



Utvikling av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Publikasjonens tittel:	Utvikling av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser Kommunale helse- og omsorgstjenester
Utgitt:	06/2016
Publikasjonsnummer:	IS- 2482
Utgitt av:	Helsedirektoratet
Kontakt:	Sekretariatet for Nasjonale kvalitetsindikatorer Avdeling statistikk
Postadresse:	Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse:	Universitetsgata 2, Oslo
	Tlf.: 810 20 050 Faks: 24 16 30 01 www.helsedirektoratet.no
Forfattere:	Marit Kveine Nygren, Helsedirektoratet Janne Lind, Helsedirektoratet Michael Kaurin, Helsedirektoratet Greetje Refvem, KS Ingeborg Strømseng Sjetne, Folkehelseinstituttet Ole Martin Vangen, Kommuneforlaget Silje Nygård, Oslo kommune
Forsidebildet	©Corbis/Johnér

INNHold

INNHold	4
SAMMENDRAG	6
1. TILLEGGSOPPDRAK FRA HOD	9
1.1 Forståelse av oppdraget	9
2. GJENNOMFØRING AV OPPDRAGET	11
2.1 Plan	12
2.2 Gjennomføring	13
2.3 Deltakere og roller	13
2.4 Leveranse	14
3. ERFARINGSKONFERANSE	15
3.1 Deltakere	16
3.2 Oppsummering fra innleggene	17
3.2.1 Politisk ledelse Helse og omsorgsdepartementet:	17
3.2.2 Innlegg fra en bruker, pårørende og tjenesteyter	17
3.3 Dialog med brukere og pårørende, og andre sentrale aktører	20
3.4 Oppsummering av dialog med brukere, pårørende og andre sentrale aktører	20

INNHold

4. ERFARINGER FRA NORDEN	23
4.1 Sverige	23
4.2 Danmark	24
4.3 Norge	25
4.3.1 KS	25
4.3.2 Oslo kommune	26
4.3.3 Folkehelseinstituttet	28
5. DRØFTING	30
5.1 Metode	30
5.2 Ulike scenarier og utfordringer ved gjennomføring av nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse	38
5.3 Nasjonal undersøkelse versus lokalt forbedringsarbeid	43
5.4 Kostnadselementer ved gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser	44
6. ANBEFALING	47
6.1 Metode	47
6.2 Gjennomføringsstrategi	50
6.3 Plan for utvikling og gjennomføring av nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelser	51
7. VEDLEGG	54

SAMMENDRAG

Helsedirektoratet mottok 30.03.2015 et brev fra Helse – og omsorgsdepartementet om tillegg til tildelingsbrev for 2015 nr.8, som en følge av at regjeringen ønsker å bedre kvaliteten i omsorgssektoren, med følgende oppdrag:

Utvikle bruker- og pårørendeundersøkelse som metode for å få kunnskap om brukeropplevd kvalitet i tjenestene. Målet er å etablere en nasjonal bruker og pårørendeundersøkelse. Som en del av dette arbeidet skal Helsedirektoratet arrangere en erfaringskonferanse i 2015, der resultatene fra Kunnskapssenterets rapport legges fram og drøftes i lys av ulike aktørers erfaringer med bruker- og pårørendeundersøkelser i Norge.

Det ble nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra Oslo kommune, KS (Kommunesektorens organisasjon), Kommuneforlaget og Folkehelseinstituttet (ved tidligere Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten). Gjennomføringen av oppdraget baserer seg på tidligere relevante utredninger som er utført av Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (i dag Folkehelseinstituttet), samt dagens erfaringer ved gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser fra Oslo kommune, KS, Kommuneforlaget og Folkehelseinstituttet. Arbeidsgruppen hatt som mål å ivareta innspillene fra erfaringskonferansen, forbedre og videreutvikle dagens bruker- og pårørendeundersøkelser, lære av erfaringene fra andre land i Norden, samt å gjøre undersøkelsene mer forskningsbasert.

Erfaringskonferansen ble gjennomført 26.01.16 med 41 deltakere fra brukere og pårørende, interesseorganisasjoner, kommunale råd for funksjonshemmede og kommunale eldreråd, samt tjenesteytere fra kommuner. I tillegg var det 19 personer som bistod i arrangementet fra virksomhetene som er representert i arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppen har drøftet hvor mange av helse- og omsorgstjenester som skal omfattes i undersøkelsen, hvilke temaer som skal inngå, hvilken metode og gjennomføringsstrategi som anbefales, samt en overordnet plan for gjennomføring. En viktig forutsetning som ble lagt til grunn er at resultater skal kunne benyttes til lokalt forbedringsarbeid, og de skal legge til rette for god dialog mellom tjenesteytere og brukere i kommunen for å bedre brukeropplevd kvalitet. Arbeidsgruppen har kommet frem til en omforent anbefaling, basert på drøfting av fordeler og ulemper relatert til

SAMMENDRAG

utfordringsområdene ledelse, ansatte, organisasjon, infrastruktur, juridiske problemstillinger og kostnader.

Arbeidsgruppen anbefaler følgende:

- Prioritere nasjonale undersøkelser for de helsetjenestene som i dag har stort brukervolum og er mest sammenliknbare på tvers av kommuner som
 - Helsetjenester i hjemmet, brukerundersøkelse, gjennomføring 2017
 - Tjenester i institusjon, bruker- og pårørendeundersøkelse, 2017
 - Tjenester i omsorgsbolig med bemanning, bruker- og pårørendeundersøkelse, gjennomføring 2017
 - Rehabilitering i institusjon, brukerundersøkelse, gjennomføring 2017
 - Rehabilitering i hjemmet, brukerundersøkelse, gjennomføring 2017
 - Psykiatri og rus, bruker- og pårørendeundersøkelse, gjennomføring 2019
- Videreutvikle og forbedre temaene i bedrekommune.no som i dag benyttes av mange norske kommuner til bruker- og pårørendeundersøkelser. I tillegg innlemme nye temaer som fast kontaktperson, forventningsavklaring mellom bruker og tjenesteyter og samarbeid og koordinering av tjenester.
- Metoden videreutvikles og gjøres mer forskningsbasert:
 - Innhente svar både elektronisk og postalt
 - Standardisere spørsmål og svarkategorier over tid
 - Standardisere analysemetoder og rapporter
 - Resultater gjøres tilgjengelig både lokalt og nasjonalt
 - Undersøkelsene gjennomføres annet hvert år
- Nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser bygger på eksisterende infrastruktur, kompetanse og miljø som vi har i dag ved å:
 - Inngå avtale mellom staten og KS om bruksrett på det faglige innholdet i bedrekommune.no. Avtalen om bruksrett gjør at eksisterende spørsmål kan videreutvikles og gjøres mer forskningsbasert, nye spørsmål kan utvikles og statistiske analyser kan forbedres.
 - Inngå intensjonsavtale mellom staten og Kommuneforlaget for å benytte eksisterende infrastruktur og systemløsning bedrekommune.no for distribusjon, analyse og rapportering av resultater

- Etablere nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser via et nasjonalt program som Helsedirektoratet i tråd med sin iverksetterrolle tar ansvar for å etablere. Det nasjonale programmet koordinerer alle aktiviteter som å utrede, etablere, planlegge, teste, gjennomføre og følge opp frivillige pilotkommuner som ønsker å delta i programmet. Sentralt i programmet foreligger nøkkelressurser som har kompetanse og erfaring fra å gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelse. I det nasjonale programmet deltar KS, Kommuneforlaget og Oslo kommune som følge av sin erfaring med gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser i helse- og omsorgsektoren i dag. I tillegg eier KS det faglige innholdet i Bedrekommune.no og Kommuneforlaget eier systemløsningen Bedrekommune.no. For å sikre sammenlignbare og metodisk robuste undersøkelser, deltar Folkehelseinstituttet og får ansvaret for det vitenskapelige grunnlaget for undersøkelsene, og for å utarbeide nasjonale resultatrapporter basert på innsamlede data.
Det nasjonale programmet med frivillige pilotkommuner legger til rette for bedre forankring av bruker- og pårørendeundersøkelsen ute i kommunene. De ansatte på alle nivå i kommunene (ledere, ansatte og organisasjonen) vil gjennom et nasjonalt program føle et større eierskap til undersøkelsen ved frivillig deltakelse. Sentrale nøkkelressurser i programmet bidrar til økt kompetanse for å kunne gjennomføre den. Dette øker sannsynligheten for at den nasjonale undersøkelsen gjennomføres. Programmet ivaretar utredning, forankring, godkjenning og implementering av fremtidig drift og forvaltningsansvar.
- Resultatene på nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelsen gjøres tilgjengelig for kommunene på lavest mulig nivå for å kunne benyttes til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring.
- Nasjonal bruker – og pårørendeundersøkelse blir en del av nasjonalt kvalitetsindikatorsystem, slik at brukeropplevd kvalitet kan ses i sammenheng med målt kvalitet i helsetjenestene som følge av etterlevelse av retningslinje, veiledere og helselovgivning.

En nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse vil tjene flere formål:

- Gi politisk ledelse grunnlag for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten
- Bidra til åpenhet og informasjon ut mot offentligheten
- Resultatene kan brukes til lokalt forbedringsarbeid
- Tilbakemeldingene fra brukere og pårørende vil bli brukt ved planlegging av nye tjenester

1. TILLEGGSOPPDRAG FRA HOD

Regjeringen ønsker å bedre kvaliteten i omsorgssektoren, og har i sin politiske plattform et mål om å innføre kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgssektoren, blant annet basert på bruker- og pårørendeerfaringer.

I lys av dette mottok Helsedirektoratet 30.03.2015 et brev fra Helse – og omsorgsdepartementet om tillegg til tildelingsbrev for 2015 nr.8 (14-10188-26), der regjeringen ønsker å bedre kvaliteten i omsorgssektoren. Oppdraget er beskrevet under.

«Utvikle bruker- og pårørendeundersøkelse som metode for å få kunnskap om brukeropplevd kvalitet i tjenestene. Målet er å etablere en nasjonal bruker og pårørendeundersøkelse. Som en del av dette arbeidet skal Helsedirektoratet arrangere en erfaringskonferanse i 2015, der resultatene fra Kunnskapssenterets rapport legges fram og drøftes i lys av ulike aktørers erfaringer med bruker- og pårørendeundersøkelser i Norge.»

Tillegg til tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet for 2015 nr 8 (14-10188-26), se vedlegg 1.

1.1 Forståelse av oppdraget

Helsedirektoratet er bedt om å anbefale en metode og en plan for gjennomføring av en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Innspill og erfaringer som blir gitt av brukere, pårørende og andre sentrale aktører på erfaringskonferansen, skal brukes aktivt i dette arbeidet.

Norske kommuner skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. I lov om [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\)](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30) § 3-2 ¹ beskrives kommunens ansvar. Kommunen skal tilby følgende tjenester:

- 1) Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a) Helsetjeneste i skoler og
 - b) Helsestasjonstjenester
- 2) Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
- 3) Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder
 - a) Legevakt
 - b) Heldøgns medisinsk akuttberedskap og
 - c) Medisinsk nødmeldetjeneste
- 4) Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
- 5) Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- 6) Andre helse- og omsorgstjenester, herunder
 - a) Helsetjenester i hjemmet
 - b) Personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
 - c) Plass i institusjon, herunder sykehjem og
 - d) Avlastningstiltak

Det er behov for å avgrense undersøkelsene som en følge av omfang og kompleksitet av kommunale helse- og omsorgstjenester. Det vil være utfordrende å gjennomføre en undersøkelse som skal inkludere alle brukere. Det videre arbeid legger til grunn at de tjenestene som i første rekke skal inkluderes i en nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelsen er § 3-2 punkt 6 ²:

- Andre helse- og omsorgstjenester, herunder helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse (praktisk bistand, opplæring og støttekontakt), plass i institusjon herunder sykehjem og avlastningstiltak».
- I tillegg rehabilitering fra § 3-2 punkt 5.

Bakgrunnen for dette er at disse helsetjenestene gis til mange brukere i dag (stort volum), og det er disse helsetjenestene som i størst grad er sammenlignbare mellom kommuner. Denne avgrensningen er ikke til hinder for at flere typer tjenester kan bli inkludert i bruker- og pårørendeundersøkelsene senere.

De nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelsene som anbefales skal tjene flere formål:

- Lokalt forbedringsarbeid
- Sammenlikning mellom kommuner
- Nasjonal styring

¹ Lov om kommunale helse og omsorgstjenester mm
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

² "Lov om kommunale helse og omsorgstjenester mm
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Ved planlegging må derfor alle disse perspektivene tas hensyn til. Konsekvenser og risikoer må drøftes, og risikoreduserende tiltak må identifiseres.

Selve gjennomføringen av bruker- og pårørende undersøkelsen inngår ikke i tilleggsoppdraget. Eventuelle kostnadselementer forbundet med gjennomføringen av undersøkelsen skal kun beskrives.

2. GJENNOMFØRING AV OPPDRAGET

Gjennomføringen av dette oppdraget baserer seg på tidligere relevante utredninger som er utført av Helsedirektoratet og av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (i dag Folkehelseinstituttet), samt dagens erfaringer ved gjennomføring av bruker- og pårørende-undersøkelser fra Oslo kommune og KS (Kommunesektorens organisasjon).

Helsedirektoratet har et lovpålagt³ ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. Som et ledd i dette arbeidet, anbefalte en kvalitetsindikatorgruppe som utviklet nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor pleie og omsorg, å måle brukererfaringer- og tilfredshet innenfor dette feltet. På bakgrunn av dette fikk Kunnskapssenteret høsten 2013 et oppdrag fra Helsedirektoratet som omhandlet kartlegging av relevante studier, instrumenter og undersøkelser i andre land når det gjelder måling av brukererfaringer- og tilfredshet på dette feltet.

Helsedirektoratet mottok et notat fra Kunnskapssenteret desember 2013: «Brukerundersøkelser i kommunal helse- og omsorgstjeneste: En beskrivelse av utvalgte kunnskapskilder fra andre land». Notatet kom med innspill på viktige problemstillinger som må avklares:

- Behov
- Formål
- Avgrensninger
- Pårørende
- Utviklingsprosjekt
- Kvalitetsindikatorer

Høsten 2014 inviterte Helsedirektoratet Oslo kommune, KS og Kunnskapssenteret (i dag Folkehelseinstituttet) til seminar om brukerinvolvering.

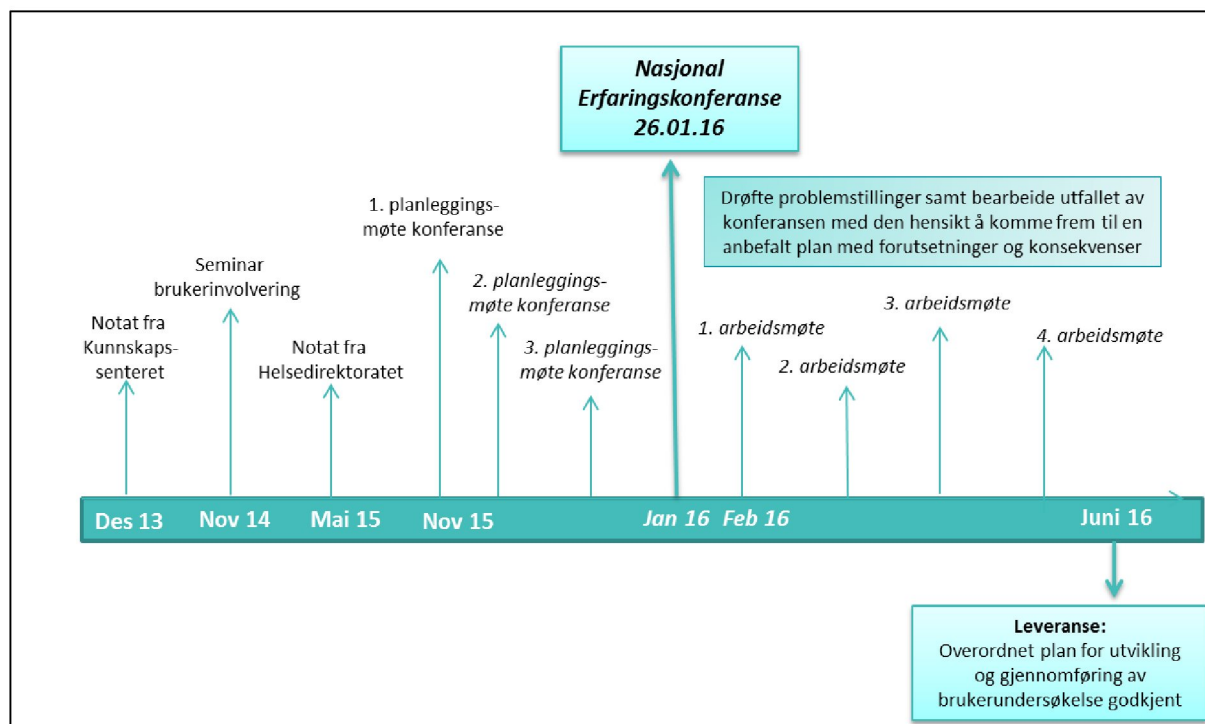
³ [§12-15 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#)

Hovedpunktene fra oppsummeringen (notat Helsedirektoratet mai 2015) var:

- Det gjennomføres gode bruker- og pårørendeundersøkelser i kommune-Norge og Oslo kommune for å måle helsetjenester.
- Det er ønskelig og behov for å etablere en bruker- og pårørende undersøkelse innen utvalgte helsetjenester.
- Det er ønskelig at Kunnskapssenteret bistår med standardiserte spørsmålstillinger og sikre det metodiske.
- Det er ønskelig å benytte de eksisterende systemer som er implementert i kommunene og Oslo kommune til å gjennomføre undersøkelsen.
- Dagens brukerundersøkelser er ikke godt nok tilpasset personer med demens

2.1 Plan

Figur 1 beskriver plan for gjennomføringen av tilleggsoppdraget inkludert tidligere relevante utredninger. Det er planlagt 4 arbeidsmøter i perioden november-desember 2015 for å planlegge gjennomføringen av erfaringskonferansen som arrangeres 26.01.16. Det er videre planlagt 4 arbeidsmøter etter erfaringskonferansen for å bearbeide utfallet av erfaringskonferansen samt komme frem til en overordnet og anbefalt plan for gjennomføring av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser.



2.2 Gjennomføring

Til nasjonal erfaringskonferanse ble brukere og pårørende til brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester innen helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse (praktisk bistand, opplæring og støttekontakt), plass i institusjon herunder sykehjem og avlastningstiltak» og rehabilitering invitert. I tillegg ble interesseorganisasjoner, kommunale råd for funksjonshemmede og kommunale eldreråd invitert. Fordi det er ønskelig med synspunkter på hva som er viktig for kommunene å få tilbakemelding på for å kunne gi kommunale helse- og omsorgstjenester med bedre kvalitet, ble tjenesteytere fra 6 kommuner også invitert.

