjon på ressurskrevende brukere.



## Hvor er vi nå, etter 3 års drift og systemtilsyn?

- Til dels krevende, men også svært givende for lederne og ansatte.
- Egne systemrevisjoner, på resterende boliger. Flere IK-sjekker på utvalgte tema.
- Svært få klagesaker fra bruker/ pårørende
- Blir brukt som godt eksempel, internt i Sandnes og utad (som her)
- Fortsatt utvikling av tjenesten, enda mer pro-aktive, mer kompetansebygging
- Mer bruker- og pårørendemedvirkning, flere arenaer for samarbeid

## Omorganisering og systemtilsyn = en gullknagg?

- Glimrende med tilsyn i forbindelse med omorganisering/ stor endring
- Dedikerte personer til å drive prosessene
- Forankring i ledelsen. Må sette mål og stake ut veien
- Flinke ledere og ansatte med evne og/ eller **vilje**
- System og struktur vs. **improvisasjon** i komplekse situasjoner
- Endring er det eneste stabile.....