Fra de inviterte deltakerne er det ønskelig med synspunkter på følgende områder:

- Hvilke områder og temaer bør dekkes i en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse?
- Hvilken metode bør brukes for å samle inn data?

Etter erfaringskonferansen jobber arbeidsgruppen videre med oppdraget med utgangspunkt i innspillene fra konferansen.

2.3 Deltakere og roller

Følgende personer har deltatt i arbeidsgruppen:

- Janne Lind, Helsedirektoratet
- Marit Kveine Nygren, Helsedirektoratet
- Michael Kaurin, Helsedirektoratet
- Greetje Refvem, Kommunesektorens organisasjon (KS)
- Ingeborg Strømseng Sjetne, Folkehelseinstituttet
- Silje Nygård, Helseetaten, Oslo kommune
- Ole Martin Vangen, Kommuneforlaget

I tillegg har to eksterne konsulenter bistått i planlegging og fasilitering av erfaringskonferansen som ble avholdt 26.01.16. Konsulentene har dokumentert det faglige utbytte av konferansen i form av et notat.

Medlemmene i arbeidsgruppen har bidratt med følgende:

- Helsedirektoratet er eier av prosjektet og vertskap for nasjonal erfaringskonferanse.
- Representantene fra Folkehelseinstituttet, KS, Kommuneforlaget og Oslo kommune bistår med erfaring fra gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelse. Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet bistår med forskerkompetanse og med kunnskap om metode og statistiske analyser relatert til brukerundersøkelser.

2.4 **Leveranse**

Formålet med rapporten er:

- Anbefale aktuelle helse- og omsorgstjenester som bør inngå i en bruker- og pårørendeundersøkelse
- Anbefale aktuell temaer som bør inngå i en bruker- og pårørendeundersøkelse
- Anbefale metode og gjennomføringsstrategi for nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser
- Gi en beskrivelse av kostnadselementer for utvikling og gjennomføring av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelse
- Anbefale overordnet plan for gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser

3. ERFARINGSKONFERANSE

Konferansen ble arrangert 26.01.16 for å hente inn erfaringer fra brukere og pårørende av kommunale helse- og omsorgstjenester, interesseorganisasjoner, kommunale råd for funksjonshemmede og kommunale eldreråd interesseorganisasjoner, samt tjenesteytere fra kommuner. Det var totalt 41 deltakere på erfaringskonferansen.

Formålet med konferansen var å få innspill fra brukere- og pårørende på hva er viktigst for deg ved de ulike helse- og omsorgstjenestene, og ta disse innspillene med i det videre arbeidet med etableringen av en metode og en plan for gjennomføring av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser. Se vedlegg 2 for Invitasjon og informasjon til deltakerne på erfaringskonferansen.

Erfaringskonferansen startet med innlegg fra politisk ledelse for å få inspirasjon om viktigheten med gjennomføring av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser. Videre var en bruker, en pårørende og en tjenesteyter invitert for å gi sine erfaringer til inspirasjon for senere dialoger. Etter innleggene var det dialog og erfaringsutveksling i 6 ulike arbeidsgrupper. Se vedlegg 3 for Program for erfaringskonferansen.

3.1 Deltakere

I tabellen under er det gitt en oversikt over antall deltakere og hvilke helse- og omsorgstjenester eller organisasjoner de representerer.

Deltakere	Antall representanter
Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)	1
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)	2
Kommunale eldreråd	3
Kommunale råd for funksjonshemmede	2
Pensjonistforbundet	3
Unge funksjonshemmede	2
Pasient og brukerombud i Oslo	1
Mental helse	2
Kommuner	6
Brukere	8
Pårørende	11

Tabell 1: Deltakere på erfaringskonferansen

I tillegg til deltakerne beskrevet i tabell 1, deltok 19 representanter fra henholdsvis Helsedirektoratet, Oslo kommune, KS og Folkehelseinstituttet for å bistå med gjennomføringen av konferansen. Se vedlegg 4 for Deltakere på erfaringskonferansen.

3.2 Oppsummering fra innleggene

3.2.1 Politisk ledelse Helse og omsorgsdepartementet:

Statssekretær i Helse- og Omsorgsdepartementet Astrid Nøkleby Heiberg:

- Etablering av en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse er avgjørende for å få tilbakemeldinger fra brukere og pårørende.
- Innspillene er sentrale for planlegging og forbedring av tjenestene lokalt, men også på systemnivå når ny politikk og planer utarbeides.
- For å kunne følge med på kvaliteten i kommunale helse- og omsorgstjenester, skal kvalitetsindikatorer utarbeides med utgangspunkt i brukere og pårørendes erfaringer.

3.2.2 Innlegg fra en bruker, pårørende og tjenesteyter

Knut Gjesdal (bruker) og Truls Thirud (pårørende) var på forhånd bedt om å svare på:

- Hva er spesielt med den bistand som oppleves som god?
- På hvilken måte ønsker du å gi tilbakemelding på den bistanden du mottar fra kommunen?

Marie Bergersen fra Skedsmo kommune var bedt om å svare på:

- Hva er viktig for en kommune å få tilbakemelding på for å kunne forbedre tjenestene?

Hovedpunkter fra Knut Gjesdal (bruker):

- Overgangen fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten er krevende. I spesialisthelsetjenesten er tjenestene godt tilrettelagt, mens primærhelsetjenesten er mer fragmentert og samarbeidet mellom ulike profesjonsgrupper (for eksempel hjemmesykepleie, ergoterapeut og fysioterapeut) kan være utfordrende. Fordi dette er krevende for så mange brukere, er samhandling et tema som bør følges i en brukerundersøkelse.
- Brukere møter mange utfordringer når de mottar hjemmetjenester. En av utfordringene er at en må forholde seg til mange forskjellige tjenesteytere og at de kommer til forskjellig tid hver gang. Ofte hender det også at de som skal yte hjemmetjeneste ikke dukker opp. Større bruk av en personlig assistent ville løst mange av disse problemene.
- Brukere møter utfordringer når teknisk utstyr svikter og kommunen ikke har driftsgaranti på dette. Det finnes heller ikke noe system for å samle inn utstyr som ikke brukes lenger.
- Det finnes mange gode ordninger for mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester, for eksempel ulike stønader, gratis bomring og parkering, særfradrag i selvangivelsen med mere. Men det er vanskelig å finne frem til disse ordningene fordi de administreres av ulike etater som NAV, kommune eller fylkeskommune. For at flere skal kunne nytte seg av dette, trengs det bedre informasjon om hvilke rettigheter man har.

Hovedpunkter fra Truls Thirud (pårørende):

Tjenestene er for dårlige på følgende punkter:

- Svake kompetansekrav til ledere og tjenesteutøvere.
- Uhensiktsmessig organisering for god tjenestekvalitet. Alt for mange forskjellige tjenesteytere.
- Svak kompetanse på avvikshåndtering og forbedringsarbeid.
- Empati og motivasjon styrer kvalitet på tjenestene. Ikke system og organisering.
- Svak interesse for tjenestekvalitet. Lite målinger eller dialog med bruker/pårørende.

Dette kjennetegner god bistand:

- Brukeren kjenner sin helper. Det skaper trygghet.
- Det settes av tid slik at brukeren får lov til å bruke sine ferdigheter.
- Brukeren sees på som et helt menneske med følelser, meninger og interesser. Brukeren møtes med verdighet og respekt.
- Den som yter bistand bruker enkle ord og korte setninger.
- Den som yter bistand søker faglig bistand hos andre ved behov.

Hvorfor er det viktig å få gi tilbakemeldinger på tjenesten?

- Krav til medbestemmelse skal oppfylles.
 - Boledelsen må invitere pårørendegruppen til regelmessige møter.
 - Tillit må bygges ved hjelp av dialog og kunnskapsdeling.
- Årlig kvalitetsundersøkelse er viktig.
 - Svake hjem blir synlige og kan hjelpes.
 - Gode hjem blir eksempler man kan lære av.

Hovedpunkter fra Inger Marie Bergersen (Skedsmo kommune):

Skedsmo kommune gjennomfører brukerundersøkelse for å videreutvikle tjenestetilbudet slik at tilbudet bedre kan tilpasses brukerne. Målgruppen er mottakere av hjemmetjenester. Samme undersøkelse gjentas hvert 3.år for å kunne følge utviklingen i kommunen og for å kunne sammenlikne seg med andre kommuner.

Undersøkelsens fokusområder har vært:

- Resultat for brukeren
- Opplevelse av brukermedvirkning
- Opplevelse av respektfull behandling
- Tilgjengelighet til tjenester
- Informasjon
- Helhetsvurdering

Vanlige tilbakemeldinger fra brukerne er:

- De som yter hjemmetjeneste kommer ikke til avtalt tid.
- De som yter hjemmetjeneste har for dårlig tid.
- Språklige utfordringer mellom bruker og den som yter bistand.

Brukerne er mest fornøyd med resultatet av den hjelpen som ble gitt og minst fornøyd med brukermedvirkning. En overordnet målsetting for kommunene er at tjenestetilbudet skal være tilpasset brukerne og at brukerne skal være fornøyd med kommunens tjenester. Resultatene fra undersøkelsen blir derfor brukt for en videre forbedring av tjenestetilbudet innenfor den enkelte avdeling i hjemmetjenesten, samt på overordnet nivå i avdelingsledelsen.

3.3 Dialog med brukere og pårørende, og andre sentrale aktører

I forkant av erfaringskonferansen oversendte vi informasjon til inviterte brukere, pårørende, interesseorganisasjoner, kommunale råd for funksjonshemmede og kommunale eldreråd, slik at de kunne forberede seg på følgende spørsmål:

- *Se for deg de vanlige dagene, hvor du på vanlig måte mottar bistand fra kommunes tjenester. Hva er det som er spesielt med den bistanden du opplever som god?*
- *På hvilken måte ønsker du å gi tilbakemelding på den bistanden du mottar fra kommunen?*

Tilsvarende sendte vi informasjon til tjenesteyterne fra kommunene, slik at de kunne forberede seg på følgende spørsmål:

- *Hva er viktig å få tilbakemelding på for å kunne forbedre tjenestene?*

De inviterte deltakerne ble delt inn i 6 arbeidsgrupper med følgende fordeling:

Gruppe 1-5 besto av representanter fra brukere, pårørende, interesseorganisasjoner, representanter fra råd for funksjonshemmede og representanter fra kommunale eldreråd.

Gruppe 6 besto av kun av representanter fra tjenesteytere fra 6 ulike kommuner i Norge (Skedsmo, Oslo, Bamble, Øksnes, Åsnes og Hadsel).

Dialog og erfaringsutvekslingen ble delt i to deler som er oppsummert i avsnittet under.

3.4 Oppsummering av dialog med brukere, pårørende og andre sentrale aktører

Del 1:

I den første delen ble gruppe 1-5 spurt om følgende: *I forhold til din hverdag, hva er det viktig for deg å fortelle om?*

Overordnet oppsummering fra gruppene var:

- Overgangen fra å være på sykehus til å bo hjemme er krevende.
- Forutsigbarhet og kontinuitet skaper trygghet i tjenestene. Man vil gjerne vite hvem som kommer og når de kommer. Det å måtte forholde seg til flere tjenesteytere kan være en utfordring fordi de utfører tjenesten forskjellig.
- Viktig med driftsgaranti og lett tilgang på hjelpeutstyr.
- Opplæring og kompetansenivå hos lederne er viktig for gode tjenester.
- Tjenesteyterne må ha tid til å la brukerne gjøre det de selv mestrer.
- Viktig med god informasjon om rettigheter og klagemuligheter.
- Det bør settes av tid til forventningsavklaring sammen med brukeren.
- Det hadde vært hensiktsmessig med en kontaktperson/koordinator som vet alt om tilbudet og har overblikk over hva som er nyttig for den enkelte.

- Opplevelsen av et helhetlig system som samler tilbakemeldinger i kommunehelsetjenesten mangler. Om ting blir fulgt opp er avhengig av enkeltpersoner.
- Det er viktig å få gitt tilbakemelding på aktiviteter og om man får dekket sine sosiale behov.
- Det er viktig at det blir lagt til rette for mulighet for brukermedvirkning. Brukere må trekkes inn i arbeidet med tjenesteutvikling.
- Fleksible tjenester når det er ønskelig.
- Kommunikasjon og hvordan man blir møtt er viktig. Det er viktig med gjensidig respekt mellom bruker og tjenesteyter.
- Den psykososiale omsorgen kan bli bedre.
- Brukerundersøkelser må føre til forbedring av tjenestekvalitet.
- Ønsker godt samarbeid med fastlegen.
- Bedre kompetanse hos pleiere, lege og andre som er i kontakt med brukere.
- Pårørende må sees på som en ressurs.

Se vedlegg 8 for Referat fra dialog med brukere, pårørende og andre sentrale aktører

Gruppen med tjenesteytere fra 6 kommuner ble spurt om følgende spørsmål:

Hva ønsker du som kommunal tjenesteyter å vite mer om for å kunne forbedre tjenestene lokalt?

Overordnet oppsummering av tilbakemeldingene var:

- Hvordan er samarbeidet mellom bruker og tjenesteyterne i helse- og omsorgstjenesten?
- Hvordan er samarbeidet mellom helsetjenestene?
- Føler du deg trygg? Blir du møtt med respekt?
- Spørsmål om deltakelse ved vurdering av funksjonsmåling
- Får du nok informasjon om helsetjenestetilbudet?
- Er du fornøyd med de helsetjenestene du mottar?
- Hva slags forventninger har du til helsetjenesten?
- Føler du at du har en aktiv og meningsfull tilværelse?

Se vedlegg 8 for Referat fra dialog med brukere, pårørende og andre sentrale aktører

Del 2:

I den andre delen av dialogen med brukere, pårørende og andre sentrale aktører ble arbeidsgruppene 1-5 spurt om følgende spørsmål:

Hvordan foretrekker du å formidle dine svar (muntlig, på papir, elektronisk)?

Gruppe 6 (kommunale tjenesteytere) ble spurt om: Hvordan bør en bruker- og pårørende undersøkelse tilrettelegges for å sikre god respons, fyldige svar og mest mulig effektivt?

Tabellen under er en overordnet oppsummering fra dialog og innspill i de 6 arbeidsgruppene. Innspillene er ikke representative for alle deltakerne i gruppen.

Spørsmålstilling og svarkategori	Innhenting av svar	Analyse	Oppfølging og tilgjengeliggjøring	Brukere som ikke kan svare selv
Ikke for mange spørsmål. Sikre bruk på alle nivå (nasjonalt og lokalt)(4)	Mulighet for å svare både på papir og elektronisk, avhengig av målgruppe (5)	Gjennomføres nasjonalt (2)	Brukerundersøkelser må føre til bedre tjenester over tid (3)	Må synliggjøres i svaret om du svarer som bruker, pårørende eller på vegne av bruker (2)
Enkelt språk (3)	Markedsføres nasjonalt (2)	Standardiserte analyser og fremstillinger av resultater(1)	Samtale med fokusgrupper for å få dypere kunnskap om utfordringsområder (2)	Forsikre seg om at pårørende/verge er informert om undersøkelsen (1)
Enkel svarkategori (2)	Altinn, app eller web (2)		Involvere brukere og pårørende for å finne gode tiltak (1)	Svare på vegne av seg selv, ikke på vegne av andre (1)
Plass til fritekst (2)	Gjennomføres årlig (1)		Resultater og tilbakemeldinger må tilgjengelig- gjøres for deltakerne (1)	
Relevante spørsmål som tilpasses ulike brukergrupper. Generelle spørsmål til alle (2)	Gjennomføres hvert andre eller tredje år (1)			
Nasjonal standard. Unngå lokale tilpasninger for å forbedre resultatene (1)	Send ut påminnelser (1)			

Tabell 2: Innspill fra del 2 i dialog med brukere, pårørende og andre sentrale aktører på erfaringskonferansen. Tallene i parentes angir i hvor mange av gruppene det samme innspillet kom (6 grupper totalt).

Se vedlegg 8 for Referat fra dialog med brukere, pårørende og andre sentrale aktører.

4. ERFARINGER FRA NORDEN

4.1 Sverige

I Sverige gjennomføres det hvert år en nasjonal brukerundersøkelse til eldre over 65 år hvor de blir spurt om hva de syns om sin eldreomsorg. I 2015 var det totalt 131 938 personer som svarte på spørsmålene (91 690 personer med hjemmetjenester og 40 248 personer på institusjoner). I likhet med tidligere år svarte omtrent halvparten av de med hjemmetjenester på spørsmålene alene, mens omtrent 10 % av de på institusjon svarte uten bistand fra andre.

Hensikten med undersøkelsen er:

- Bruke dataene til lokalt forbedringsarbeid ved virksomhetene.
- Bruke dataene til å gjøre sammenlikninger mellom ulike virksomheter og kommuner, og på nasjonalt nivå.

De fleste kommunene i Sverige har gått over til å benytte den nasjonale undersøkelsen, og har stoppet med egne undersøkelser. Koblingen mellom eldre og rett tjenesteyter er utfordrende fordi det ikke finnes et virksomhetsregister i Sverige. Sosialstyrelsen i Sverige er derfor avhengig av et godt samarbeid med kommunene siden det er kommunene som kobler persondata til rett tjenesteyter.

Undersøkelsen sendes til adressen vedkommende er registrert på. Personalet skal ikke bistå med utfyllingen. Første utsendelse sendes ut i mars og undersøkelsen lukkes i slutten av mai. Underveis sendes det ut to påminnelser. De fleste svarer på undersøkelsen via post, kun en liten andel som særlig består av pårørende bruker web-løsninger. De som svarer via web er noe mindre positive til eldreomsorgen enn de som svarer via post.

Følgende temaer er inkludert i undersøkelsen til mottagere av hjemmetjenester:

- Egen helse
- Kontakt og samarbeid med kommunen
- Egen innflytelse
- Utførelse av bistand
- Møte med tjenesteyterne
- Trygghet
- Sosiale aktiviteter
- Tilgjengelighet

Følgende temaer er inkludert i undersøkelsen til eldre som bor i institusjon eller i omsorgsbolig:

- Egen helse

- Bomiljø
- Mat og måltidsmiljø
- Utførelse av bistand
- Møte med tjenesteyterne
- Trygghet
- Sosiale aktiviteter
- Tilgjengelighet

4.2 Danmark

I Danmark gjøres stikkprøveundersøkelser for å kunne lage sammenlikninger på nasjonalt nivå. Det gjennomføres to undersøkelser til mottakere av hjemmetjenester og en undersøkelse til beboere på institusjon. Undersøkelsene administreres av to ulike departement; Sundheds- og Ældreministeriet og Økonomi- og Indenrigsministeriet. Utover de tre landsdekkende undersøkelsene, gjennomfører de fleste kommunene også egne brukerundersøkelser. Hvordan kommunene gjennomfører undersøkelsene varierer, og sammenlikning mellom kommuner blir derfor vanskelig. Lavt antall besvarelser er også med på å gjøre kvaliteten av undersøkelsen dårlig.

Mottakerne av undersøkelsen om hjemmetjenester er personer over 18 år, men hovedtyngden av deltakerne er på 70 år eller eldre. Før deltakerne ringes opp, mottar de et informasjonsbrev. I undersøkelsen fra Sundheds- og Ældreministeriet ringes ca 40 000 personer opp. Av disse 40 000 svarer ca 60 %, men kun 5 ca % av disse er mottakere av hjemmetjenester.

Undersøkelsen som er rettet mot beboere på institusjon er av enda dårligere kvalitet enn undersøkelsene rettet mot hjemmeboende. Det trekkes ut en navneliste på eldre over 65 år (ca 40 000 personer) som matches med adressene til sykehjemmene. Etter samarbeid med ledelsen, tilbys aktuelle beboere personlig intervju eller telefonintervju. Det endelige antallet som intervjues er lavt pga stort frafall.

Følgende temaer er inkludert i undersøkelsene:

- Fleksibilitet i tjenestene
- Kjennskap til fritt valg av tjenesteleverandør
- Tilfredshet med antallet medarbeidere
- Stabilitet på tjenestene
- Praktisk hjelp og personlig pleie
- Hverdagsrehabilitering

København gjør egne undersøkelser på alle store ytelsesområder. Det gjennomføres ca 1000 intervju på sykehjem blant en populasjon på ca 3000 personer. Ledelsen på sykehjemmene er med på å finne de personene som kan la seg intervju. For mottakere av hjemmetjenester, gjennomføres det ca 2500 intervju blant en populasjon på ca 8000 personer.

Brukerne svarer på en skala fra 1-5. Gjennomsnittlig ligger svarene på 4,1 – 4,3 blant personer på sykehjem og marginalt lavere for personer som mottar helsetjenester i hjemmet, hvor svarene generelt ligger på 3,9-4,2. Resultatene er veldig like fra år til år – både blant mottakere av hjemmetjenester og på sykehjem.

4.3 Norge

4.3.1 KS

KS har sammen med Kommuneforlaget etablert bedrekommune.no. Bedrekommune.no er et verktøy for å måle opplevd kvalitet gjennom bruker-, innbygger- og medarbeiderundersøkelser. Kommunene har via bedrekommune.no et sett med undersøkelser som revideres ca. hvert tredje år. Resultatene kan sammenlignes over tid, resultatene kan sammenlignes med andre kommuner og landssnitt og resultatene kan benyttes til forskning.

For å få mest ut av undersøkelsene, anbefales det at man bruker den metoden som egner seg best for målgruppen. De ulike metodene er digitale spørreskjemaer, spørreskjemaer på papir som sendes per post, forenklete skjemaer og intervjuverktøy. For å kunne svare digitalt, mottar deltakerne et passord sammen med et informasjonsskriv. Skjemaer som sendes tilbake per post registreres manuelt av administrator i kommunen. Alt registreres i bedrekommune.no

For å sikre anonymitet, må det være minst 5 respondenter på hver enhet for at undersøkelsen skal gjennomføres. Den enkelte kommune kan gjøre små tilpasninger på spørreskjemaet, som for eksempel å legge til egne bakgrunns spørsmål. Kommunene har også mulighet til å legge inn valgfri tekst før og etter undersøkelsen, og bestille tilleggsspørsmål som plasseres etter standard undersøkelsen.

Bedrekommune.no har følgende undersøkelser for kommunale pleie- og omsorgstjenester:

- Hjemmetjenesten (brukere)
- Hjemmetjenesten (brukere, forenklet utgave)
- Dagsenter (brukere)
- Dagsenter (brukere, forenklet utgave)
- Institusjon (beboere)
- Institusjon (beboere, forenklet utgave)
- Institusjon (pårørende)
- Psykisk helse (brukere er 18 år eller eldre)
- Utviklingshemmede (brukere)

En rekke temaer dekkes i disse undersøkelsene. Temaene er:

- Bakgrunns spørsmål
- Resultat for brukeren
- Respektfull behandling

- Brukermedvirkning
- Tilgjengelighet
- Informasjon
- Helhetsvurdering
- Trivsel
- Trygghet
- Personalets kompetanse og samarbeid med andre tjenester

Kommunene har ofte gjennomføringssykluser på 1-3 år for når bruker- og pårørendeundersøkelser blir gjennomført. Tabellen under viser en oversikt over antall kommuner som har gjennomført bruker- og pårørendeundersøkelser i 2013-2015. En kommune kan være talt flere ganger i perioden. I 2015 hadde 327 kommuner lisens for bruk av bedrekommune.no. Med utgangspunkt i disse tallene kan en anslå at ca 40 % av kommunene som har lisens gjennomførte en undersøkelse for pårørende i løpet av en 3-års periode (2013-2015). Ca 50 % av kommunene med lisens gjennomførte brukerundersøkelser for hjemmetjenesten, mens ca 35 % gjennomførte brukerundersøkelser i institusjon i samme 3-års periode.

Type undersøkelse	År	Antall kommuner som har gjennomført undersøkelser
Hjemmetjenesten (bruker) og hjemmetjenesten (bruker, forenklet)	2013-2015	198
Institusjon (bruker) og institusjon (bruker, forenklet)	2013-2015	142
Institusjon (pårørende)	2013-2015	167

Tabell 3: Antall kommuner som har gjennomført undersøkelser i 2013-2015 regi av bedrekommune.no. Antallet inkluderer kommuner som gjennomfører undersøkelsene årlig eller annet hvert år.

4.3.2 Oslo kommune

Oslo kommune gjennomfører årlig egne brukerundersøkelser i pleie- og omsorgssektoren. Annet hvert år gjennomføres brukerundersøkelse i hjemmetjenesten (inkludert praktisk bistand) i alle bydeler, og annet hvert år for beboere og pårørende på alle sykehjem som Oslo kommune har avtale med. Fra 2014 har Oslo kommune også gjennomført undersøkelser blant beboere og pårørende i samlokaliserte boliger for personer med utviklingshemming.

Brukerundersøkelsen i hjemmetjenesten gjennomføres som en kvantitativ postal undersøkelse som sendes ut til alle brukere av kommunal og privat hjemmesykepleie og praktisk bistand. Undersøkelsen anskaffes og gjennomføres av en ekstern leverandør, med en kostnadsramme på ca. 500 000 kr. Svarprosenten er på ca. 38 %. Det har ikke vært puring på denne undersøkelsen før, men det er noe som vurderes ved neste gjennomføring.

Beboerundersøkelsen på sykehjem har siden 2013 blitt gjennomført som fokusgruppeintervjuer ved hvert sykehjem med 3 til 5 deltakere i hver gruppe. Deltakerne i fokusgruppene blir plukket ut etter bestemte kriterier (blant annet ADL-skår 1 og 2 på hukommelse). Tidligere har denne undersøkelsen blitt gjennomført som en spørreskjemaundersøkelse gjennomført som personlige intervju, men Oslo kommune erfarte at dette ikke var en god eller hensiktsmessig metode for å få frem synspunkter fra denne brukergruppa. Undersøkelsen ga dessverre ikke pålitelige svar, og sykehjemmene fortalte om episoder hvor beboerne ble urolige etter å ha svart på undersøkelsen. Tilbakemeldinger etter at Oslo kommune endret opplegg for gjennomføring har vært positive. Beboere setter pris på muligheten til å fortelle om sin hverdag, og opplever intervjusituasjonen som et samlingspunkt for å treffe andre likesinnede og kognitivt friske beboere på andre avdelinger. Sykehjemmene opplever også at funnene fra undersøkelsen er mer informative og nyttige i videre kvalitetsarbeid.

Pårørendeundersøkelsen ved sykehjem gjennomføres som en spørreskjemaundersøkelse som sendes til én pårørende per beboer. Undersøkelsen kan besvares per post eller internett. Svarprosenten er ca. 50 %. Oslo kommune opplever at stadig flere pårørende besvarer undersøkelsen på internett.

For beboere i samlokaliserte boliger for personer med utviklingshemming har undersøkelsen blitt gjennomført ved bruk av både kvantitativ og kvalitativ metode, i form av en-til-en-intervju. Intervjuerne har fulgt et spørreskjema med en blanding av standardspørsmål med ja/nei-svar og mer utdypende dialogspørsmål. Pårørende til beboere i samlokaliserte boliger får tilsendt et spørreskjema i posten, og kan enten svare postalt eller via internett. Ved gjennomføringen i 2014 ble det benyttet spørreskjemaer utviklet av KS, men Oslo kommune ønsker å utvikle egne spørsmål til neste gjennomføring.

En rekke temaer dekkes i disse undersøkelsene. Noen av temaene er spesifikke for den enkelte undersøkelse, mens andre temaer er sammenfallende. Oslo kommune jobber med å standardisere undersøkelsene sine i større grad, slik at det blir felles temaer i alle undersøkelsene, med eventuelt tilleggstemaer som er spesifikke for hver undersøkelse.

Temaer til mottakere av hjemmetjenester i undersøkelsen i 2015 var:

- Fast kontaktperson
- Hvor fornøyd er man med hjelpen/praktisk bistand og med personalet
- Trygghet
- Antall ulike tjenesteytere
- Klager
- Bytte av leverandør

Temaer til beboere på sykehjem og til deres pårørende i undersøkelsen i 2016:

- Trygghet og trivsel
- Respektfull og verdig behandling
- Kompetanse og kvalitet i pleien
- Aktivitetstilbud
- Mat og måltider
- Miljø

Temaer til beboere i samlokaliserte boliger og til deres pårørende var i 2014:

- Selvbestemmelse
- Trivsel
- Trygghet
- Brukermedvirkning
- Respektfull behandling
- Informasjon
- Respektfull behandling
- Informasjon

4.3.3 Folkehelseinstituttet

Ved etableringen av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2004 ble det opprettet en nasjonal funksjon for brukererfaringsundersøkelser i senteret, som en videreføring og styrking av brukererfaringsmiljøet fra Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF). I Folkehelseinstituttet arbeider dette kompetansemiljøet med vitenskapelig utvikling, validering og måling av brukeropplevd kvalitet, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Folkehelseinstituttet gjennomfører flere nasjonale spørreundersøkelser, bla årlige nasjonale målinger innenfor spesialisthelsetjenesten, både somatisk helse, og psykisk helse og rus. De gjennomfører også innenfor kreftomsorg, graviditet og fødsel og distrikts psykiatriske sentre. Hensikten er å gjøre en systematisk måling av pasientopplevelse som for eksempel den årlige PasOpp-undersøkelsen. Pasientene blir bedt om å svare på et spørreskjema som inneholder en rekke spørsmål om erfaringer med sykehuset både når det gjelder struktur, prosesser, forventninger og ventetid før oppholdet på sykehuset.

Svarene danner grunnlaget for beregning av resultater innenfor ni ulike områder:

- Pleiepersonalet
- Legene
- Informasjon
- Organisering
- Pårørende
- Standard
- Utskriving
- Samhandling
- Ventetid

Målgruppene for undersøkelsene er pasienter, helsemyndigheter, ledere av regionale og lokale helseforetak, og avdelings- og postledelse. Resultatene brukes til å understøtte valg av sykehus, til styringsinformasjon og til kvalitetsforbedring.

Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet har kompetanse innen utvikling og bruk av spørreskjema og innsamlingsrutiner, data tilrettelegging og analyser. Dette inkluderer utvikling av førsteutkast til spørreskjema, testing av førsteutkast ved kognitive intervju, pilotering av spørreskjema og datainnsamlingsrutiner, datatilrettelegging og – evaluering. Dataene som blir samlet inn gjennom pilotundersøkelsen blir videre brukt til kritisk evaluering av skjema og innsamlingsopplegg. Data fra pilotundersøkelsen kan gi grunnlag for å vurdere datakvalitet (mye ubesvart?), dimensjonalitet (danner svarene grupper?), validitet (tidligere forskning, teori?) og reliabilitet (er resultatene stabile, henger de sammen?). Data fra pilotundersøkelsen kan brukes til å vurdere eventuelle problem med representativitet og behov for justering av resultatene i henhold til «case-mix». Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet har også kompetanse når det gjelder å gi tilbakemeldinger til ulike tjenestenivå på en hensiktsmessig måte, og å utvikle raskere og bedre tilbakemeldingsrutiner.

Undersøkelsene skiller fra hverandre med tanke på hvor avanserte innsamlingsmetodene er. Undersøkelsen blant brukere av tverrfaglig, spesialisert rusbehandling er relativt enkel. Her ble skjemaene distribuert til alle, på samme tid, via behandlingsinstitusjonens personell. Undersøkelsen ble gjennomført anonymt som lokalt kvalitetsforbedringsprosjekt og ingen tilleggsinformasjon på individnivå ble innhentet. I slike enkle undersøkelser er det ikke vektet for frafall eller justert for ulike pasientsammensetning, og det oppfordres til forsiktighet når det gjelder sammenligning av ulike enheter, som institusjoner og avdelinger.

I undersøkelsen i utvalg av personer som er utskrevet fra sykehus er datainnsamlingen sentralisert, og bakgrunnsinformasjon om oppholdet (type opphold, varighet m.m.), og pasienten (kjønn, alder, diagnose m.m.) blir føyet til datasettet. Bakgrunnsinformasjonen kan brukes til å evaluere behov og eventuelt gjennomføre frafallsvekting og case-mix justering. Dette er et mer avansert opplegg som setter krav til personvernløsninger og infrastruktur. På den andre siden åpner det for muligheter til å ha god kontroll på utsendelse og purring av undersøkelsen, å evaluere undersøkelsens datakvalitet, og å oppnå gode data om forbruk av tjenester m.m.

Mellom disse ytterpunktene kan en se for seg mellomløsninger som er utformet under hensyn til hvor de potensielle respondentene oppholder seg, hvilken infrastruktur man har tilgjengelig, og hvor høyt en finner grunn til å prioritere innhenting av nyttig bakgrunnsinformasjon. Når formålet blant annet er å skulle sammenlikne kommuner/enheter, er det tvingende nødvendig at det blir utarbeidet velfungerende rutiner som lar seg overholde i alle ledd av undersøkelsen.

5. DRØFTING

5.1 Metode

I dette avsnittet gjennomføres en drøfting av metode for nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse. Målet er å anbefale en metode som bygger videre på det beste fra eksisterende løsninger, men som også er tilpasset innspillene fra erfaringskonferansen og er optimal for å gjennomføre nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser. Følgende underpunkter blir diskutert:

- Utvalg av helse- og omsorgstjenester
- Utsending til brukere
- Sårbare grupper
- Tema
- Spørsmål og svarkategorier
- Innhenting av svar og frekvens
- Standardiserte analyser og rapporter
- Systemløsning for nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse

Utvalg av helse- og omsorgstjenester:

Arbeidsgruppen tok tidlig stilling til en avgrensning på hvilke helse- og omsorgstjenester vi ville fokusere på for å begrense omfang og kompleksitet (avsnitt 2.1 Forståelse av oppdraget), og at det måtte være en helsetjeneste med stort brukervolum. Kommunene har et selvstendig ansvar for å tilrettelegge helse- og omsorgstjenester til innbyggerne i tråd med Helse- og omsorgstjenesteloven. Dette kan medføre at helsetjenestene tilrettelegges noe ulikt fra kommune til kommune avhengig av størrelse, beliggenhet og andre årsaker. På bakgrunn av dette er det hensiktsmessig å etablere nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser for de helse- og omsorgstjenestene som vi i dag antar er mest sammenlignbare på tvers av kommuner.

De helsetjenestene som vi i dag mener er mest sammenliknbare på tvers av kommunene (utfra arbeidsgruppens begrensning av aktuelle tjenester) er tjenester til brukere som mottar helsetjenester enten i hjemmet eller i omsorgsbolig, samt til mottakere av tjenester i sykehjem. Videre foreslår vi at mottakere av rehabilitering i hjemmet eller i institusjon inkluderes i hhv brukerundersøkelsen til mottakere av hjemmetjenester eller i brukerundersøkelsen til mottakere av sykehjemstjenester ved hjelp av egne moduler med spørsmål som er relevante for rehabilitering.

Utsending til brukere:

Det er ønskelig at svarprosessen er minst mulig påvirket av det faktiske avhengighetsforholdet mellom brukerne som svarer og kommunen som yter tjenestene. Ut fra dette er det ønskelig at nødvendig kommunikasjon går via en nøytral, ikke involvert instans.

I dag er det kommunene selv som sender ut spørreskjemaet til sine institusjoner, brukere og pårørende av kommunale helse- og omsorgstjenester hvis kommunen ønsker å gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelser. Utfra kommunenes egen oversikt blir riktig spørreskjema sent til riktig person.

En annen måte å gjøre dette på er å ha lovhjemmel til å benytte eksisterende informasjon i fra sentrale registre over de personer som er mottakere av de tjenestene en ønsker å inkludere i en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse. Dette ville gjøre utsendingene av undersøkelsene til brukere enklere for kommunene. Det vil også føre til kvalitetssikret tilleggsinformasjon på for eksempel type tjeneste, antall timer med mere. Når brukeren selv skal skrive inn dette, risikerer en feil eller mangelfull informasjon. IPLOS er et sentralt helseregister med standardiserte data på bistandsbehovet til personer som søker om eller mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester, og hvilke type tjenester kommunen gir. Men siden registeret er pseudonymt, det vil si at fødselsnummer byttes ut med et pseudonym., kan ikke IPLOS-registeret brukes til utsending av spørreskjema til brukere.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår nå å etablere ett nytt kommunale pasient- og brukerregister (KPR). I utredningsarbeidet foreslås det at hovedformålet for det nye registeret skal være å gi grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester for sentrale og kommunale myndigheter. Det er disse formålene som vil være bestemmende for hvilke opplysninger som kan benyttes i registeret. En kan derfor tenke seg at et fremtidig KPR også kan benyttes til gjennomføring og lagring av data fra en fremtidig nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse, samt å få oversikt over brukere av ulike helsetjenester som forutsetter at dette formålet inngår i ny lovhjemmel.

Å bruke etablerte registre innebærer utfordringer med hensyn til personvern og dermed også infrastruktur. En undersøkelse som er anonym i juridisk forstand er problemfri i personvernperspektiv. Men anonymiteten skaper begrensinger, for eksempel med tanke på å holde kontroll på skjemadistribusjonen, gjennomføre purringer og regne ut den endelige, korrekte svarprosenten. Muligheten til å vurdere i hvilken grad det endelige utvalget svarere er representativt for målgruppen vil også være svært begrenset. Bruk av bakgrunnsdata fra andre kilder enn svareren selv har flere mulige fordeler i de aktuelle undersøkelsene, hvor mulige svarere ofte er fysisk og psykisk skrøpelige. Å benytte informasjon som allerede er samlet inn og lagret i andre kilder, innebærer en avlastning av svarerne, og vil sannsynligvis gi bedre kvalitet og mer detaljer i viktig informasjon som type og mengde tjenester som den enkelte mottar.

For noen grupper av brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester er det flere leverandører som bidrar til det samlede tjenestetilbudet. Dette gjelder for eksempel innen psykisk helsevern og

rusomsorg. Vi antar at dette er komplekst sammensatte og individualiserte tjenester, som kan være lite sammenliknbare fra kommune til kommune. Arbeidsgruppen anbefaler at en bruker mer tid på å forberede nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse for brukergrupper som får tjenester som leveres fra flere tjenesteområder.

Sårbare grupper

Noen brukergrupper kan det være utfordrende å få til å svare på undersøkelsen, for eksempel eldre personer med dårlig helse på institusjon, personer med demens, brukere med psykiske problemer eller personer med utviklingshemming. For å nå disse personene, må metoden tilpasses målgruppen. Arbeidsgruppen har diskutert ulike metoder for å nå disse:

1. Intervjuer/dialogmøter eller telefonintervju
2. Brukerne får svare ved hjelp av en utenforstående/nøytral støtteperson for å svare på undersøkelsen. Denne støttepersonen kan ikke være en ansatt i tjenesten eller en pårørende

Det er fordeler og ulemper ved begge disse alternativene. Å foreta intervjuer/dialogmøter er dyrt og ressurskrevende. En må i tillegg foreta en kognitiv vurdering av brukerne før de blir inkludert i intervjuene. Oslo kommune har dårlig erfaring med å gjennomføre spørreskjemaundersøkelsene ved bruk av en intervjuer på sykehjem, og har av den grunn valgt å heller gjennomføre undersøkelsen som kvalitative fokusgruppeintervjuer. I sykehjem er det kun et mindretall beboere som vil kunne mestre å delta i intervju/dialogmøte etter hensikten. Å gjennomføre telefonintervju vil være mindre ressurskrevende enn dialogmøter, men en må også her gjøre kognitive vurderinger av brukerne.

Samarbeidet mellom pårørende til beboere på institusjon eller i omsorgsbolig med bemanning er viktig, men oppleves ofte som krevende for de pårørende. Pårørende opplever ofte at de er de eneste som avdekker avvik og at de i større grad ønsker medbestemmelse. En nærstående eller pårørende som besvarer et spørreskjema som er utarbeidet for å bli besvart av brukere av tjenesten, vil gi andre svar enn brukeren selv, og skape uberegnelig skjevhet i undersøkelsesresultatene. For å avhjelpe problemet med at svært mange brukere har dårlige forutsetninger for å besvare en slik undersøkelse, anbefaler arbeidsgruppen at pårørende gis anledning til å bidra gjennom en egen, tilpasset parallell undersøkelse. Temaene i pårørendeundersøkelsen bør tilsvare temaene i brukerundersøkelsen.

Temaer:

For å komme frem til anbefalte temaer som bør inkluderes i en nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser, ble innspill på tema fra deltakerne på erfaringskonferansen sammenliknet med de temaene som brukes i dagens bruker- og pårørendeundersøkelser. Målet er å anbefale temaer som bygger videre på det beste fra eksisterende løsninger, men som også er tilpasset innspillene fra erfaringskonferansen.

De fleste innspillene som kom på aktuelle temaer, finnes i dag i Oslo kommune og/eller i KS sine undersøkelser på bedrekommune.no. De temaene som er sammenfallende er:

- Kompetanse blant de ansatte (faglig og sosial kompetanse)
- Nok tid hos brukeren
- Mat og måltider
- Aktivitetstilbud
- Trygghet
- Medbestemmelse
- Respektfull behandling
- Tilgjengelighet
- Informasjon og kommunikasjon

Deltagerne på erfaringskonferansen kom også med innspill til nye temaer som bør vurderes inn i en fremtidig nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse. Disse temaene er:

- Fast kontaktperson
- Forventningsavklaring mellom bruker og tjenesteyter
- Samarbeid og koordinering av tjenester
 - Overgang mellom kommunale tjenester
 - Overgang fra spesialisthelsetjenesten til kommunale helse- og omsorgstjenester
 - Oppfølging etter overgang til ny tjeneste
 - Samarbeid mellom tjenester
 - Fleksibilitet ved avlastning

Temaene som i dag allerede er i bedrekommune.no bør videreutvikles og forbedres på bakgrunn av innspillene fra erfaringskonferansen og på bakgrunn av tilbakemeldinger som er kommet ved gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser for KS og Oslo kommune. Deretter bør temaene innarbeides i et skjemautkast for hver aktuelle målgruppe, og skjemautkastene skal så gjennomgå de videre vurderingsfasene ifølge Kunnskapssenterets etablerte rutiner. Skjemautkast legges deretter fram for representanter for de framtidige målgruppene, og denne gruppen er satt sammen for å avspeile størst mulig variasjon. Representantene fyller ut skjemaet og blir intervjuet/kommenterer på skjemaets språk, innhold, mangler m.m. Skjemaet revideres deretter, og et nytt utkast gjennomgår den samme evalueringen, inntil skjemaet har en form og et innhold som i størst mulig grad ivaretar alle ønskede hensyn. Etter de kognitive intervjuene gjøres en pilotundersøkelse (se også punkt 5.3.3.). Dette er en «småskala»-undersøkelse, hvor formålet er å prøve ut både skjema og innsamlingsrutiner, for å kunne korrigere svakheter og mangler og evaluere datakvalitet, forut for en storskalaundersøkelse.

De kognitive intervjuene må gjennomføres ansikt til ansikt. Målgruppen i undersøkelsene er relativt mangfoldig, og det vil kreve relativt mange intervju for å kunne si at man fanger variasjonen. Dette krever relativt mye personelltid. Generelt er tidsbruken i disse fasene avhengig av i hvilken grad evalueringene avdekker behov for flere runder med revidering og påfølgende evaluering. Dessuten er eventuell utvikling av infrastruktur en kritisk faktor, for eksempel utvikling og testing av programvare for administrering og kontroll av spørreskjemautsendelse, hvis det skulle være aktuelt. Forut for pilotundersøkelsen bør alle nødvendige tillatelser og vurderinger av eventuelle utfordringer på personvernssiden være klarlagt, håndtert og godkjent. Det ligger en risiko for uforutsette forsinkelser

på dette feltet. Tilgang til «feltet» – her intervjuobjektene – og godt samarbeid med partnere for gjennomføring av pilotundersøkelse er også en kritisk faktor som man ikke kan ha full kontroll over. Dersom det ikke inntreffer uønskede situasjoner, og ressurstilgangen til prosjektet står i forhold til forventningene som blir stilt, bør aktivitetene som er nevnt her kunne gjennomføres på et halvår.

Spørsmål og svarkategorier:

Det kom innspill fra erfaringskonferansen om at ikke alle spørsmål i dagens brukerundersøkelser er like relevante og at det er noen spørsmål som kan være vanskelig å forstå. Det var noen som kunne tenke seg mange spørsmål og flere svarkategorier, mens andre ønsket færre spørsmål og færre svarkategorier. Spørsmålene eller påstandene det skal tas stilling til i en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse må utvikles videre slik at de blir presise og tydelige. Det bør utvikles standardiserte spørsmål til alle målgrupper og egne spesialiserte spørsmål som er tilpasset den enkelte målgruppe, slik at omfang av spørsmål holdes til et minimum. Spørsmålene og svarkategoriene bør være stabile over tid og ikke endres fra gang til gang, på denne måten kan en følge utviklingen over tid. Det bør tilrettelegges for begrenset mulighet til lokale tilpasninger. Omfanget av spørsmål eller påstander bør tilpasses slik at spørreskjemaet ikke oppfattes som for langt. Flere av målgruppene for undersøkelsene er sårbare og for lange spørreskjema kan bidra til at de ikke svarer på undersøkelsen.

I bedrekommune.no er det utviklet en versjons- og kartleggingsfunksjon for vedlikeholdsarbeid av spørreskjemaer. Dette gjør det mulig å redigere et eksisterende spørreskjema. Kartleggingsfunksjonen sørger for at sammenliknbare spørsmål presenteres riktig i rapporten. Dette innebærer at videreutvikling av spørreskjemaene kan settes i produksjon umiddelbart.

Innhenting av svar:

I dag gjennomføres bruker- og pårørendeundersøkelser i regi av bedrekommune postalt, elektronisk eller via personlig intervju. Hver enkelt respondent får utdelt et unikt engangspassord på åtte tegn som fungerer som inngangsbillett for å svare på undersøkelsen. Engangspassordet sørger for at svaret blir registrert på riktig avdeling eller enhet i kommunens organisasjonsstruktur, og kan distribueres via tre forskjellige metoder:

Ved e-postutsending mottar hver respondent en lenke med ferdig utfylt engangspassord. Ved å klikke på lenken blir respondenten sendt direkte til første side i spørreskjemaet. Kommunen kan forfatte det øvrige innholdet i e-postmeldingen. Det er mulig å sende ut påminnelser til de som ikke har svart.

For postal innhenting av svar kan kommunen laste ned PDF-filer med ønsket antall spørreskjemaer. Spørreskjemaene må skrives ut på papir og distribueres til respondentene. På forsiden av hvert skjema står et engangspassord som brukes for å få registrert svarene elektronisk, enten av respondenten selv eller av kommunen i etterkant.

Deltakerne på erfaringskonferansen var tydelige på at de ønsket mulighet til å svare både på papir og elektronisk. Å kunne svare elektronisk kan bety at en når en målgruppe som ellers ikke ville svart fordi det føles tungvint å svare på papir. I tillegg gir elektronisk innsamling av data lavere kostnader og enklere bearbeiding av data fordi en slipper manuell innlasting av data fra papirskjema, eventuelt scanning av skjemaer. For en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse innen kommunale helse- og omsorgstjenester, kan en anta at målgruppen for å kunne svare elektronisk er særlig yngre brukere og de pårørende.

Folkehelseinstituttet har publisert en studie⁴ som sammenlikner kostnader og svarprosent ved innsamling av data på papir eller ved elektronisk innsamling. Mottakerne som her var yngre kvinner i barsel ble delt i to grupper. Gruppe A fikk mulighet til å svare både med papir og elektronisk. Gruppe B fikk bare svare elektronisk i første utsendelse, mens i første purring fikk de mulighet til å svare både elektronisk og ved papir. Gruppe A fikk en svarprosent på 51,9 %, mens gruppe B fikk en svarprosent på 41,1 %. Kostnadene per bruker var høyere i gruppe A, som følge av postal innhenting av svar, enn i gruppe B. Forsøket er en god illustrasjon på at den optimale løsningen (her høyest svarprosent) gjerne også er den mest kostbare.

En lav svarprosent er ikke nødvendigvis uakseptabel. Uansett størrelse kan en svarergruppe være en god gjenspeiling av målgruppen den er ment å representere. Om dette er gjeldende også for brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester, kan analyseres nærmere hvis nødvendige data er tilgjengelige. Arbeidsgruppen mener at det bør legges til rette for elektronisk innhenting av svar, men at det er all grunn til å anta at hovedtyngden av svar vil komme på papir.

Frekvens:

Dagens bruker- og pårørendeundersøkelser gjøres med den frekvens hver enkelt kommune bestemmer. Tall fra KOSTRA⁵ viser at mellom 2013 og 2015 gjennomførte 257 kommuner brukerundersøkelser i hjemmetjenesten. 248 kommuner gjennomførte brukerundersøkelser i institusjon. Dette inkluderer både undersøkelser i regi av bedrekommune.no og andre undersøkelser.

En nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse bør gjentas ofte nok til at resultatene både kan brukes til nasjonal styring og til lokalt forbedringsarbeid. Kommunene gir signaler om at årlig oppfølging av brukerundersøkelse med handlingsplaner med forbedringstiltak kan være krevende, og at det ofte tar tid før en ser resultater av forbedringstiltakene. Det er viktig å gi tjenestene tid til å jobbe med resultatene. Videre er det arbeidskrevende å gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelser og brukerne må ikke slites ut med undersøkelser som gjentas for ofte. En hyppig frekvens for gjennomføring av undersøkelsene vil også medføre økte kostnader for

⁴ User-experience surveys with maternity services: a randomized comparison of two data collection models. Bjertnaes OA1, Iversen HH.

Int J Qual Health Care_ 2012

⁵ Statistisk sentralbyrå (SSB)

<http://www.ssb.no/>

kommunene. Virksomhetene gjennomfører også andre typer kontinuerlig forbedringsarbeid som for eksempel dialogmøter med brukere og pårørende. Gjennomføring av brukerundersøkelser er derfor ikke det eneste verktøyet som bidrar til lokalt forbedringsarbeid. Arbeidsgruppen mener derfor at en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse ikke bør gjennomføres oftere enn hvert annet år. Det ligger en avveining også i at en lavere gjennomføringsfrekvens muligens kan gjøre det mer akseptabelt å bruke mer ressurser på å høyne svarfrekvensen de årene undersøkelsen blir gjennomført.

Innspill fra brukere- og pårørende fra erfaringskonferansen, er at de ønsker å bli involvert i å finne årsak til resultatene, samt bidra med innspill til forbedringstiltak. I tillegg ønsker de å kunne bli informert og delta i oppfølging av disse.

Standardiserte analyser og rapporter:

De kommunene som i dag benytter seg av bedrekommune.no har tilgang til å hente ut sine egne resultater og statistikk i en ferdig rapport. Rapportens standardstruktur er lik for alle kommuner. Dette gjør det mulig og både sammenlikne seg med andre kommuner og å bruke dataene til lokalt forbedringsarbeid. Standardisert produksjon av rapporter gjør det mulig å korte ned tiden det tar før kommunene får tilbake sine egne resultater.

Resultatene fra en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse må kunne brukes både til lokalt forbedringsarbeid og til kommunal og nasjonal styring. Innspill fra deltakerne på erfaringskonferansen understøttet også dette. De fleste representantene fra erfaringskonferansen som kom fra kommunene (tjenesteytere), gav tilbakemelding om at det er behov for bistand fra analysemiljø for å gjennomføre standard analyser, men også for å videreutvikle og tilpasse analyser og resultatframstillinger slik at de dekker lokale behov best mulig. I tillegg kom det innspill på at det hadde vært fint å få tilrettelagt standardiserte rapporter med ferdigstilt analyse i presentasjonsform. Dette understøtter den utfordringen mange kommuner har pga manglende kompetanse på statistisk analyse. Videre burde det være mulig i systemløsningen å videreutvikle og etablere faste standard rapporter, som vil effektivisere arbeidet med analyse, tilgjengeliggjøring og informasjon.

Systemløsning:

KS gjennomfører i dag sine bruker- og pårørendeundersøkelser vha plattformen bedrekommune.no. KS eier det faglige innholdet i bedrekommune.no, mens Kommuneforlaget er eier av systemløsningen. Kommuneforlaget er i tillegg systemforvalter og databehandleransvarlig. I bedrekommune.no har alle kommuner en administrator som selv etablerer administratorer på de enkelte enhetene som skal gjennomføre en undersøkelse. Alle kommuner tegner en databehandleravtale ved betaling av lisens, som i dag utgjør ca 335 kommuner. Bedrekommune.no ivaretar behovene i undersøkelsene fra utvikling av spørreskjema og innhenting av nødvendige godkjenninger, til samarbeid med institusjonene, identifisering og trekking av utvalget, utsendelse, purring og mottak av svar, datatilrettelegging og analyse, formidling og presentasjon.

Gjennomføringen av undersøkelsene kan skje via epost eller papir hvor respondentene får tildelt et passord som er knyttet mot den enkelte avdeling/enhet. Ved besvarelse av en undersøkelse blir passord og epost frakoblet slik at det ikke er mulig å finne tilbake til hvem som har besvart. Datatilsynet har godkjent metodikken.

Folkehelseinstituttet (tidligere Kunnskapssenteret) har en nasjonal funksjon når det gjelder måling av brukeropplevd kvalitet, og har gjennomført et stort antall nasjonale undersøkelser de siste årene. Det er gjennomført flest undersøkelser i spesialisthelsetjenesten, men det er også utviklet og validert målemetoder og gjennomført undersøkelser for legevakter og fastleger. Alle nasjonale undersøkelser baseres på en robust og standardisert utviklings- og valideringsprosess, hvor kvaliteten på måleinstrumentene testes og dokumenteres forut for publisering av nasjonale resultater. Utviklingsprosjektene har normalt blitt gjennomført som forskningsprosjekter, med godkjenning fra REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk), dette gjaldt også legevaktprosjektet og fastlegeprosjektet. Etter forskningsmessig utvikling og validering gjennomføres målingene som kvalitetssikringsprosjekter, med basis i konsesjon fra Datatilsynet og dispensasjon fra taushetsplikten fra Helsedirektoratet. Undersøkelsene forutsetter at det inngås databehandleravtaler mellom FHI og de ansvarlige helsetjenestene. Systemet for datainnsamling tilpasses det enkelte område, enten det er uthenting av data fra pasientadministrative system på sykehus eller på legevakter, eller fra registre som i fastlegeprosjektet (kombinasjon av data fra KUHR, SSB og Fastlegeregisteret). Normalt kan pasientene velge å svare på papir eller elektronisk, og svarene kobles sammen med aidentifiserte bakgrunnsdata om pasientene. Derneft gjennomføres standard prosedyrer rundt kvalitetssikring av data, databearbeiding, frafallsvekting, case-mix justering og analyse- og rapportgenerering. Det utarbeides normalt en rapport per deltakende helseforetak/institusjon/avdeling og en aggregert nasjonal rapport basert på hele materialet.

Deltakerne på erfaringskonferansen kom med innspill på at det i en framtidig nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse bør tilrettelegges for å kunne svare elektronisk i tillegg til kunne svare på papir.

Som beskrevet over medfører elektronisk innsamling av data lavere kostnader og enklere bearbeiding av data fordi en slipper manuell innlasting av data fra papirskjema. For å kunne bruke metodikken i systemløsningen bedrekommune.no i en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse, kan det være aktuelt å forbedre dagens løsning, samt å tilrettelegge for ytterligere effektivisering av gjennomføring, analyse og oppfølging. Eksempler på slike tilpasninger er:

- Videre utvikling av et standardisert rapporteringsverktøy.
- Utarbeide standardiserte analyser, rapporter og presentasjoner
- Kunne gi faglig veiledning til kommunene ved hjelp av «Ofte stilte spørsmål og svar (opplæring/ veiledning)»
- Eventuelle tilpasninger for telefonintervju

5.2 Ulike scenarier og utfordringer ved gjennomføring av nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse

Arbeidsgruppen har drøftet fire ulike scenarier for gjennomføring av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser:

- Statlig beslutning (lov og forskrift) om gjennomføring av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser
- Nasjonalt program for gjennomføring av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser
- Lokalt selvstyre
- Utvalgsundersøkelse

De ulike scenariene er beskrevet i tabellen under.

	Metode	Område	Omfang
Statlig beslutning (lov og forskrift) om gjennomføring av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser	Felles nasjonal metode: - Innhente svar både elektronisk og postalt - Felles systemløsning for alle kommuner - Standardiserte spørsmål og svarkategorier over tid - Standardiserte rapporter og analyser - Offentlig tilgjengeliggjøring både lokalt og nasjonalt	- Hjemmetjenester og sykehjem skal gjennomføres i alle norske kommuner i 2017 (bruker- og pårørende). - Andre tjenesteområder gjennomføres etter beslutning fra staten.	- Hjemmetjenester og sykehjem gjennomføres annet hvert år i alle norske kommuner. - Andre tjenesteområder gjennomføres etter besluttet hyppighet.
Nasjonalt program for gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser	Felles nasjonal metode: - Innhente svar både elektronisk og postalt - Felles systemløsning for alle kommuner - Standardiserte spørsmål og svarkategorier over tid - Standardiserte rapporter og analyser - Offentlig tilgjengeliggjøring både lokalt og nasjonalt	- Via et nasjonalt program gjennomføres bruker- og pårørendeundersøkelser i hjemmetjenester og sykehjem i utvalgte norske kommuner i 2017 med plan om implementering fra 2019 i alle norske kommuner - Via nasjonalt program etablere bruker- og pårørendeundersøkelse for brukere med flere tjenesteaktører, for eksempel psykisk helse og rus og funksjonshemmede i 2018-2020 og implementering fra 2021.	- Hjemmetjenester og sykehjem gjennomføres i utvalgte kommuner i 2017 og annet hvert år fra 2019. - Psykisk helse og rus gjennomføres i utvalgte kommuner 2019 og annet hvert år fra 2021.
Lokalt selvstyre	Felles nasjonal metode: - Innhente svar både elektronisk og postalt - Felles systemløsning for alle kommuner - Standardiserte spørsmål og svarkategorier over tid - Standardiserte rapporter og analyser - Offentlig tilgjengeliggjøring både lokalt og nasjonalt	Kommunene beslutter hvilke type tjeneste som skal gjennomføres når.	Kommunene beslutter frekvens.
Utvalgsundersøkelse	Basert på omfang av utvalgsundersøkelser foreligger: - Innhente svar via telefon evt digitalt - Standardiserte spørsmål og svarkategorier - Standardisert rapporter og analyser - Offentlig tilgjengeliggjøring	Staten beslutter hvilke type tjeneste som skal inkluderes i utvalgsundersøkelsen og tidspunkt	Staten beslutter frekvens.

Tabell 4: Beskrivelse av 4 ulike scenarier for gjennomføring av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser

Statlig beslutning (lov og forskrift) om gjennomføring av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser:

Ved denne gjennomføringsmetoden vil kommunene pålegges å gjennomføre den nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelse via lov og forskrift. De vil også pålegges å gjennomføre bestemte undersøkelser til bestemte tider og med bestemt frekvens. En nasjonal undersøkelse som gjennomføres via lov og forskrift er nærliggende å legge til Folkehelseinstituttet fordi dette er det miljøet i Norge som har best kompetanse på gjennomføring av nasjonale brukerundersøkelser, samt at det er en statlig nasjonal instans.

Folkehelseinstituttet gjennomfører flere nasjonale spørreundersøkelser, bla årlige nasjonale målinger innenfor spesialisthelsetjenesten, både somatisk helse, og psykisk helse og rus. Datainnsamlingsløsningen har vært brukt med utgangspunkt i data fra pasientadministrative system på sykehus eller på legevakter, eller fra registre som i fastlegeprosjektet (kombinasjon av data fra KUHR, SSB og Fastlegeregisteret). Løsningen må videreutvikles for å tilpasses kommunenes systemløsning. KS har opphavsrett på dagens spørsmål og svar i bedrekommune.no, så videreutvikling av disse for bruk i statlig regi krever avtale om bruksrett. Folkehelseinstituttet kan på den andre siden utvikle nye spørsmål og svarkategorier selv for de aktuelle brukergruppene, da de har kompetanse og nasjonalt ansvar på dette i dag, men det vil ta lengre tid å få det på plass i det mye av grunnlagsarbeidet må gjøres på nytt. Etablering, utprøving, pilotering, evaluering og eventuell modifisering av nye spørsmål og svarkategorier tar minimum 6 måneder.

En kan også velge å legge gjennomføringen av de nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelsene til KS og Kommuneforlaget. Fordelen med dette er at KS har opphavsrett til de ulike brukerundersøkelsene som ligger i bedrekommune.no fra de etablerte disse i 2004. En annen fordel er at kommunene kjenner til bedrekommune.no fra før og at KS/Kommuneforlaget har god erfaring med lokale brukerundersøkelser i kommunene. Undersøkelsene kan videreutvikles for å sikre at innhold og fremgangsmåte holder en velbegrunnet standard som gjør det rimelig å sammenlikne resultater over tid og mellom enheter. Utfordringene med denne løsningen er lov om offentlig anskaffelse og at staten må gjennomføre en anskaffelse av en systemløsning som kan benyttes til dette formål, og det er en risiko i en anskaffelsesprosess at ikke bedrekommune.no blir valgt. I tillegg så har ikke KS og Kommuneforlaget den statistiske og forskerkompetansen på feltet som Folkehelseinstituttet har, noe som kan løses ved tett samarbeid med Folkehelseinstituttet.

Kommunene er selvstendige politiske valgte forvaltningsnivå som har mandat fra innbyggerne gjennom valg hvert fjerde år. I tillegg hviler en stor del av den kommunale virksomheten imidlertid på oppgaver fra Stortinget gjennom lovgivning til kommuner. Det er et overordnet mål å gi kommunesektoren gode rammevilkår som kan styrke kommunene både som tjenesteytere, myndighetsutøvere, samfunnsutviklere og som demokratiske arenaer. Basert på dette særtrekket ved kommunen, kan det medføre lavt engasjementet blant ledelsen å gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelse om det gjennomføres som lov og forskriftsendring. Det er viktig at engasjement for dette ligger på de ulike ledernivåene i virksomhetene i kommunen. De ansatte og organisasjonen som helhet påvirkes av ledelsens holdninger, og lavt engasjement kan i tillegg smitte over på de ansatte. Dette vil i neste omgang kunne påvirke oppfølgingen av resultatene i undersøkelsen som er avgjørende for å sikre en kvalitetsforbedring.

En statlig beslutning vil også kunne medføre økte kostnader for kommunene. Undersøkelsene vil gjennomføres med høyere frekvens enn i dag og derfor kreve økte driftskostnader knyttet til utsendelse av

undersøkelse og innhenting av svar. I tillegg kommer økte personellkostnader knyttet til økt frekvens, forankring og oppfølging. Kommunene får også økte kostnader ved at de må etablere ny infrastruktur for statens systemløsning og databehandleravtaler, mens de fortsatt må betale lisens for bedrekommune.no for å ha tilgang til en lang rekke andre undersøkelser som kan være viktig for kvalitetsmåling av de andre tjenestene kommunene har ansvar for.

I ytterste konsekvens, kan kommunene risikere å måtte prioritere bort en slik undersøkelse, på tross av lov og forskrift, for å skyve gjennomføringen frem i tid.

Fordelene med Lov og forskrift er at kommunestyret som er ansvarlig for de lovpålagte oppgavene, må finne rom for å gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelsen. Dette vil medføre at det igangsettes prosesser med større brukerinvolvering i tjenesteplanleggingen. I tillegg kan koordineringsarbeidet forenkles ved at kommunene i større grad gjennomfører undersøkelsene på samme tidspunkt.

Nasjonalt program for gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser:

Det nasjonale programmet favner alle aktiviteter som skal til for å gjennomføre nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser. Konkret betyr dette at programmet koordinerer utredning, etablering, planlegging, test, gjennomføring og oppfølging mellom de kommuner (frivillige pilotkommuner) som ønsker å delta i programmet, sammen med ressurser som har kompetanse og erfaring fra å gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelse.

Programmet bør derfor ha representasjon fra Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, KS, Kommuneforlaget, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste for å sikre god utnyttelse av eksisterende strukturer og kompetansemiljøer. Det nasjonale programmet må i tillegg utrede fremtidig ansvarsplassering, forvaltning og drift av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser i kommunale helse- og omsorgstjenester.

For å kunne gjenbruke bedrekommune.no i en nasjonal undersøkelse, bør det inngås en avtale mellom staten og KS om bruksrett på det faglige innholdet i bedrekommune.no som i dag eies av KS slik at eksisterende spørsmål kan videreutvikles og gjøres mer kunnskaps- og forskningsbasert, og i tillegg at nye spørsmål kan utvikles.. Det er også behov for å forbedre de statistiske metodene for analyse og presentasjon av resultater. Det bør også gjøres avtale mellom staten og Kommuneforlaget slik at bedrekommune.no sin systemløsning kan brukes både til distribusjon, til analyse og til rapportering av resultater. Avtalen intensjonskunngjøres om kostnadene knyttet til dette blir over 500 000 Nkr.

Med denne gjennomføringsmetoden for nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelsen, vil det bare være mulig for de kommunene som har betalt lisens å delta. I 2015 hadde 327 kommuner betalt lisens for bruk av bedrekommune.no.

Utfordringene knyttet til ledelsen, de ansatte og organisasjonen er lavere ved denne gjennomføringsmetoden. Som en følge av at kommunene selv ønsker å delta i programmet, vil ledelsen være motivert og positivt innstilt på å lykkes med utredning, gjennomføring og oppfølging for å øke kvaliteten på tjenestene.

Fordi deltagelsen er frivillig og kommunene eventuelt bidrar med egen kompetanse i koordinering og planlegging, vil kommunene også ha større kompetanse, faglig engasjement, eierskap til gjennomføring av undersøkelsen.

Gradvis innfasing av kommunene gjør at kommunene får bedre tid på seg til å tilpasse seg eventuelle endringer som kreves. En kan dermed anta at det er mulig å komme i gang med bruker- og pårørendeundersøkelser raskere enn ved lov og forskrift.

Eventuelle utfordringer som oppdages ved utrulling av bruker- og pårørendeundersøkelsene, kan også rettes opp før alle norske kommuner gjennomfører undersøkelsene. Det er også mulig å se på hvordan eksisterende strukturer som utviklingssentre og effektiviseringsnettverk kan benyttes strategisk for å heve kompetansen på forbedringskunnskap. Ledelsen får også bedre tid til oppfølging og heving av endringskompetanse. I tillegg er det mulig via programmet å bidra med sentrale opplæringsprogram både innen endringsledelse og forbedringskunnskap rettet mot kommunene, samt utredning av fremtidig ansvars plassering og gjennomføring.

Ulempen ved å bruke av nasjonalt program, er at en risikerer at det kun er et lavt antall kommuner som allikevel deltar.

Lokalt selvstyre:

Ved denne gjennomføringsmetoden bestemmer kommunene selv om de vil bruke den nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelsen eller om de vil fortsette med andre metoder. Kommunene beslutter også selv hvilke tjenester de vil måle og med hvilken frekvens.

En kan anta at sannsynligheten for at de nye nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelsene blir gjennomført er høyere enn ved lov og forskrift, men lavere enn om undersøkelsen gjennomføres ved et nasjonalt program. Kommunene er selvstendige politiske valgte forvaltningsnivå, der ledelsen beslutter innen den rammen de har om bruker- og pårørendeundersøkelser skal gjennomføres. Det kan oppleves som mindre ressurskrevende å benytte den gamle undersøkelse enn å gå over til en ny. I tillegg kan manglende kompetanse innad i kommunen på endringsledelse, forbedringskunnskap, og statistisk analyse gjøre det krevende for kommunene å gjennomføre undersøkelsen, og kan utgjøre en risiko for at undersøkelsen ikke blir gjennomført. En kan også risikere at den nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelsen blir brukt med samme frekvens som tilsvarende undersøkelser i bedrekommune.no. I dag gjennomfører ca 50 % av kommunene som har lisens på bedrekommune.no brukerundersøkelser for hjemmetjenesten i løpet av en treårsperiode, mens ca 35 % gjennomfører brukerundersøkelser i institusjon.

Utvalgsundersøkelser:

Ved denne gjennomføringsmetoden gjøres en bruker- og pårørendeundersøkelse i et begrenset antall kommuner eller med et begrenset antall brukere/pårørende uten planer om å gjennomføre den etter en avtalt frekvens eller å innlemme flere etter hvert. Det er viktig ved gjennomføring av en utvalgsundersøkelse, at formålet med undersøkelsen er klart definert, målpopulasjonen er definert og at utvalget dekker hele målpopulasjonen. Hensikten med utvalgsundersøkelsen er å kunne generalisere fra et

utvalg til en populasjon. Direktorat for forvaltning og IKT (DIFI) har i 2010, 2013 og 2015 gjennomført «Innbyggerundersøkelsen» med denne metoden hvor blant annet tjenesten hjemmesykepleie er evaluert.

Fordelene ved denne type undersøkelse er at den kan initieres og gjennomføres nasjonalt etter klart definert formål, og at de kan gjennomføres relativt raskere enn de andre undersøkelsene som nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse. Det blir en type temperaturmåler basert på spørsmålene i undersøkelsen, og vil kun gi data som kan brukes til nasjonal styring og ikke til lokalt forbedringsarbeid. Kostnadene på utvalgsundersøkelsen antas å være lavest av alle scenariene.

Ulempene er at ledelsen i kommunene vil kunne oppleve liten eierskap til resultatene pga nasjonalt initiativ og det er svært usikkert i hvor stor grad de vil benytte de nasjonale resultatene til strategisk styring i kommunene. I tillegg er det vanskelig å få forankret resultatene ute i virksomhetene og det er ikke mulig å benytte resultatene til lokalt forbedringsarbeid. Dette medfører at resultatene av denne undersøkelsen ikke vil legge til rette for god dialog og medvirkning mellom tjenesteyter og brukere, ei heller forbedringstiltak og oppfølging av dem i kommunene.

5.3 Nasjonal undersøkelse versus lokalt forbedringsarbeid

En av hovedhensiktene med å gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelser, er at resultatene skal bidra til at kommunene leverer tjenester med god kvalitet. Resultatene fra undersøkelsene må derfor bli brukt til lokalt forbedringsarbeid, i tillegg til å være tall for nasjonal styring og sammenlikning mellom virksomheter/kommuner.

For å lykkes med lokalt forbedringsarbeid må virksomhetene kjenne eierskap til sine resultater. Dataene som samles inn lokalt må derfor gjøres tilgjengelig på lavest mulig nivå, det vil si at om mulig bør virksomhetene få tilbake sine egne resultater fra undersøkelsen. Hvis det av personvern hensyn ikke kan gis ut, bør resultatene fra flere sykehjem eller andre institusjoner med små utvalg slås sammen. Oslo kommune offentliggjør i dag på grunn av personvern ikke data på lavere nivå enn bydels- eller sykehjemsnivå. Virksomhetene får likevel tall på lavere nivå til internt bruk, for eksempel distrikt i hjemmetjenesten og avdeling på sykehjem.

For at data fra en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse skal kunne brukes som nasjonal kvalitetsindikator, ligger følgende krav til grunn⁶:

- Betydningsfull: Det betyr at vi må kunne dokumenteres at måling av bruker- og pårørendeundersøkelser er i tråd med helsepolitisk og samfunnsmessig føring.
- Vitenskapelig begrunnet: Det betyr at det skal være mulig å måle etablert praksis (erfaring) i helsetjenesten basert på eksisterende lovverk, nasjonale retningslinjer, veiledere og forskning.

⁶ Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten-Primær og spesialisthelsetjenesten

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/rammeverk-for-et-kvalitetsindikatorsystem-i-helsetjenesten-primer-og-spesialisthelsetjenesten>

Dette understøttes av kvalitetsdimensjonene i Kvalitetsstrategien og anbefalte måleområder i kvalitetstrategien 7.

- **Nyttig:** Det betyr at målgruppene skal kunne bruke indikatorene til sitt formål, dvs til kvalitetsstyring, kvalitetsforbedring og informerte og kvalifiserte valg.
- **Gjennomførbar:** Det betyr at det skal være mulig å samle inn datagrunnlag uten for store kostnader..
- **Publiseres jevnlig:** Det betyr at målingene må gjennomføres ihht avtalt hyppighet for publisering av indikatoren med best mulig aktualitet.

Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem understøtter at bruker- og pårørendeundersøkelser er et av områdene som måles for å vise virkningsfulle tjenester i kvalitetsstrategien. I tillegg er dette i tråd med politiske føringer, at bruker- og pårørendesynspunkter skal tas inn i utviklingen av helsetjenestene. Dataene som publiseres som en nasjonal kvalitetsindikator er basert på prinsipper om å være innhentet på lokalt nivå og at de aggregeres opp og presenteres på for eksempel kommunenivå, fylke og landsnivå. Arbeidsgruppens fokus på at brukerundersøkelsene som nasjonal kvalitetsindikator også skal brukes til lokal forbedring av tjenestene, blir dermed ivaretatt som ett av kravene til en nasjonal kvalitetsindikator. For at en nasjonal kvalitetsindikator skal være gjennomførbar, må datainnhenting være mulig ved hjelp av akseptable ressurser og kostnader. Jo mer data som finnes i etablerte registre, jo enklere blir gjennomføringen av kvalitetsindikatoren. En nasjonal kvalitetsindikator skal publiseres med en bestemt hyppighet. For en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse som kvalitetsindikator, vil dette avgjøres av hvor ofte bruker- og pårørendeundersøkelsen gjentas, for eksempel hvert år eller annet hvert år. Men jo oftere en gjentar en slik undersøkelse, jo mer kostnader og mer ressurser krever dette. En må derfor vurdere kostnad mot nytte når en avgjør frekvens.

5.4 Kostnadselementer ved gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser

Gjennomføring av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser kan deles inn i 3 faser som alle vil inneholde kostnader i form av menneskelig ressursbruk, justering og eventuell endring av infrastruktur (digital systemstøtte bedrekommune.no), opplæring og informasjonsmateriell.

- 1) Planlegging, utvikling og pilotering:
 - Kvalitetssikre eksisterende spørsmål samt utvikle 3 nye temaområder forskningsbasert
 - Dokumentasjon, evaluering, modifisering av 3 nye temaområder
 - Systemutvikling og eventuelt tilpasninger i etablerte systemer (bedrekommune.no, eventuell publisering)
 - Utarbeidelse av veiledermateriell til kommunene
 - Opplæringsprogram endringsledelse, forbedringskompetanse

⁷ Nasjonal strategi for kvalitetsstrategi i helse- og sosialtjenesten <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>

- Forberedelse av undersøkelsen lokalt i kommunene, kartlegge brukere, planlegge gjennomføring, informere og forankre

2) Gjennomføring

- Utsending eller utlevering av spørreskjema
- Purre på svar en eller flere ganger
- Administrasjon av undersøkelsen og resultater, i tillegg faglig støtte
- Analyse av resultatene
- Rapportskriving
- Intern og ekstern kvalitetskontroll
- Publisering av resultater

3) Informasjon og forankring

- Oversette spørreskjema til andre språk er et kostbart tiltak, som erfaringsmessig har svært liten effekt

4) Etter gjennomføring:

- Utarbeide forbedringstiltak
- Implementere og følge opp lokalt forbedringsarbeid
- Evaluere gjennomføring og videreføre oppfølging

I tabellen under gis et estimat av hva som trengs av nye ressurser for å gjennomføre av nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse. Kostnad per årsverk er estimert til 1 000 000 Nkr. De totale kostnadene anslås til ca 10 000 000 Nkr. I dette inngår ikke økonomisk støtte til kommunene.

Fase	Aktiviteter i dag i kommunene, KS og Kommuneforlaget	Nye aktiviteter ved nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelser	Nye ressurser som vil kreves ved gjennomføring av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser
Planlegge (6 måneder)	• Opplæringsmateriell • Forberedelse av undersøkelsen lokalt hvert 3. år (40-50 % av kommunene)	• Etablere nasjonalt program • Kvalitetssikre eksisterende spørsmål, samt utvikle 3 nye temaområder • Systemutvikling og eventuelt tilpasninger i bedrekommune ved flere spørsmål, standardiserte rapporter og analyser • Videreutvikle opplæringsmateriell • Etablere informasjonsmateriell • Forberedelse av undersøkelsen lokalt i flere kommuner • Opplæring på personell i kommunene • Utrede fremtidig drift og forvaltningsansvar	• Helsedirektoratet: 0,5 årsverk • KS: 0,5 årsverk • FHI: 1 årsverk • Kommuneforlaget: intensjonsavtale Andre kostnader: • Informasjonsmateriell (100 000 Nkr) • Opplæringsmateriell (e-læring) (1 000 000 Nkr) • Reiser og opplæring (250 000 Nkr)
Gjennomføre (6 måneder)	• Gjennomføres hvert 3. år (40-50 % av kommunene) • Standardiserte rapporter	• Gjennomføres hvert 2. år og i flere kommuner • Standardiserte analysemetoder og rapporter • Økt antall analyser • Forankre og beslutte fremtidig drift og forvaltningsansvar	• Helsedirektoratet: 0,5 årsverk • KS: 0,5 årsverk • FHI: 1 årsverk • Kommuneforlaget: intensjonsavtale Andre kostnader: • Porto utsendelse og purring (5 000 000 Nkr) • Reiser møter (50 000 Nkr)
Avslutte (6 måneder)	• Utarbeide forbedringstiltak • Implementere og følge opp lokalt forbedringsarbeid • Evaluere gjennomføring og oppfølging	• Utarbeide forbedringstiltak i flere kommuner • Implementere og følge opp lokalt forbedringsarbeid i flere kommuner • Evaluere gjennomføring og videreføre oppfølging i flere kommuner • Bidra til implementering av drift og forvaltningsansvar	• Helsedirektoratet: 0,5 årsverk • KS: 0,5 årsverk • FHI: 0,5 årsverk • Kommuneforlaget: intensjonsavtale

Tabell 5: Oversikt over hva som trengs av økte ressurser for å kunne gjennomføre nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser.

6. ANBEFALING

Arbeidsgruppen har hatt som mål å ivareta innspillene fra deltakerne på erfaringskonferansen. I tillegg har vi hatt som mål å forbedre og videreutvikle det gode som utføres i dag av bruker- og pårørendeundersøkelse i KS, Oslo kommune og Folkehelseinstituttet, samt lære av erfaringene fra Norden.

Arbeidsgruppen har drøftet omfang av helse- og omsorgstjenester som skal omfattes, utvalg av brukere, hvilke temaer som skal inngå i spørsmålstillingene, spørsmål og svarkategorier, innhenting av svar, frekvens, standardiserte analyser og rapporter, og hvilken gjennomføringsstrategi som anbefales, samt overordnet plan for gjennomføring. Arbeidsgruppen har kommet frem til en omforent anbefaling, basert på drøfting av fordeler og ulemper i kapittel 6. En viktig forutsetning som ble lagt til grunn er at resultater skal kunne benyttes til lokalt forbedringsarbeid og legge til rette for god dialog mellom tjenesteyter og brukere i kommunen for å bedre brukeropplevd kvalitet.

6.1 Metode

Utvalg av helse- og omsorgstjenester:

Nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser bør startes opp for de helsetjenestene som er antatt minst komplekse, har stort brukervolum og som vi i dag antar er mest sammenliknbare på tvers av kommuner. Arbeidsgruppen anbefaler at bruker- og pårørendeundersøkelser startes opp i følgende prioritert rekkefølge som vist i tabellen under.

Prioritering	Type tjeneste	Type undersøkelse	År	Kommentar
1	Helsetjenester i hjemmet	Brukerundersøkelse	2017	Tjenester gitt etter helse- og omsorgstjenesteloven
1	Helsetjenester i institusjon	Bruker- og pårørendeundersøkelse	2017	Tjenester gitt etter helse- og omsorgstjenesteloven
1	Tjenester i omsorgsbolig med bemanning	Bruker- og pårørendeundersøkelse	2017	Tjenester gitt etter helse- og omsorgstjenesteloven
2	Rehabilitering i hjemmet	Brukerundersøkelse	2017	Spørsmålene til disse kan inkluderes som en egen modul i spørreskjema for mottakere av helsetjenester i hjemmet
2	Rehabilitering i institusjon	Brukerundersøkelse	2017	Spørsmålene til disse kan inkluderes som en egen modul i spørreskjema for mottakere av helsetjenester i institusjon.
3	Psykisk helse og rus	Bruker- og pårørendeundersøkelse	2019	Brukere innen psykisk helse- og rus er brukere med flere tjenester samtidig.

Tabell 6: Anbefalt prioritert rekkefølge ved oppstart av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser

Utsending til brukere og sårbare grupper:

Arbeidsgruppen anbefaler å starte med brukere som mottar helsetjenester i hjemmet, helsetjenester i institusjon, rehabilitering i hjemmet eller rehabilitering i institusjon. Dette er store og sammenliknbare brukergrupper.

For brukere som mottar flere helsetjenester samtidig fra flere tjenesteytere, som for eksempel innen psykiatri og/eller rus bør det brukes mer tid på å planlegge og utvikle nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse.

For å innhente svar fra brukere som ikke kan svare selv kan man enten gjøre intervjuer/dialogmøter/telefonintervju av brukerne eller la støttepersoner hjelpe dem med å gi sine egne svar. Dette tar en stilling til ved utvikling av metode i planleggingsfasen, samt vurdering av kost nytte. Det er svært viktig at det blir utarbeidet gjennomførbare rutiner som kan følges lojalt av alle kommuner som deltar, for å sikre sammenliknbare resultater.

Arbeidsgruppen anbefaler at når det vedtas et fremtidig kommunalt pasient- og brukerregisteret (KPR), så ivaretar lovhjemmelen for KPR at dataene kan benyttes til gjennomføring og lagring av en fremtidig nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse.

Temaer:

Arbeidsgruppen anbefaler at spørsmålene som finnes i bedrekommune.no og Oslo kommune sine undersøkelser videreføres og suppleres med følgende:

- Fast kontaktperson
- Forventningsavklaring mellom bruker og tjenesteyter
- Samarbeid og koordinering av tjenester
 - Overgang mellom kommunale tjenester
 - Oppfølging etter overgang til ny tjeneste
 - Samarbeid mellom tjenester
 - Fleksibilitet ved avlastning

Oversikt over alle temaer og spørsmålsstillinger/påstander til hhv mottakere av hjemmetjenester, mottakere av tjenester i sykehjem, mottakere av rehabilitering i hjemmet eller på institusjon og brukere med utfordringer innen psykiatri og/eller rus: se vedlegg 9, tabell 10-13.

Spørsmål og svarkategorier:

Alle spørsmål og svarkategorier må forbedres og videreutvikle på bakgrunn av innspill ved gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser i dag, innspill fra erfaringskonferansen samt forskningskompetanse innen alle temaene.

Spørsmålene og svarkategoriene må være stabile over tid. Muligheten for lokale tilpasninger bør være begrenset. For utvikling og standardisering, anbefaler arbeidsgruppen at dette gjøres i samarbeid med Folkehelseinstituttet. Dette vil bidra til lavere kostnader og bedre utnyttelse av eksisterende kompetanse og miljø.

Innhenting av svar:

Innhenting av svar bør være tilrettelagt både for postal innhenting og elektronisk. Det bør gis et passord til brukerne for elektroniske svar. Påminnelser om å svare på undersøkelsen bør sendes ut.

Frekvens:

De nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelsene bør gjennomføres annet hvert år etter oppstart i 2017.

Standardiserte analyser og rapporter:

For utvikling og standardisering analyser og rapporter anbefaler arbeidsgruppen at dette gjøres i samarbeid med Folkehelseinstituttet. Dette vil bidra til lavere kostnader og bedre utnyttelse av eksisterende kompetanse og miljø.

Bedrekommune.no som systemløsning:

Arbeidsgruppen anbefaler at den nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelsen bygger videre på det som finnes av etablert infrastruktur, kompetanse og miljø i dag med representasjon fra Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, KS, Kommuneforlaget, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Konkret medfører dette at det bør inngås en avtale mellom staten og KS om bruksrett på det faglige innholdet i bedrekommune.no som i dag eies av KS. Det gjør at eksisterende spørsmål kan videreutvikles og gjøres mer forskningsbasert, nye spørsmål kan utvikles og statistiske analyser kan forbedres. Videre bør det inngås en intensjonsavtale mellom staten og Kommuneforlaget slik at etablert infrastruktur og systemløsning bedrekommune.no kan brukes som i dag både til distribusjon, til analyse og til rapportering av resultater. Intensjonsavtalen kan eventuelt ha en varighet på 4 år.

En av fordelene ved å bruke bedrekommune.no er at mange av kommunene allerede har et eierforhold til verktøyet. Flere kommuner har allerede etablerte systemer for gjennomføring av brukerundersøkelser. Dette kan gjøre det lettere å motivere kommunene til å gjennomføre undersøkelsene.

Bedrekommune.no slik det foreligger i dag er bare tilgjengelig for kommuner som har betalt lisens for bruk av systemløsningen. På sikt anbefaler arbeidsgruppen at staten vurderer å gå til anskaffelse av et konsept likt bedrekommune for å sikre bruk uavhengig av lisens og et statlig eierskap av systemløsningen. Et annet alternativ er å gjøre de nye nasjonale undersøkelsene tilgjengelig for alle kommuner uavhengig av om kommunen har betalt lisens. Drift, støtte og vedlikeholdskostnader kan da finansieres med prosjektmidler. Et annet alternativ er å avvente KPR og få lagt bruker- og pårørendeundersøkelser som en del av KPR.

For oversikt over alle innspill på metode, se vedlegg 10, tabell 14.

6.2 Gjennomføringsstrategi

Arbeidsgruppen ser fordeler og ulemper ved flere av gjennomføringsscenariene, men er enige om å anbefale at innføring av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser bør skje via et nasjonalt program som Helsedirektoratet tar ansvar for å etablere i tråd med sin iverksetterrolle. Nasjonalt program koordinerer alle aktiviteter som utredning, etablering, planlegging, test, gjennomføring og oppfølging av frivillige pilotkommuner som ønsker å delta i programmet. Sentralt i programmet foreligger

nøkkelressurser som har kompetanse og erfaring fra å gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelse. I det nasjonale programmet bør KS, Kommuneforlaget og Oslo kommune delta som følge av sin erfaring med gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser i helse- og omsorgsektoren i dag. I tillegg eier KS det faglige innholdet i bedrekommune.no. og Kommuneforlaget eier systemløsningen bedrekommune.no. For å sikre sammenlignbare og metodisk robuste undersøkelser, deltar Folkehelseinstituttet og får ansvaret for det vitenskapelige grunnlaget for undersøkelsene, og for å utarbeide nasjonale resultatrapporter basert på innsamlede data.

Et nasjonalt program med frivillige pilotkommuner legger til rette for bedre forankring av bruker- og pårørendeundersøkelsen ute i kommunene. De ansatte på alle nivå i kommunene (ledere, ansatte og organisasjonen) vil gjennom et nasjonalt program føle et større eierskap til undersøkelsen ved frivillig deltakelse, og sentrale nøkkelressurser i programmet bidrar til økt kompetanse for å kunne gjennomføre den. Dette øker sannsynligheten for at den nasjonale undersøkelsen gjennomføres.

Videre mener arbeidsgruppen at et nasjonalt program vil gjøre at undersøkelsen kan startes raskere. Undersøkelsen kan piloteres i enkelte kommuner og deretter videreutvikles før flere kommuner innlemmes i den nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelsen.

Det nasjonale programmet må i tillegg utrede fremtidig ansvars plassering, forvaltning og drift av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser i kommunale helse- og omsorgstjenester.

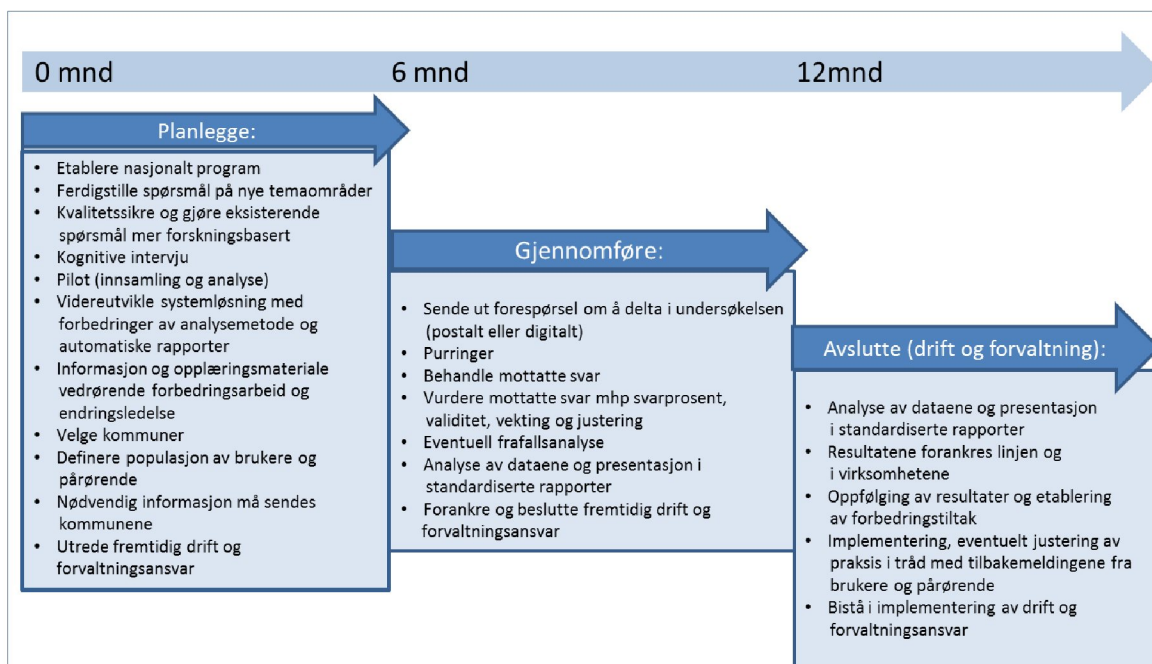
For at den nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelsen skal være nyttig for kvalitetsstyring for ledere av tjenestene lokalt, må data gjøres tilgjengelig for kommunene på lavest mulig nivå. Dette er i tråd med prinsippene for nasjonale kvalitetsindikatorer, og vi anbefaler at nasjonal bruker – og pårørendeundersøkelse blir en del av nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. På denne måten kan en se brukeropplevd kvalitet i sammenheng med målt kvalitet i helsetjenestene som følge av for eksempel etterlevelse av retningslinjer, veiledere og helselovgivning. Tall som publiseres som en nasjonal kvalitetsindikator vil være aggregerte data som presenteres på kommune, fylke og landsnivå, men kan tilgjengelig gjøres på like lavt nivå som dataene samles inn.

6.3 Plan for utvikling og gjennomføring av nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelser

Arbeidsgruppens anbefalte plan for gjennomføring av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser er delt i tre hovedfaser:

- Planlegge
- Gjennomføre
- Videre forvaltning og drift

Figuren under viser en overordnet tidsplan og arbeidsoppgaver i de ulike fasene. Planen forutsetter at nødvendige ressurser er på plass forut for nullpunktet.



Figur 2: Overordnet tidsplan og eksempler på arbeidsoppgaver for gjennomføring av nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser.

Planlegge:

Nødvendig forarbeid før gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelse.

- 1) Etablere nasjonalt program
- 2) Ferdigstille spørsmål på nye temaområder
 - Innholdsutvikling
 - Tilpasse spørsmål til relevant målgruppe
 - Kognitive intervjuer og pilotundersøkelser må gjennomføres
- 3) Kvalitetssikre og gjøre eksisterende spørsmål mer forskningsbasert
- 4) Videreutvikle systemløsning med forbedringer av analysemetode og automatiske rapporter
- 5) Informasjon og opplæringsmateriale vedrørende forbedringsarbeid og endringsledelse
- 6) Velge kommuner
- 7) Definere populasjon av brukere og pårørende
- 8) Nødvendig informasjon må sendes til kommunene som deltar i undersøkelsen, som for eksempel:
 - Brukerveiledninger for gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser, informasjon om frister, kontaktpersoner
 - Kommunene bør vite om estimert tidsbruk for å gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelsene.
 - Kommunene bør informeres om hvilke roller de må fylle (for eksempel intervjuere og en administrator for undersøkelsen) og hvilket ansvar som ligger på nasjonalt nivå.
 - Kommunene må informeres om målgruppe for undersøkelsen
 - Kommunene må få opplæring i bruk av systemløsning
- 9) Utrede ny drift og forvaltningsansvar for nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser

Gjennomføre:

Nødvendig arbeid under gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser.

- 1) Send ut forespørsel om å delta i undersøkelsen (postalt eller digitalt)
- 2) Send ut påminnelser om å svare på undersøkelsen
- 3) Behandle mottatte svar
- 4) Vurdere mottatte svar mhp svarprosent, validitet, vekting og justering
- 5) Eventuell frafallsanalyse
- 6) Forankre og beslutte ny drift og forvaltningsansvar for nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser

Avslutte:

Nødvendig arbeid etter gjennomføring av bruker- og pårørendeundersøkelser

- 10) Analyse av dataene og presentasjon i standardiserte rapporter
- 11) Resultatene bør forankres i linjen og i virksomhetene
- 12) Oppfølging av resultater og etablering av forbedringstiltak
- 13) Det bør etableres anbefalte metoder for hvordan bruke resultatene til lokalt forbedringsarbeid
- 14) Implementering, eventuelt justering av praksis i tråd med tilbakemeldingene fra brukere og pårørende.
- 15) Implementere ny drift og forvaltningsansvar for nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser.

7. VEDLEGG

Vedlegg 1: Tillegg til tildelingsbrev for 2015 nr. 8 (14-10188-26)

Vedlegg 2: Invitasjon og informasjon til deltakerne

Vedlegg 3: Program for erfaringskonferansen

Vedlegg 4: Oversikt over deltakere på erfaringskonferansen

Vedlegg 5: Tilrettelegging av gruppearbeid

Vedlegg 6: Gruppeinndeling

Vedlegg 7: Spørsmålstillinger

Vedlegg 8: Referat fra erfaringsutvekslingen på erfaringskonferansen

Vedlegg 9: Anbefalinger på tema

Vedlegg 10: Arbeidsgruppens anbefaling på metode

 DET KONGELIGE HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT		MOTTATT 07 APR 2015 HELSEDIREKTORATET
Helsedirektoratet Pb 7000 St.Olavs plass, 0130 Oslo		
Deres ref	Vår ref	Dato
	14/3474-	30.03.2015
Tillegg til tildelingsbrev for 2015 nr. 8 Kvalitetsindikatorer og bruker,- og pårørendeundersøkelser i omsorgssektoren		
Bakgrunn		
Regjeringen ønsker å bedre kvaliteten i omsorgssektoren, og har sin politiske plattform et mål om å innføre kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgssektoren, blant annet basert på bruker- og pårønder erfaringer.		
Med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 1. januar 2012, fikk Helsedirektoratet ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. Helsedirektoratet utarbeidet i 2010 et rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten, basert på forslag fra Nasjonalt kunnskapssenter. Rammeverket beskriver målgruppene og formålet til de ulike målgruppene. Videre er det utviklet en 3 -årig handlingsplan for perioden 2013- 2015 med mål, innstatsområder og tiltak.		
Bruk av kvalitetsindikatorer har flere formål: De kan fungere som støtte til intern kvalitetsforbedring, til virksomhetsstyring og helsepolitisk styring, og de kan benyttes av pasienter og brukere for å sammenlikne tjenestenes standard ved valg av tjenesteyter eller tjenestested og de kan bidra til åpenhet om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.		
Som del av oppdraget om å utvikle et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten, har Helsedirektoratet allerede et stort fokus på å utvikle kvalitetsindikatorer for pleie og omsorgstjenesten. Bruker- og pårørendeorganisasjoner deltar formelt i indikatorarbeidet i regi av Hdir, og brukererfaringer inngår i utvikling av indikatorsystemet. Målbildet for visning av kvalitetsindikatorer mot ulike målgruppene er igangsatt. Hdir har iverksatt en evaluering av helsenorge og en pilot av nytt visningsverktøy Dundas. For å bedre tilfanget av og kvaliteten på indikatorene jobbes det også med å videreutvikle og standardisere fagsystemer for dokumentasjon av tjenesteytelsen, slik at det er mulig å hente ut		
Postadresse Postboks 8011 Dep 0030 Oslo postmottak@hod.dep.no	Besøksadresse Einar Gerhardsens plass 3 www.hod.dep.no	Telefon* 22 24 90 90 Org no 983 887 406
Kommunetjenesteavdelinge n	Saksbehandler Kristin Løkke 22748514	

indikatorinformasjon direkte fra fagsystemene. Arbeidet med å etablere et kommunalt helse- og omsorgstjenesteregister (KHOR) er også viktig i denne sammenheng.

Behov for videreutvikling

Omsorgstjenestene er ofte svært sammensatte med fokus både på å kompensere for nedsatt funksjonsevne og på behandling av sykdom. Det innebærer at kvaliteten på omsorgstjenestene består av mange elementer og dimensjoner, både medisinske og psykososiale. Det er et behov for å utvikle indikatorer som også gir informasjon om brukers muligheten til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse, på tross av sykdom og funksjonssvikt. HOD er kjent med at det i liten grad finnes enhetlige og anvendbare definisjoner på de tiltak og tjenester som er knyttet opp mot aktivisering, og at det mangler datakilder. Det bes om at Helsedirektoratet finner mulige måter å måle aktivitet på, herunder gjennom indikatorer.

Kvalitetsindikatorer er ett av flere verktøy for å innhente informasjon om kvalitet. Kvalitetsindikatorer er ikke helhetlige mål. Psyko -sosiale kvalitetsdimensjoner og brukeropplevd kvalitet er vanskelige å måle på en standardisert, objektiv måte. For å vurdere kvalitet bør derfor flere indikatorer sees i sammenheng og kompletteres med annen kvalitetsinformasjon, som f.eks. bruker og pårørendeundersøkelser. Når kvalitetsindikatorer kombineres med resultat av pasient- og brukererfæringsundersøkelser, gir det et bedre bilde av kvaliteten i tjenestene. Høsten 2013 ba Helsedirektoratet Kunnskapssenteret gjøre en forenklet kunnskapsoppsummering for å se om det er grunnlag for videre arbeid med utvikling av brukerundersøkelser i omsorgstjenestene. Kunnskapssenterets konklusjon er positiv. Erfaringene i praksis er imidlertid delte. Det bes om at Helsedirektoratet arrangere en erfaringskonferanse der resultatene fra Kunnskapssenterets rapport legges fram og drøftes i lys av ulike aktørers erfaringer med lokale brukerundersøkelser i Norge. Det bør særlig drøftes hvordan man kan få tilstrekkelig og pålitelig informasjon om erfart kvalitet, bl.a. når bruker har kognitiv svikt (f.eks. demens) eller er sosialt avhengig av tjenestene. Konklusjonene fra denne konferansen bør ligge til grunn for videre arbeid med å utvikle bruker- og pårørendundersøkelser som metode for å få kunnskap om brukeropplevd kvalitet i tjenestene. Målet er å etablere en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse.

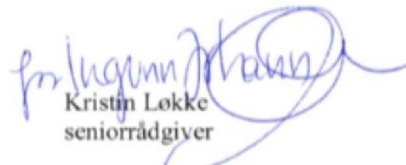
Det bes med dette oppdragsbrevet om at Helsedirektoratet:

- Utvikler indikatorer for å måle brukers muligheten til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre.
- Utvikler bruker- og pårørendundersøkelse som metode for å få kunnskap om brukeropplevd kvalitet i tjenestene. Målet er å etablere en nasjonal bruker og pårørendeundersøkelse. Som del av dette arbeidet skal Helsedirektoratet arrangere en erfaringskonferanse i 2015, der resultatene fra Kunnskapssenterets rapport legges fram og drøftes i lys av ulike aktørers erfaringer med bruker- og pårørendeundersøkelser i Norge.

Det bes om at Helsedirektoratet lager en framdriftsplan for arbeidet innen 1.mai 2015.

Med vennlig hilsen


Anne-Cathrine Haug Jørgensen (e.f.)
avdelingsdirektør


Kristin Løkke
seniorrådgiver

Vedlegg 2: Invitasjon og informasjon til deltakerne

Helsedirektoratet trenger å høre om dine erfaringer med kommunale tjenester

Derfor inviterer vi deg til en konferanse, hvor formålet er å få kunnskap om erfaringene til brukere og brukeres pårørende i kommunale helse- og omsorgstjenester. Kunnskapen vil bli brukt når Helsedirektoratet skal lage en spørreundersøkelse til disse gruppene.

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å forberede en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse. Når den blir ferdig, skal undersøkelsen brukes til å få vite hvordan kvaliteten i tjenestene er, sett med brukernes øyne. I denne omgangen skal det handle om helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse (praktisk bistand, opplæring og støttekontakt), plass i institusjon herunder sykehjem og avlastningstiltak. I tillegg de som mottar re-/habilitering i hjemmet eller på institusjon. Vi ønsker en bred og variert deltakergruppe.

Tid og sted for erfaringskonferansen

Tid: 26. januar 2015 kl 9.00–15.00

Sted: Hotell SAS Radisson Blu Plaza i Oslo

Program

- Velkommen
- Hvorfor ønsker man å gjennomføre nasjonale brukerundersøkelser?
- Innlegg fra en bruker, en pårørende og en tjenesteyter
- Lunsj
- Gruppevis erfaringsutveksling
- Refleksjoner fra dagen og videre arbeid med bruker- og pårørendeundersøkelsen

Gjennomføring og påmelding

Helsedirektoratet har hovedansvaret for gjennomføringen. Representanter for de som arbeider med tjenestene i kommunene er også invitert.

Hvis du kan tenke deg å være med på dette arbeidet gjennom å dele dine egne erfaringer, kan du få mer informasjon om erfaringskonferansen og/eller melde deg på ved å

- ringe 907 70 628 eller
- sende e-post til marit.kveine.nygren@helsedir.no.

Fristen for påmelding er **torsdag 15.januar 2016**.

Vi håper du har lyst til å delta!

Med vennlig hilsen,
Hanne Narbuvold
Avdelingsdirektør Helsedirektoratet

NASJONAL ERFARINGSKONFERANSE

***Bruker- og pårørendeundersøkelse,
kommunale helse- og omsorgstjenester
26. Januar 2016 kl 0900 - 1500***

0900 – 0905: Velkommen v/Hanne Narbuvoold

0905 – 0930: Hvorfor er det viktig å gjennomføre nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser? v/statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg

0930 – 1015: Erfaringer og innspill fra en:

- bruker v/Knut Gjesdal
- pårørende v/Truls Thirud
- leverandør v/Inger Marie Bergersen (Skedsmo kommune)

1015 – 1030: Pause

1030 – 1040: Innledning til erfaringsutveksling

1040 – 1150: Erfaringsutveksling 1. sesjon

1150 – 1205: Oppsummering rundt bordet

1205 – 1310: Lunsj

1310 – 1425: Erfaringsutveksling 2. sesjon

1425 – 1440: Oppsummering rundt bordet

1440 - 1500: Refleksjoner fra dagen og videre arbeid

Vedlegg 4: Oversikt over deltakere på erfaringskonferansen

Navn	Organisasjon	Bruker	Pårørende
Truls Thirud			x
Knut Gjesdal		x	
Inger Marie Bergersen	Skedsmo kommune		
Gladys Sanchez	SAFO		
Ingeborg Dahl-Hilstad	FFO		
Håvard Jernskau	Eldrerådet, Skedsmo kommune		
Kirsten Koht	Eldrerådet, Asker kommune		
Nils Otto Nielsen	Eldrerådet, Nesodden kommune		
Anita Nymark Scheie	Råd for funksjonshemmede, Bergen kommune		
Erik Strøm	Råd for funksjonshemmede, Bærum kommune	x	
Anne Hanshus	Pensjonistforbundet		
Arve Bergum			x
Eilin Ekeland	Statens seniorråd		
Camilla Lyngen	Unge funksjonshemmede		
Jan Thomas Hagen	Unge funksjonshemmede		
Toneline Holm	Mental helse		
Wenche Steenstrup	Mental helse		
Eva Graziano	Oslo kommune		
Marion Celius	Hadsel kommune		
Vebjørn Johansen	Nord-Aurdal kommune		
Berit Ebbestad		x	
Geir Qvam Ebbestad			x
Kari Bang Feyling			x
Margit D. Vånar	Pasient og brukerombudet, Oslo		
Hilde Refvem			x
Hans Petter Blad			x
Mari Storstein		x	
Elisabeth vatten			x
Mette Odden Grimeland			x
Lidziya Ulvenes Ulvenes			x
Arne Hagen		x	
Inger Kvalsvik		x	
Joachim Svendsen	Autismeforeningen		x
Ulf Dambo			x
Steinar Johansen			x
Elise Gustavsen	Øksnes kommune		
Birgit Sannes	Bamble kommune		
Bjørn Gromholt		x	
Tollak Hjelmervik	Pensjonistforbundet	x	

Tabell 7: Deltakere på den nasjonale erfaringskonferansen 26.01.16

Vedlegg 5: Tilrettelegging av gruppearbeid

I forkant av erfaringskonferansen var brukere, pårørende, interesseorganisasjoner, kommunale eldreråd og kommunale råd for funksjonshemmede bedt om å tenke gjennom følgende:

- Se for deg de vanlige dagene, hvor du på vanlig måte mottar bistand fra kommunes tjenester. Hva er det som er spesielt med den bistanden du opplever som god?
- På hvilken måte ønsker du å gi tilbakemelding på den bistanden du mottar fra kommunen?

I forkant av erfaringskonferansen var tjenesteytere bedt om å tenke gjennom følgende spørsmål: Hva som er viktig å få tilbakemelding på for å kunne forbedre tjenestene?

Vedlegg 6: Gruppeinndeling

På erfaringskonferansen ble deltakerne delt inn i grupper som beskrevet i tabellen under.

Gruppe 1: • Håvard Jernskau, Eldrerådet, Skedsmo kommune • Margit D. Vånar, Pasient – og brukerombud, Oslo kommune • Erik Strøm, bruker, Råd for funksjonshemmede, Bærum kommune • Arne Hagen, bruker • Mette Odden-Grimeland, pårørende • Lidziya Ulvenes, pårørende	Gruppe 2: • Gladys Sanches, SAFO • Tonelise Holm, Mental helse • Joachim Svendsen, Autismeforeningen • Inger Kvalsvik, bruker • Kari Bang Feyling, pårørende • Steinar Johansen, pårørende
Gruppe 3: • Kirsten Koht, Eldrerådet, Asker kommune • Anne Hanshus, Pensjonistforbundet • Jan Thomas Hagen, Unge Funksjonshemmede • Hans Petter Blad, pårørende • Ulf Dambo, pårørende • Berit Ebbestad, bruker • Bjørn Gromholt, bruker	Gruppe 4: • Ingeborg Dahl-Hilstad, FFO • Nils Otto Nielsen, Eldrerådet, Nesodden kommune • Camilla Lyngen, Unge Funksjonshemmede • Elisabeth Vatten, pårørende • Hilde Refvem, pårørende • Knut Gjesdal, bruker
Gruppe 5: • Anita Scheie, Råd for funksjonshemmede, Bergen kommune • Mari Storstein, bruker • Tollak Hjelmervik, bruker, Pensjonistforbundet • Wenche Steenstrup, Mental helse • Arve Bergum, pårørende • Truls Thirud, pårørende	Kommunale tjenesteytere: • Marion Celius, Hadsel kommune • Vegard Johansen, Nord-Aurdal kommune • Eva Graziano, Oslo kommune • Elise Gustavsen, Øksnes kommune • Birgit Sannes, Bamble kommune • Inger Marie Bergersen, Skedsmo kommune

Tabell 8: Gruppeinndeling på erfaringskonferansen

Vedlegg 7: Spørsmålsstillinger

Under erfaringsutvekslingen på erfaringskonferansen ble deltakerne bedt om å svare på spørsmålene som er beskrevet i tabellen under.

	Erfaringsutveksling 1.sesjon	Erfaringsutveksling 2.sesjon
For brukere, pårørende, interesseorganisasjoner, Eldreråd og Råd for funksjonshemmede (gruppe1-5)	I forhold til din hverdag, HVA er det viktig for deg å fortelle om?»	Hvordan foretrekker du å formidle dine svar (muntlig, på papir, elektronisk)?
Kommunale tjenesteytere	Hva ønsker du som kommunal tjenesteyter å vite mer om for å kunne forbedre tjenestene lokalt?»	Hvordan bør en bruker- og pårørende undersøkelse tilrettelegges for å sikre god respons, fylldige svar og mest mulig effektivt?

Tabell 9: Spørsmålsstillinger i erfaringsutvekslingene på erfaringskonferansen

Vedlegg 8: Referat fra erfaringsutvekslingen på erfaringskonferansen

Sesjon 1 – Brukere, pårørende, interesseorganisasjoner, kommunale eldreråd og kommunale råd for funksjonshemmede

Spørsmål: I forhold til din hverdag, HVA er det viktig for deg å fortelle om?

Gruppe 1:

- Når en opplever tillit til en tjeneste, er det et resultat av at total opplevelsen av a tjenesten er god.
- En ønsker god informasjon om rettigheter, klagemuligheter, forventninger og kontaktpersoner.
- Å få en opplevelse av et helhetlig system, hvor ting blir fulgt opp hos alle medarbeidere, ikke tilfeldig og avhengig av enkeltpersoner.
- Holdninger skal være satt i system - det må «sitte i veggene»
- Kommunikasjon og hvordan man blir møtt er viktig.
- Kvalitetsutviklingen må angå alle og være satt i system.
- Halvårlige pårørende samtaler hjelper. En ønsker å bli sett som pårørende.
- Det å få respekt som menneske, ikke bare bruker eller pasient– men også gjensidig mellom bruker og ansatt.
- Formell kompetanse er viktig på noen områder, men høy kunnskap trengs ikke overalt. Respekt og holdninger er viktigere.
- Ombud og seniorsaken er viktige instanser å bruke.

Gruppe 2:

- Pårørende må få mulighet til å svare på vegne av seg selv, og på vegne av bruker.
- Skal ikke være kostnader å delta, så undersøkelsen må kunne gjennomføres utenfor arbeidstid

- Har brukere/pårørende fått informasjon om rettigheter og hvordan man klager
- Viktig å kunne gi tilbakemelding både på kompetansenivå og ledelse av tjenesten.
- Viktig å kunne gi tilbakemelding på aktiviteter og mulighet til å dekke sosiale behov.
- Fleksibilitet i tilbudet: I hvor stor grad får brukere tilstrekkelig bistand, og i hvor stor grad er tilbudet tilstrekkelig fleksibelt?
- Individuell plan: Har du IP? Blir IP fulgt opp?
- Har du koordinator? Er du fornøyd med koordinatoren?
- For pårørende: Om overgangen fra institusjon/spesialisthelsetjenesten til kommunen.
- Flere erfaringer med at lokale undersøkelser blir endret fra år til år for å gi best mulig resultater og ikke rom for bruker/pårørende til å gi de tilbakemeldingene de hadde behov for.

Gruppe 3:

- Forutsigbarhet i tjenesten gir trygghet. At man vet *hvem* som kommer og *når* de kommer. Flere ulike ansatte å forholde seg til kan være et problem. Ansatte utfører tjenesten ulikt.
- Kontinuitet i tjenesten, og følge brukeren over tid er viktig for kvaliteten. Kontinuitet for pasienten er ikke det samme som for helsepersonell.
- Primærkontakt, eller en fast nøkkelperson å forholde seg til er viktig.
- God kommunikasjon mellom mottaker og utøver og mellom tjenestene er viktig. Hvordan systemet horisontalt/vertikalt er organisert er viktig for kommunikasjonen. God dialog er viktig.
- «Oppbevaringen» på sykehjem fungerer greit, men den psykososiale omsorgen kan bli bedre.
- Ønsker evalueringssamtaler med primærkontakt hvert 6.måned. Det vil avklare om det er samsvar mellom tjenestetilbudet og forventningene.
- Brukerundersøkelser er ikke viktig hvis det ikke skjer endringer i ettertid. Viktig at resultatene blir brukt.
- Ønsker tilsyn for tjenester eldre og funksjonshemmet, tilsynsutvalg. Kan gjerne gjøres av pensjonist- eller eldreråd. (Få inn uholdete mennesker i prosessen for kvalitetssikring.)
- Viktig at det blir satt av tid slik at de ansatte får delta på kurs (f.eks. om tannhelse) Samtidig er det viktig at lederne også får denne kompetanse, og ikke bare ansatte.
- God oppfølging er viktig ved rehabilitering. Personkjemi har mye å si.
- Forventningsavklaring av hvilke tjenester som blir levert er viktig
- Prioriteringer: hva gjør man noe med og hva gjør man ikke noe med.
- Enkeltpersoner fungerer, men ikke systemet for kvalitetsforbedring.
- Hvordan skal systemene utvikles og fange opp de strukturelle forholdene mht kvalitetsforbedring?

Gruppe 4:

- Pleiepersonalet må ta hensyn til behov og følelser.
- Respekterer individualitet
- Bedre brukertilpasning
- Forutsigbarhet i forhold til tid. Stabilitet og forutsigbarhet.
- Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
- Samarbeid med fastlegen er viktig.
- Stabil legekontakt for brukere på sykehjem
- Ønskelig med en kontaktperson som vet alt om kommunes tjenester og har overblikk over hva som kan komme den enkelte til nytte

- Bedre overgang mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen
- Brukerens opplevelse av tjenesten bør være sentral
- Bedre kompetanse hos pleiere, veiledere, leger og andre som er i kontakt med brukere.
- Trekke inn pårørende i tjenesteutvikling
- Se pårørende som en ressurs
- Mer bruk av individuell plan til tunge brukere
- Dårlig arbeidskultur og holdninger må tas på alvor av kommunen
- Alle spørsmålene bør være relevante for bruker og kunne lede til tjenesteutvikling
- Spørsmålene burde ta opp i seg brukerens unike posisjon og være rettet mot brukerens livsfase

Gruppe 5:

- Kompetanse, respekt og holdninger hos de ansatte.
- Gode overganger, mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten.
- Forutsigbarhet og trygghet. Ønsker mindre «gjennomtrekk» av personell og færre tjenesteytere å forholde seg til. Ønsker mindre uønsket variasjon i kompetanse.
- Assistanse fra frivillige. Tiltak i landsforeningen for slagrammede. Likepersoner som hjelper «nye» å navigere i det som oppleves som tungt og firkantet byråkrati. God fremgangsmåte som kan overføres til andre områder
- Mulighet til medbestemmelse og påvirkning. Brukerorganisasjoner må inviteres inn før saker er politisk behandlet og beslutninger er tatt.
- Sentrale systemer er tunge og lite tilgjengelige.
- Pårørende brukes i dag mer som en rådgiver enn som et utøvende ledd.
- Ønsker et system som er forutsigbart og som ivaretar en bredde av behov. Men samtidig oversiktlig.
- Vedtak om bistand bør følge person og ikke være kommuneavhengig.

Sesjon 1 – Kommunale tjenesteytere

Spørsmål: Hva ønsker du som kommunal tjenesteyter å vite mer om for å kunne forbedre tjenestene lokalt?

- Registrering er viktig
- Gjennomført funksjonsmåling
- Informasjon om de som yter tjenester
- Brukermedvirkning
- Trygghets dimensjon
- Fornøyd med tjenesten eller ikke fornøyd med tjenesten og hva som ligger i grunn
- Involvering av pårørende
- Forventningsavklaring til tjenesten
- Ulike brukergrupper
- Informasjon som kan brukes på alle nivå
- Aktivt og meningsfull tilværelse

Sesjon 2 – Brukere, pårørende, interesseorganisasjoner, kommunale eldreråd og kommunale råd for funksjonshemmede

Spørsmål: HVORDAN foretrekker du å formidle dine svar (muntlig, på papir, elektronisk)?

Gruppe 1:

- En nasjonal undersøkelse vil være drahjelp for at alle kommuner skal gjennomføre bruker- og pårørendeundersøkelser.
- Har tro på en nasjonal undersøkelse, men den må både kunne brukes på lokalt og nasjonalt nivå, klargjøre at det er for å forbedre tjenestekvaliteten.
- Må bidra til å påvirke tjenesten i riktig retning slik at den gjør en forskjell
- Undersøkelsen må markedsføres nasjonalt – bruk gjerne eldrerådene og andre brukerråd
- Må ha høy svarprosent. Send ut purring for å få flere svar.
- Mange spørsmål for å få fram kvaliteten. Svarkategorier gjerne på en 1-10 skala, ellers blir det for mye midt på tre.
- Må synliggjøres om du er bruker eller pårørende.
- Svare som deg selv, ikke på vegne av andre
- Sms og app er nye metoder for innhenting av svar som kan testes ut.
- En annen mulighet er å vurdere fornøydhet er ved hjelp av smilefjes.

Gruppe 2:

- Papir, elektronisk og muntlig må alle være tilgjengelig fordi ulike brukere har forskjellig behov.
- Tjenesteyter må ikke være den som stiller spørsmålene, men for en del brukergrupper må det være lov å ha nærpersion (BPA, pårørende) tilstede.
- Røde kors, pensjonistforbundet, frivilligsentraler, brukerorganisasjoner kan stå for intervjuer eller hjelp til utfylling.
- Altinn kan være en aktuell plattform for elektronisk undersøkelse
- Ikke for mange spørsmål, temaorganisert og rom for kommentarer på slutten.
- Pårørende må også bli spurt
- Undersøkelsen må være nasjonal der alle kommuner er pålagt å gjennomføre den.
- Det må være mulig og mellomlagre spørsmål i den elektroniske løsningen.
- Enkelt språk.

Gruppe 3:

- Lurt med åpne svarkategorier som gir rom for innspill. 4 svarkategorier er ofte nok.
- Spørreskjema som i større grad tar opp psykososiale forhold og livskvalitet, og ikke bare primærbehov (som fornøydhet med mat og måltider).
- Aktuelle temaer er: trygghet, tilbud av fotpleie/fysioterapeut, i hvilken grad en tør å si i fra om det man ikke er fornøyd med, om tjenesten svarer til forventningene, brukermedvirkning, forhold til digital hjelp, individuell plan, pårørendekontakt, om brukeren opplever respekt, trygghet.
- Spørsmål må være relatert til de tjenestene du kan få. Det er forskjeller på brukergruppene og noe tilpasning av spørsmålene er nødvendig.
- Både på papir og elektronisk.
- Fokusgrupper og brukerråd som et redskap i det lokale kvalitetsarbeidet.
- Årlige spørreskjemaundersøkelse med spørsmål til brukeren om de får de tjenester de har krav på.
- Hendelsesbasert, hvis en er på vei ut av rehabilitering eller er ferdig med en annen type behandling. Etter seks måneder bør undersøkelsen gjennomføres.
- Forventinger knyttet til tjenestene er viktig for en avklaring. Fritt valg er viktig, men på et visst nivå. Mer åpenhet om forventninger til eldreomsorgen som brukerne har.

Gruppe 4:

- Ikke for lang undersøkelse (5-10 minutter)
- Ulike typer spørreundersøkelser for unge og gamle (noen felles kjernespørsmål, og noen aldersspesifikke spørsmål (aldershjem, arbeid, barn, skole).
- Ulike medier til ulike brukergrupper for å forsikre seg om at alle brukergrupper blir hørt.
- Forsikre seg at også pårørende/verge er klar over spørreundersøkelsen
- Viktig med anonymitet
- Konkrete og relevante spørsmål.
- Bør lede til reell politikkutforming eller forbedring.
- Fokusgrupper i etterkant av en spørreundersøkelse for å få dypere kunnskap om hva som er problemet. Eventuelt respondenter sier fra at de vil bli kontaktet for videre utdyping.

Gruppe 5:

- Ingen plattform er i utgangspunktet uaktuell. Ingen plattform er klart foretrukket. Avhenger av brukergruppe, omfang og problemstilling.
- Ønsker mulighet til å kunne besvare samme undersøkelse på ulike plattformer (papir, nett, telefon).
- Viktig at man ser effekten av det man svarer på – om man har tro på at tilbakemeldingen vil ha mulighet til å påvirke er villigheten til å legge krefter ned i svaret mye større.
- Språk en viktig faktor. Må være lett å forstå hva det spørres om og ikke flere lignende spørsmål.
- Brukerorganisasjonene bør ha mulighet til å kommentere spørsmålsstillingen før undersøkelsen går ut.

Sesjon 2 – Kommunale tjenesteytere

Spørsmål: Hvordan bør en bruker- og pårørende undersøkelse tilrettelegges for å sikre god respons, fylldige svar og mest mulig effektivt?

- Spørreskjemaet sendes ut på papir og elektronisk
- Bør være enkelt, bør ikke være langt
- Kan ikke bruke samme metode for alle brukergrupper.
- Informasjon tilpasset brukergrupper
- Gjennomføres hvert annet år eller hvert tredje år
- Tiltakene som settes i gang etter undersøkelse bør etableres før neste undersøkelse kommer.
- Ta utgangspunkt det som finnes i dag, bedre kommune, Oslo og internasjonalt, koordinere det mot det gjøres i dag, bør ivareta demisjoner slik at resultater fra tidligere undersøkelser blir ikke forapt.
- Bruker manual skal utarbeides
- Standardisering er viktig, gjennomføres av ekstern aktør
- Kjøre med jevnlig hyppighet. Det må være rotasjon av undersøkelsene.
- Respekt og verdighet er mest viktigst fokus i undersøkelse.
- Finansering
- Eierskap: kommuner skal ha sine resultater for å bruke i forbedringsarbeid lokalt

Vedlegg 9: Anbefalinger på temaer

Arbeidsgruppens anbefalinger på temaer hhv mottakere av hjemmetjenester, mottakere av tjenester i sykehjem, mottakere av rehabilitering i hjemmet eller på institusjon og brukere med utfordringer innen psykiatri og/eller rus beskrives i tabell 10-13.

Tema	Eksempler på spørsmål eller påstander til mottakere av helsetjenester i hjemmet
Bakgrunns spørsmål	• Kjønn • Alder • Geografi
Resultat for brukeren	• De ansatte vet hva de skal gjøre hjemme hos meg* • Utførelse av arbeidsoppgavene* • Nok tid hjemme hos meg* • Nok hjelp til at jeg kan bo hjemme* • De ansatte er omsorgsfulle* • Hjelp til personlig hygiene • Hjelp til medisiner* • Hjelp til matlaging* • Hjelp til rengjøring av bolig • Trygghet* • Hjelpemidler*
Medbestemmelse	• Hvilken hjelp jeg mottar* • Når jeg skal motta hjelp* • Hvordan hjelpen skal utføres* • Jeg er med når det utarbeides planer om meg*
Respektfull behandling	• De ansatte behandler meg med respekt og verdighet* • Legitimasjon* • De ansatte hører på klager*
Tilgjengelighet	• Jeg fikk hjelp da jeg trengte det* • Antall timer* • De ansatte kommer til avtalt tid* • De gir beskjed hvis de er forsinket* • Lett å komme i kontakt med per telefon* • Antall ulike tjenesteytere* • Jeg har en fast kontaktperson**
Informasjon og kommunikasjon	• Jeg får god informasjon om tjenesten og om mine rettigheter* • jeg får god informasjon om hva de ansatte skal gjøre* • De ansatte snakker med et tydelig og klart språk* • Forventningsavklaring**
Samarbeid og koordinering av tjenester	• Overgangen mellom kommunale tjenester** • Oppfølging etter overgang til ny tjeneste** • Samarbeid mellom tjenester** • Fleksibilitet ved avlastning**
Helhetsvurdering	• Alt i alt er jeg fornøyd med.....

Tabell 10: Temaer som bør dekkes i brukerundersøkelser til mottakere av helsetjenester i hjemmet.⁸

⁸ * Spørsmålene/påstandene kom som innspill på erfaringskonferansen og finnes i bedrekommune.no eller i Oslo kommune sine undersøkelser.

^{**}Spørsmålene /påstandene kom som innspill på erfaringskonferansen og finnes ikke i bedrekommune.no eller i Oslo kommune sine undersøkelser.

Tema	Eksempler på spørsmål eller påstander til mottakere av tjenester i sykehjem eller i omsorgsbolig med bemanning
Bakgrunns spørsmål	• Kjønn • Alder • Geografi
Resultat for brukeren	• Mat og måltider* • Hjelp til personlig hygiene • Privatliv* • Frisk luft* • Legehjelp når jeg trenger det* • Fysioterapi når jeg trenger det* • Tilgang til tannlege * • Smertelindring ved behov* • Aktivitetstilbudet* • Kultur og underholdning* • Hjelp til medisiner* • Trygghet og trivsel*
Medbestemmelse	• Stå opp når jeg vil* • Legge meg når jeg vil* • Spise når jeg ønsker det* • Jeg er med når det utarbeides planer om meg*
Respektfull behandling	• Behandlet med respekt og verdighet* • De ansatte hører på meg når jeg klager*
Tilgjengelighet	• Jeg fikk plass da jeg trengte det* • Jeg er trygg på at de ansatte kommer når jeg trenger det* • Jeg har en fast kontaktperson** • Jeg har mulighet til å snakke med pleiepersonalet* • Jeg kan snakke med noen her om det som er viktig for meg* • Jeg har mulighet til å snakke med personalet om psykososiale spørsmål**
Informasjon og kommunikasjon	• Jeg får god informasjon om tjenesten og om mine rettigheter* • Jeg får god informasjon om aktivitetstilbudet* • De ansatte snakker med et tydelig og klart språk* • Forventningsavklaring**
Samarbeid og koordinering av tjenester	• Overgangen mellom kommunale tjenester** • Oppfølging etter overgang til ny tjeneste** • Samarbeid mellom tjenester** • Fleksibilitet ved avlastning**
Helhetsvurdering	• Alt i alt er jeg fornøyd med.....

Tabell 11: Temaer som bør dekkes i bruker- og pårørendeundersøkelser til brukere som mottar tjenester i sykehjem eller i omsorgsbolig med bemanning.⁹

⁹ * Spørsmålene/påstandene kom som innspill på erfaringskonferansen og finnes i bedrekommune.no eller i Oslo kommune sine undersøkelser.

**Spørsmålene /påstandene kom som innspill på erfaringskonferansen og finnes ikke i bedrekommune.no eller i Oslo kommune sine undersøkelser.

Tema	Eksempler på spørsmål eller påstander til mottakere av rehabiliteringstjenester i hjemmet eller på institusjon
Bakgrunns spørsmål	• Kjønn • Alder • Geografi
Resultat for brukeren	• De ansatte vet hva de skal gjøre hjemme hos deg/ på institusjon* • Aktivitetstilbud* • Kultur og underholdning* • Bedre funksjon** • Hjelpemidler* • Trygghet og trivsel*
Medbestemmelse	• Hvilken hjelp jeg mottar* • Når jeg skal motta hjelp* • Hvordan hjelpen skal utføres* • Jeg er med når det utarbeides planer om meg*
Respektfull behandling	• De ansatte behandler meg med respekt og verdighet* • Legitimasjon* • De ansatte hører på klager*
Tilgjengelighet	• Jeg fikk tilbud om hjelp da jeg trengte det* • Antall timer* • De ansatte kommer til avtalt tid* • De gir beskjed hvis de er forsinket* • Lett å komme i kontakt med per telefon* • Antall ulike tjenesteytere* • Jeg har en fast kontaktperson**
Informasjon og kommunikasjon	• Jeg får god informasjon om tjenesten og om mine rettigheter* • jeg får god informasjon om hva de ansatte skal gjøre* • De ansatte snakker med et tydelig og klart språk* • Forventningsavklaring*
Samarbeid og koordinering av tjenester	• Overgangen mellom kommunale tjenester** • Oppfølging etter overgang til ny tjeneste** • Samarbeid mellom tjenester** • Fleksibilitet ved avlastning**
Helhetsvurdering	• Alt i alt er jeg fornøyd med.....

Tabell 12: Temaer som bør dekkes i brukerundersøkelser til brukere som mottar rehabiliteringstjenester i hjemmet eller på institusjon.¹⁰

¹⁰ *Spørsmålene/påstandene kom som innspill på erfaringskonferansen og finnes i bedrekommune.no eller i Oslo kommune sine undersøkelser.

**Spørsmålene /påstandene kom som innspill på erfaringskonferansen og finnes ikke i bedrekommune.no eller i Oslo kommune sine undersøkelser.

Tema	Eksempler på spørsmål eller påstander brukere med utfordringer innen psykisk helse og/eller rus
Bakgrunns spørsmål	• Kjønn • Alder • Geografi
Resultat for brukeren	• Meningsfullt liv* • Sosiale behov dekkes* • Økt trygghet i hverdagen* • Tjenesten er tilrettelagt i forhold til min psykiske helse* • Tjenesten er tilrettelagt i forhold til mine rusrelaterte problemer* • Trivsel og trygghet*
Medbestemmelse	• Påvirke tjenesten* • jeg blir hørt hvis jeg vil endre noe* • Jeg er med når det utarbeides planer om meg*
Respektfull behandling	• De ansatte lytter* • Ivaretar taushetsplikt* • Holder avtaler* • Gir beskjed ved forsinkelse* • Behandler meg med respekt*
Tilgjengelighet	• Jeg fikk hjelp da jeg trengte det* • Antall timer* • Lett å komme i kontakt med per telefon* • Jeg har en fast kontaktperson**
Informasjon og kommunikasjon	• Jeg får god informasjon om tjenesten og om mine rettigheter* • Jeg får god informasjon om hva brukermedvirkning innebærer* • Forventningsavklaring**
Samarbeid og koordinering av tjenester	• Overgangen mellom kommunale tjenester** • Oppfølging etter overgang til ny tjeneste** • Samarbeid mellom tjenester** • Fleksibilitet ved avlastning**
Helhetsvurdering	• Alt i alt er jeg fornøyd med.....

Tabell 13: Temaer som bør dekkes i bruker- og pårørendeundersøkelser til brukere med utfordringer inne psykisk helse og/eller rus.¹¹

¹¹ *Spørsmålene/påstandene kom som innspill på erfaringskonferansen og finnes i bedrekommune.no eller i Oslo kommune sine undersøkelser.

**Spørsmålene /påstandene kom som innspill på erfaringskonferansen og finnes ikke i bedrekommune.no eller i Oslo kommune sine undersøkelser.

Vedlegg 10: Arbeidsgruppens anbefalinger på metode

Spørsmålstilling og svarkategori	Innhenting av svar	Analyse	Oppfølging og tilgjengeliggjøring
Standardiserte spørsmålstillinger og svar	Klare retningslinjer for datainnsamling	Standardiserte analyser	Resultater tilgjengelig både lokalt og nasjonalt.
Relevante både lokalt og nasjonalt	Tilrettelagt for både postalt og elektronisk	Standardiserte rapporter	Resultatene publiseres 3-4 måneder etter avsluttet undersøkelse.
Ikke for mange spørsmål	Tilgang til passord for elektroniske svar	Felles systemløsning	Samtaler med fokusgrupper etter at resultatene er kjent.
Enkelt språk	Påminnelser sendes ut		
Plass til fritekst	Frekvens: hvert annet år,		
Få svarkategorier	Gjennomføres kommunalt med nasjonal koordinering		
	Markedsføres nasjonalt og lokalt		

Tabell 14: Oversikt over arbeidsgruppens anbefaling på metode



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: +47 810 20 050
Faks: +47 24 16 30 01
E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no